

LA SANTÉ ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DES FRANCOPHONES DU MANITOBA

Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba

Juin 2012



UNIVERSITY OF MANITOBA | Faculty of
Medicine
Community Health Sciences

Manitoba Centre for Health Policy

Département des sciences de la santé communautaire
Faculté de médecine, Université du Manitoba

Auteurs: Mariette Chartier, R.N., Ph.D.
Gregory S Finlayson, BA, PhD(C)
Heather J. Prior, MSc.
Kari-Lynne McGowan, MSc.
Hui Chen, MSc.
Janelle de Rocquigny, B.Sc., B.A.(Hons.),
Randy Walld, B.Sc., B.Comm.(Hons.)
Michael Gousseau, M.D.



Ce rapport est produit et publié par le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP). On le trouve aussi en format PDF sur notre site web :

<http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/deliverablesList.html>

On peut obtenir des renseignements au sujet de ce document ou de tout autre rapport produit par le MCHP en s'adressant au :

Manitoba Centre for Health Policy
Département des sciences de la santé communautaire
Faculté de médecine, Université du Manitoba
727, avenue McDermot, 4e étage, pièce 408
Winnipeg, Manitoba, Canada
R3E 3P5

Courriel : reports@cpe.umanitoba.ca

Téléphone : (204) 789-3819

Télécopieur : (204) 789-3910

Comment citer ce rapport :

CHARTIER, M., G. FINLAYSON, H. PRIOR, K. MCGOWAN, H. CHEN, J. DE ROCQUIGNY, R. WALLD et M. GOUSSEAU (juin 2012). La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba / Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg (Man.).

Dépôt légal :

Bibliothèque de l'Assemblée législative du Manitoba

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-1-896489-65-0

©Santé Manitoba

Le présent rapport peut être reproduit, en tout ou en partie, à la condition de mentionner la source.

1ère impression (Juin 2012)

Ce travail a été rendu possible grâce au financement accordé par le ministère de la Santé de la Province du Manitoba à l'Université du Manitoba (HIPC 2009/2010 -13). Les résultats et les conclusions rapportés sont ceux des auteurs et il ne faut pas en conclure que Santé Manitoba entend ou devrait les cautionner. Les données utilisées dans cette étude sont tirées de l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population, qui se trouve au Manitoba Centre for Health Policy de l'Université du Manitoba et qui conserve des données fournies par Santé Manitoba, l'Office régional de la santé de Winnipeg, Enfants en santé Manitoba et Éducation Manitoba.



À propos du Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)

Le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) se trouve au département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine, Université du Manitoba. La mission du MCHP consiste à fournir à point nommé des renseignements précis aux décideurs, aux analystes et aux fournisseurs actifs dans le domaine des soins de santé, pour qu'ils puissent offrir des services efficaces et efficaces en vue de maintenir et d'améliorer la santé des Manitobains. Nos chercheurs disposent d'un entrepôt de données de recherche sur la santé de la population (l'entrepôt de données) unique en son genre pour décrire et expliquer les caractéristiques des soins et des maladies, et examiner d'autres facteurs qui ont une influence sur la santé dont le revenu, l'éducation, l'emploi et le statut social. L'entrepôt de données est unique en raison de son caractère exhaustif, de son degré d'intégration et du fait qu'il s'agit d'un registre de la population dont les données ont été rendues anonymes.

En consultation étroite avec des fonctionnaires, des administrateurs des soins de santé et des cliniciens, les membres du MCHP comptent établir un programme de recherche actuel et pertinent. Ce dynamisme et le respect de normes d'enseignement rigoureuses permettent au MCHP de contribuer au processus d'élaboration de politiques en matière de santé. Le MCHP entreprend chaque année plusieurs projets de recherche majeurs, dont celui-ci, en vertu de contrats avec Santé Manitoba. En outre, nos chercheurs tentent d'obtenir des fonds de l'extérieur en présentant des demandes de subvention à la recherche. Nos travaux sont publiés à grande échelle et nous sommes reconnus mondialement. Nos chercheurs collaborent aussi avec des scientifiques très respectés du Canada, des États Unis, de l'Europe et de l'Australie.

Nous remercions le département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine, Université du Manitoba, d'avoir examiné ce projet. Le MCHP respecte l'ensemble des lois et des règlements régissant la protection et l'utilisation de renseignements de nature délicate. Nous avons adopté des politiques et des procédures strictes afin d'assurer la protection et la sécurité des données rendues anonymes utilisées pour produire ce rapport et nous tenons le Comité de la protection des renseignements médicaux de la province informé de tous les travaux entrepris pour le compte de Santé Manitoba.



UNIVERSITY | Faculty of
OF MANITOBA | Medicine
Community Health Sciences

Remerciements

Les auteurs tiennent à souligner la contribution de nombreuses personnes dont les efforts et l'expertise ont rendu possible la rédaction de ce rapport. Nous remercions les personnes ci-dessous en nous excusant à l'avance de tout oubli de notre part.

Nos collègues du MCHP pour leur apport précieux : Daniel Chateau, Randall Fransoo, Alan Katz, Patricia Martens, Les Roos et Noralou Roos (lecteur principal). Mise en forme et élaboration des graphiques et du rapport définitif : Angela Bailly. Cartographie : Charles Burchill. Aide à l'analyse documentaire : Chelsey McDougall. Aide à la compilation des données : Bill Peeler. Élaboration des graphiques et du rapport : Carole Ouelette, Jessica Jarmasz, Chun Yah Goh, Leanne Rajotte, Songul Bozat–Emre et Eleanor Van Delden.

Les membres du conseil consultatif pour leur apport, leur expertise et leur contribution à cette étude :

- Denis Fortier et Claudette Lahaie (ORS du Centre)
- Len Rivard (Université de Saint–Boniface)
- Francine Deroche (collectivité)
- Annie Bédard (Conseil communauté en santé du Manitoba)
- Sonia Busca Owczar, Richard Loiselle, Rachel McPherson, Nettie Pentland, Marc Silva (Santé Manitoba)
- Monique Vielfaure Mackenzie (anciennement à Santé Sud–Est)
- Dana Mohr, Susan Stratford (ORS de Winnipeg)

Nos examinateurs externes : Jean–Pierre Corbeil (Statistique Canada) et Éric Forgues (Université de Moncton).

L'historienne Jacqueline Blay, pour ses connaissances et son expertise du contexte historique des francophones du Manitoba, dont on s'est servi pour définir les cohortes de naissance de ce rapport.

Nous remercions le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine d'avoir examiné ce projet. Le Comité de la protection des renseignements médicaux de Santé Manitoba est tenu informé de tous les produits livrés par le MCHP. Le numéro attribué à ce projet par le Comité est le HIPC 2009/2010–13. Nous nous sommes conformés à des politiques et à des procédures strictes en produisant ce rapport afin de protéger les renseignements personnels et la sécurité des données de l'entrepôt de données.

Le soutien financier et les services de traduction du ministère de la Santé de la Province du Manitoba sont fort appréciés. Les résultats et les conclusions rapportés sont ceux des auteurs et il ne faut pas en conclure que Santé Manitoba entend ou devrait les cautionner. Ce rapport a été rédigé à la demande de Santé Manitoba en vertu d'un contrat liant l'Université du Manitoba et Santé Manitoba.

Table des matières

Remerciements	ii
Acronymes	xxiv
Résumé.....	xxv
Introduction.....	xxv
Définition de francophone dans ce rapport.....	xxv
Objet de ce rapport	xxvi
Méthodes.....	xxvi
Résultats.....	xxvii
Effet des cohortes de naissance.....	xxviii
Conclusion.....	xxix
Chapitre 1 : Introduction	1
Mise en contexte.....	1
Objet du rapport et grandes lignes des chapitres	2
Comment lire ce rapport	3
Limites géographiques.....	6
Sommaire.....	6
Chapitre 2 : Description de la population francophone du Manitoba	9
Points à considérer dans la définition de francophone	9
Définition de francophone dans ce rapport.....	9
Sources de données utilisées pour identifier les francophones.....	10
Santé, langue et culture	11
Politique sur les services en langue française	12
Caractéristiques sociodémographiques	16
Contexte historique, social et politique des francophones du Manitoba	17
Avant toute chose, le bon sens : Un rapport et des recommandations sur les services en français au sein du gouvernement du Manitoba	18
Sommaire.....	19
Chapitre 3 : Méthodes	21
Francophones identifiés dans les bases de données du MCHP	21
Sélection de francophones à l'aide de données administratives	22

Francophones identifiés par lien de parenté	24
Appariement de la cohorte francophone à une cohorte non-francophone	25
Évaluation de la représentativité de la cohorte francophone et du groupe témoin	26
Comparaison des résultats de la cohorte francophone et du groupe témoin à ceux d'un échantillon d'enquêtes représentatif.....	28
Présentation de rapports de taux plutôt que de taux.....	29
Ensembles de données utilisées dans cette étude.....	29
Critères de sélection pour chaque base de données.....	31
Comment les taux ont été établis.....	31
Analyse statistique	32
Comparaisons multiples.....	33
Modèle de régression logistique d'indicateurs de résultats sélectionnés.....	33
Sommaire.....	34
Annexe au chapitre 3	35
Différence entre les taux de prévalence et les taux d'incidence	35
Méthodes d'établissement de liens familiaux	35
Méthodes d'appariement	36
Années-personnes	37
Chapitre 4 : État de santé de la population et mortalité	39
Principales constatations générales.....	39
4.1 Taux de mortalité prématurée (TMP)	40
4.2 Mortalité totale.....	42
4.2.1 Causes de décès	44
4.3 Mortalité par blessure.....	46
4.3.1 Causes de mortalité par blessure	46
4.4 Espérance de vie à la naissance	48
4.5 Suicides ou tentatives de suicide	48
4.6 Comparaison des taux entre les échantillons.....	49
4.7 Constatations de l'analyse documentaire	50
4.8 Tableaux supplémentaires.....	51

Chapitre 5 : Prévalence des maladies physiques	55
Principales constatations générales.....	55
5.1 Hypertension.....	57
5.2 Cardiopathie ischémique.....	59
5.3 Infarctus aigu du myocarde	60
5.4 Accident vasculaire cérébral (AVC).....	61
5.5 Diabète sucré	63
5.6 Initiation à la dialyse.....	65
5.7 Morbidité respiratoire totale.....	66
5.8 Arthrite.....	67
5.9 Ostéoporose	69
5.10 Comparaison des taux entre les échantillons.....	70
5.11 Constatations de l'analyse documentaire.....	70
5.12 Tableaux supplémentaires	72
Chapitre 6 : Prévalence de la maladie mentale (10 ans et plus)	81
Principales constatations générales.....	81
6.1 Cumul des troubles de santé mentale	84
6.2 Dépression	85
6.3 Troubles anxieux	86
6.4 Toxicomanie.....	88
6.5 Troubles de la personnalité	90
6.6 Schizophrénie	91
6.7 Démence (55+).....	93
6.8 Comparaison des taux entre les échantillons.....	94
6.9 Constatations de l'analyse documentaire	94
6.10 Tableaux supplémentaires	96
Chapitre 7: Services de prévention	103
Principales constatations générales.....	103
7.1 Calendrier de vaccination complète (enfants de deux ans).....	105
7.2 Vaccination contre la grippe chez les adultes.....	106
7.3 Mammographie	107

7.4 Dépistage du cancer du col utérin	108
7.5 Comparaison des taux entre les échantillons	110
7.6 Constatations de l'analyse documentaire	110
7.7 Tableaux supplémentaires.....	112
Chapitre 8 : Santé de l'enfant.....	117
Principales constatations générales.....	117
8.1 Initiation à l'allaitement au sein.....	119
8.2 Grossesse précoce.....	120
8.3 Réadmission de nouveaux-nés.....	121
8.4 Mortalité chez les bébés et les enfants.....	122
8.5 Hyperactivité avec déficit de l'attention	123
8.6 Prévalence d'asthme	124
8.7 Facteurs de risque prénataux et familiaux (données du programme Les familles d'abord)	126
8.7.1 Présence de trois facteurs de risque ou plus à la naissance de l'enfant.....	126
8.7.2 Consommation d'alcool pendant la grossesse.....	127
8.7.3 Usage du tabac pendant la grossesse.....	128
8.7.4 Dépression/anxiété maternelle.....	129
8.7.5 Détresse dans les relations.....	130
8.7.6 Éducation maternelle.....	131
8.8 Constatations de l'analyse documentaire	132
8.9 Tableaux supplémentaires.....	133
Chapitre 9 : Recours aux services de médecins.....	143
Principales constatations générales.....	143
9.1 Consultations d'un médecin (au moins une visite au cours de l'année précédente).....	146
9.2 Consultations d'un médecin (nombre de visites) et raisons des consultations.....	147
9.3 Secondes consultations	150
9.4 Continuité des soins.....	151
9.5 Consultations d'un médecin en mesure d'offrir des services en français.....	152
9.6 Comparaison des taux entre les échantillons.....	154
9.7 Constatations de l'analyse documentaire.....	154
9.8 Tableaux supplémentaires.....	156

Chapitre 10 : Utilisation des services hospitaliers.....	161
Principales constatations générales.....	161
10.1 Sortie d'hôpital	162
10.2 Causes d'hospitalisation	165
10.3 Hospitalisations à la suite d'une blessure	166
10.4 Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure	167
10.5 Lieux où les résidents sont hospitalisés.....	169
10.6 Lieux d'où les patients proviennent	171
10.7 Comparaison des taux entre les échantillons.....	172
10.8 Constatations de l'analyse documentaire.....	172
10.9 Tableaux supplémentaires	173
Chapitre 11 : Services chirurgicaux et diagnostiques majeurs	175
Principales constatations générales.....	175
11.1 Cathétérisme cardiaque	178
11.2 Intervention coronarienne percutanée	179
11.3 Pontage aortocoronarien	180
11.4 Arthroplastie de la hanche	180
11.5 Arthroplastie du genou	182
11.6 Opération de la cataracte	183
11.7 Césarienne	184
11.8 Hystérectomie	186
11.9 Comparaison des taux entre les échantillons.....	187
11.10 Constatations de l'analyse documentaire	187
11.11 Tableaux supplémentaires.....	188
Chapitre 12 : Utilisation des foyers de soins personnels (maisons de santé)	195
Principales constatations générales.....	195
12.1 Admissions dans un foyer de soins personnels (FSP).....	196
12.2 Résidents d'un foyer de soins personnels (FSP)	198
12.3 Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels	199
12.4 Emplacement du foyer de soins personnels (FSP)	200
12.5 Provenance des résidents des foyers de soins personnels (FSP)	201

12.6 Comparaison des taux entre les échantillons.....	202
12.7 Constatations de l'analyse documentaire.....	202
12.8 Tableaux supplémentaires	203
Chapitre 13 : Utilisation d'ordonnances	205
Principales constatations générales.....	205
13.1 Utilisation de produits pharmaceutiques	207
13.2 Nombre de médicaments différents dispensés	208
13.3 Ordonnances d'antibiotiques	210
13.4 Ordonnances d'antidépresseurs.....	211
13.5 Comparaison des taux entre les échantillons.....	212
13.6 Constatations de l'analyse documentaire.....	213
13.7 Tableaux supplémentaires	214
Chapitre 14 : Qualité des soins primaires	219
Principales constatations générales.....	219
14.1 Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur	220
14.2 Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien	221
14.3 Traitement du diabète : Prévalence d'un examen de la vue annuel	222
14.4 Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Bêtabloquant.....	223
14.5 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité.....	224
14.6 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels (FSP).....	226
14.7 Comparaison des taux entre les échantillons.....	227
14.8 Constatations de l'analyse documentaire.....	227
14.9 Tableaux supplémentaires	228
Chapitre 15 : Habitudes de santé et caractéristiques personnelles tirées des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).....	233
Principales constatations générales.....	233
15.1 État de santé déclaré	234
15.2 État de santé mentale déclaré	236
15.3 Bien-être émotionnel	239
15.4 Satisfaction à l'égard de la vie	240

15.5 Stress vécu au quotidien	241
15.6 Stress au travail	242
15.7 Indice de masse corporelle (IMC)	243
15.8 Consommation de fruits et légumes	245
15.9 Fréquence de la consommation occasionnelle excessive d'alcool	246
15.10 Tabagisme.....	248
15.11 Exposition à la fumée secondaire	249
15.12 Activité physique totale (travail, déplacements et loisirs)	252
15.13 Limitations d'activités.....	253
15.14 Constatations de l'analyse documentaire	254
15.15 Tableaux supplémentaires.....	257
Chapitre 16 : Éducation	265
Principales constatations générales.....	265
16.1 Instrument de mesure du développement de la petite enfance.....	267
16.1.1 Enfants « pas prêts » pour l'école	268
16.1.2 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être	269
16.1.3 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales	270
16.1.4 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective.....	271
16.1.5 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives.....	272
16.1.6 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales.....	273
16.2 Élèves de 3 ^e année n'ayant pas changé d'école.....	275
16.3 Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12 ^e année	276
16.4 Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12 ^e année	277
16.5 Achèvement des études secondaires	278
16.6 Constatations de l'analyse documentaire.....	280
16.7 Tableaux supplémentaires	281
Chapitre 17 : Effet des cohortes de naissance	289
Introduction.....	289
Méthodes.....	289
Résultats	292

Chapitre 18 : Discussion	297
Recommandations (fondées sur les constatations de l'étude)	299
Conclusion	302
Bibliographie.....	303
Glossaire	308
Annexe 1: Définitions et codes pour les indicateurs	335
Publications récentes MCHP (disponible uniquement en anglais)	352

Liste des figures

Figure 1.1	Offices régionaux de la santé (ORS) du Manitoba	7
Figure 1.2	Districts de Santé Sud-Est.....	8
Figure 1.3	Secteurs communautaires de Winnipeg et groupe formé par les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital	8
Figure 2.1	Carte des services en français au Manitoba	13
Figure 2.2	Répartition des populations de francophones par district d'ORS	14
Figure 2.3	Profil du Manitoba selon l'âge et le sexe, 2006 (année civile).....	16
Figure 3.1	Schéma des étapes menant à la création de la cohorte francophone.....	22
Figure 3.2	Comparaison du profil selon l'âge et le sexe de la cohorte francophone et des francophones identifiés dans le Recensement du Canada de 2006.....	27
Figure 4.1.1	Mortalité prématurée — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2008 (années civiles)	41
Figure 4.2.1	Mortalité totale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2008 (années civiles)	42
Figure 4.2.2	Causes de décès parmi la cohorte francophone, 1999–2007 (années civiles).....	45
Figure 4.2.3	Causes de décès parmi le groupe témoin, 1999–2007 (années civiles).....	45
Figure 4.3.1	Mortalité par blessure — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2007 (années civiles)	46
Figure 4.3.2	Causes de mortalité par blessure parmi la cohorte francophone, 1999–2007 (années civiles)	47
Figure 4.3.3	Causes de mortalité par blessure parmi le groupe témoin, 1999–2007 (années civiles)	47
Figure 4.5.1	Suicides ou tentatives de suicide — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2007 (années civiles)	49
Figure 5.1.1	Hypertension — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	57
Figure 5.2.1	Cardiopathie ischémique — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009	60
Figure 5.3.1	Infarctus aigu du myocarde — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2000 à 2007–2008	61

Figure 5.4.1	Accident vasculaire cérébral (AVC) — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2000 à 2007–2008	62
Figure 5.5.1	Diabète sucré — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2006–2007 et 2008–2009	63
Figure 5.6.1	Initiation à la dialyse — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009	66
Figure 5.7.1	Morbidité respiratoire totale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2008–2009	67
Figure 5.8.1	Arthrite — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2007–2008 et 2008–2009.....	68
Figure 6.1.1	Cumul des troubles de santé mentale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009	84
Figure 6.2.1	Dépression — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009.....	86
Figure 6.3.1	Troubles anxieux — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009.....	87
Figure 6.4.1	Toxicomanie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009.....	88
Figure 6.5.1	Troubles de la personnalité — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009	91
Figure 6.6.1	Schizophrénie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009.....	92
Figure 6.7.1	Démence — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009	93
Figure 7.1.1	Enfants de deux ans ayant suivi le calendrier de vaccination complète — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains	105
Figure 7.2.1	Adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2007–2008	107
Figure 7.3.1	Mammographie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2005–2006 et 2006–2007, 2007–2008 et 2008–2009	108

Figure 7.4.1	Dépistage du cancer du col utérin — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2006–2007 à 2008–2009	109
Figure 8.1.1	Initiation à l'allaitement — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2006–2007 à 2008–2009	120
Figure 8.2.1	Grossesse précoce — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	121
Figure 8.3.1	Réadmission de nouveaux-nés – Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999 à 2008 (années civiles)	122
Figure 8.5.1	Hyperactivité avec déficit de l'attention — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	124
Figure 8.6.1	Asthme — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2006–2007 à 2008–2009.....	125
Figure 8.7.1	Trois facteurs de risque ou plus du programme Les familles d'abord — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008	126
Figure 8.7.2	Consommation d'alcool pendant la grossesse — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008	127
Figure 8.7.3	Usage du tabac pendant la grossesse rapporté — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008	128
Figure 8.7.4	Mères ayant rapporté souffrir de dépression ou d'anxiété — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008.....	129
Figure 8.7.5	Détresse dans les relations parentales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008	130
Figure 8.7.6	Mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008	131
Figure 9.1.1	Consultations d'un médecin — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	146
Figure 9.2.1	Consultations d'un médecin (nombres de visites) — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	147
Figure 9.2.2	Causes de la consultation d'un médecin dans la cohorte francophone, 2008–2009	148
Figure 9.2.3	Causes de la consultation d'un médecin dans le groupe témoin, 2008–2009	149
Figure 9.2.4	Taux de consultations externes selon l'âge et le sexe, 2008–2009.....	149

Figure 9.3.1	Secondes consultations — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	151
Figure 9.4.1	Continuité des soins — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2007–2008 et 2008–2009.....	152
Figure 9.5.1	Proportion de membres de la cohorte francophone ayant consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français, 2008–2009	153
Figure 10.1.1	Sorties d'hôpital — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	163
Figure 10.2.1	Causes d'hospitalisation (CIM–9 MC) de la cohorte francophone, 2008–2009.....	165
Figure 10.2.2	Causes d'hospitalisation (CIM–9 MC) du groupe témoin, 2008–2009	165
Figure 10.3.1	Hospitalisations à la suite d'une blessure — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	166
Figure 10.4.1	Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure de la cohorte francophone, 2004–2005 à 2008–2009	167
Figure 10.4.2	Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure du groupe témoin, 2004–2005 à 2008–2009	168
Figure 10.5.1	Lieux où les résidents relevant d'un ORS sont hospitalisés	170
Figure 10.6.1	Lieux d'où les patients d'un hôpital relevant d'un ORS proviennent	170
Figure 11.1.1	Cathétérisme cardiaque — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	178
Figure 11.2.1	Intervention coronarienne percutanée — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	179
Figure 11.3.1	Pontage aortocoronarien — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	181
Figure 11.4.1	Arthroplastie de la hanche — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	181
Figure 11.5.1	Arthroplastie du genou — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	182
Figure 11.6.1	Opération de la cataracte — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	183
Figure 11.7.1	Naissance par césarienne — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	185
Figure 11.11.8	Hystérectomie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009	186

Figure 12.1.1	Admissions dans un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	197
Figure 12.2.1	Résidents d'un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	198
Figure 12.3.1	Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer du soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009	199
Figure 13.1.1	Utilisation de produits pharmaceutiques — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	207
Figure 13.2.1	Nombre de médicaments différents dispensés — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	208
Figure 13.3.1	Ordonnances d'antibiotiques — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	211
Figure 13.4.1	Ordonnances d'antidépresseurs — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009.....	212
Figure 14.1.1	Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	221
Figure 14.2.1	Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	222
Figure 14.3.1	Traitement du diabète : Examen de la vue annuel — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009	223
Figure 14.4.1	Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	224
Figure 14.5.1	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	225
Figure 14.6.1	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009	226
Figure 15.1.1	État de santé déclaré.....	235
Figure 15.1.2	État de santé déclaré (empilé bar).....	235
Figure 15.2.1	État de santé mentale déclaré	236
Figure 15.2.2	État de santé mentale déclaré (empilé bar)	237

Figure 15.3.1	Bien-être émotionnel	239
Figure 15.4.1	Satisfaction à l'égard de la vie	240
Figure 15.5.1	Stress vécu au quotidien	241
Figure 15.6.1	Stress au travail	242
Figure 15.7.1	Indice de masse corporelle (IMC)	243
Figure 15.7.2	Indice de masse corporelle (IMC) (empilé bar)	244
Figure 15.8.1	Consommation quotidienne moyenne de fruits et légumes	245
Figure 15.9.1	Consommation occasionnelle excessive d'alcool.....	246
Figure 15.9.2	Consommation occasionnelle excessive d'alcool (empilé bar).....	247
Figure 15.10.1	Usage courant du tabac	248
Figure 15.10.2	Tabagisme	249
Figure 15.11.1	Exposition à la fumée secondaire à domicile	250
Figure 15.12.1	Activité physique (travail, déplacements et loisirs)	252
Figure 15.13.1	Limitations d'activités dues à une déficience physique ou mentale	253
Figure 16.1.1	Enfants « pas prêts » pour l'école dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	269
Figure 16.1.2	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	270
Figure 16.1.3	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	271
Figure 16.1.4	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	272
Figure 16.1.5	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	273
Figure 16.1.6	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007	274
Figure 16.2.1	Élèves de 3e année n'ayant pas changé d'école — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2003 à 2006–2005 à 2008	275

Figure 16.3.1	Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12e année — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	276
Figure 16.4.1	Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12e année — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	278
Figure 16.5.1	Taux d'achèvement des études secondaires — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	279
Figure 17.1	Principaux faits historiques par cohorte de naissance	290

Liste des tableaux

Tableau 2.1	Répartition des francophones au Manitoba.....	15
Tableau 2.2	Description des francophones du Manitoba.....	17
Tableau 3.1	Sources de données, cohorte francophone.....	23
Tableau 3.2	Nombre de francophones identifiés dans chaque enquête	23
Tableau 3.3	Répartition des francophones de la cohorte francophone	25
Tableau 3.4	Données démographiques de la cohorte francophone et du groupe témoin	26
Tableau 4.0	Sommaire des indicateurs de l'état de santé et de la mortalité comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	40
Tableau 4.2.1	Régression logistique prévoyant la probabilité de décès – Modèle de base	43
Tableau 4.2.2	Régression logistique prévoyant la probabilité de décès – Modèle complet	43
Tableau 4.4.1	Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes, 1999–2008 (années civiles)....	48
Tableau 4.6.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	50
Tableau 4.8.1	Mortalité prématurée, 1999–2008 (années civiles).....	51
Tableau 4.8.2	Mortalité totale, 1999–2008 (années civiles)	52
Tableau 4.8.3	Mortalité par blessure, 1999–2007 (années civiles)	53
Tableau 4.8.4	Prévalence du suicide et des tentatives de suicide, 1999–2007 (années civiles).....	53
Tableau 5.0	Sommaire des indicateurs de maladies physiques comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	56
Tableau 5.1.1	Régression logistique prévoyant la probabilité d'hypertension –Modèle de base	58
Tableau 5.1.2	Régression logistique prévoyant la probabilité d'hypertension – Modèle complet.....	58
Tableau 5.5.1	Régression logistique du risque de diabète – Modèle de base	64
Tableau 5.5.2	Régression logistique du risque de diabète – Modèle complet	64
Tableau 5.10.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	70
Tableau 5.12.1	Hypertension, 2008–2009	72
Tableau 5.12.2	Cardiopathie ischémique, 2004–2005 à 2008–2009	73
Tableau 5.12.3	Infarctus aigu du myocarde, 1999–2000 à 2007–2008.....	74
Tableau 5.12.4	Accident vasculaire cérébral (AVC), 1999–2000 à 2007–2008	75
Tableau 5.12.5	Diabète sucré, 2006–2007 et 2008–2009	76
Tableau 5.12.6	Initiation à la dialyse, 2004–2005 à 2008–2009	77
Tableau 5.12.7	Morbidité respiratoire totale, 2008–2009	78

Tableau 5.12.8	Arthrite, 2007–2008 et 2008–2009	79
Tableau 5.12.9	Ostéoporose, 2006–2007 à 2008–2009	80
Tableau 6.0	Sommaire des indicateurs de la prévalence de la maladie mentale comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	82
Tableau 6.4.1	Régression logistique prévoyant la probabilité de toxicomanie – Modèle de base.....	89
Tableau 6.4.2	Régression logistique prévoyant la probabilité de toxicomanie – Modèle complet	89
Tableau 6.8.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	94
Tableau 6.10.1	Cumul des troubles de santé mentale, 2004–2005 à 2008–2009	96
Tableau 6.10.2	Dépression, 2004–2005 à 2008–2009.....	97
Tableau 6.10.3	Troubles anxieux, 2004–2005 à 2008–2009	98
Tableau 6.10.4	Toxicomanie, 2004–2005 à 2008–2009	99
Tableau 6.10.5	Troubles de la personnalité, 2004–2005 à 2008–2009.....	100
Tableau 6.10.6	Schizophrénie, 2004–2005 à 2008–2009.....	101
Tableau 6.10.7	Démence, 2004–2005 à 2008–2009	102
Tableau 7.0	Sommaire des indicateurs des services de prévention comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	104
Tableau 7.5.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	110
Tableau 7.7.1	Enfants de deux ans ayant suivi le calendrier de vaccination complète	112
Tableau 7.7.2	Adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe, 2007–2008	113
Tableau 7.7.3	Mammographie, 2005–2006 et 2006–2007, 2007–2008 et 2008–2009	114
Tableau 7.7.4	Dépistage du cancer du col utérin, 2006–2007 à 2008–2009.....	115
Tableau 8.0	Sommaire des indicateurs de santé de l'enfant comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	118
Tableau 8.4.1	Mortalité chez les bébés et les enfants, 1999 à 2008 (années civiles)	123
Tableau 8.9.1	Initiation à l'allaitement, 2006–2007 à 2008–2009	133
Tableau 8.9.2	Grossesse précoce, 1999–2000 à 2008–2009	134
Tableau 8.9.3	Réadmission de nouveaux-nés, 1999 à 2008 (années civiles)	134
Tableau 8.9.4	Hyperactivité avec déficit de l'attention, 2008–2009	135
Tableau 8.9.5	Prévalence d'asthme, 2006–2007 à 2008–2009	136
Tableau 8.9.6	Trois facteurs de risque ou plus du programme Les familles d'abord, 2003–2004 à 2007–2008	137
Tableau 8.9.7	Consommation d'alcool pendant la grossesse rapportée, 2003–2004 à 2007–2008	138

Tableau 8.9.8	Usage du tabac pendant la grossesse rapporté, 2003–2004 à 2007–2008	139
Tableau 8.9.9	Mères ayant rapporté souffrir de dépression ou d’anxiété, 2003–2004 à 2007–2008	140
Tableau 8.9.10	Détresse dans les relations parentales, 2003–2004 à 2007–2008	141
Tableau 8.9.11	Mères n’ayant pas terminé leurs études secondaires, 2003–2004 à 2007–2008	141
Tableau 9.0	Sommaire des indicateurs du recours aux services de médecins comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	144
Tableau 9.6.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l’échantillon d’enquêtes.....	154
Tableau 9.8.1	Consultations d’un médecin, 2008–2009	156
Tableau 9.8.2	Consultations d’un médecin (nombres de visites), 2008–2009	157
Tableau 9.8.3	Secondes consultations, 2008–2009.....	158
Tableau 9.8.4	Continuité des soins, 2007–2008 et 2008–2009.....	159
Tableau 9.8.5	Proportion de membres de la cohorte francophone ayant consulté au moins une fois un médecin offrant des services en français, 2008–2009	160
Tableau 10.0	Sommaire des indicateurs de l’utilisation des services hospitaliers comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	162
Tableau 10.1.1	Régression binomiale négative des taux de sortie d’hôpital – Modèle de base.....	164
Tableau 10.1.2	Régression binomiale négative des taux de sortie d’hôpital – Modèle complet	164
Tableau 10.5.1	Lieux où les résidents d’un ORS sont hospitalisés, 2008–2009	169
Tableau 10.6.1	Lieux d’où les patients d’un hôpital relevant d’un ORS proviennent, 2008–2009.....	171
Tableau 10.7.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l’échantillon d’enquêtes.....	172
Tableau 10.9.1	Sorties d’hôpital, 2008–2009.....	173
Tableau 10.9.2	Hospitalisations à la suite d’une blessure, 2004–2005 à 2008–2009	174
Tableau 11.0	Sommaire des indicateurs de services chirurgicaux et diagnostiques majeurs comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence.....	176
Tableau 11.9.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l’échantillon d’enquêtes.....	187
Tableau 11.11.1	Cathétérismes cardiaques, 2004–2005 à 2008–2009.....	188
Tableau 11.11.2	Rapports de taux, interventions coronariennes percutanées, 1999–2000 à 2008–2009.....	189
Tableau 11.11.3	Pontages aortocoronariens, 1999–2000 à 2008–2009	189
Tableau 11.11.4	Arthroplasties de la hanche, 1999–2000 à 2008–2009.....	190
Tableau 11.11.5	Arthroplasties du genou, 1999–2000 à 2008–2009.....	190
Tableau 11.11.6	Opérations de la cataracte, 1999–2000 à 2008–2009	191
Tableau 11.11.7	Naissances par césarienne, 1999–2000 à 2008–2009	192

Tableau 11.11.8	Hystérectomies, 1999–2000 à 2008–2009.....	193
Tableau 12.0	Sommaire des indicateurs de l'utilisation des foyers de soins personnels comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence.....	196
Tableau 12.4.1	Emplacement du foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	200
Tableau 12.5.1	Provenance des résidents des foyers de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	201
Tableau 12.6.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	202
Tableau 12.8.1	Résidents admis dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	203
Tableau 12.8.2	Résidents d'un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	204
Tableau 12.8.3	Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	203
Tableau 13.0	Sommaire des indicateurs de l'utilisation d'ordonnances comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence.....	206
Tableau 13.2.1	Régression binomiale négative du nombre de médicaments différents dispensés – Modèle de base.....	209
Tableau 13.2.2	Régression binomiale négative du nombre de médicaments différents dispensés – Modèle complet.....	209
Tableau 13.5.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes Indicateurs.....	213
Tableau 13.7.1	Utilisation de produits pharmaceutiques, 2008–2009.....	214
Tableau 13.7.2	Nombre de médicaments différents dispensés, 2008–2009.....	215
Tableau 13.7.3	Ordonnances d'antibiotiques, 2008–2009.....	216
Tableau 13.7.4	Ordonnances d'antidépresseurs, 2008–2009.....	217
Tableau 14.0	Sommaire des indicateurs de la qualité des soins primaires comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence.....	220
Tableau 14.7.1	Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes.....	227
Tableau 14.9.1	Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur, 2004–2005 à 2008–2009.....	228
Tableau 14.9.2	Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien, 2008–2009.....	229
Tableau 14.9.3	Traitement du diabète : Examen de la vue annuel, 2008–2009.....	230
Tableau 14.9.4	Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, 2004–2005 à 2008–2009.....	231
Tableau 14.9.5	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité, 2004–2005 à 2008–2009.....	231
Tableau 14.9.6	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009.....	232

Tableau 15.0	Sommaire des indicateurs des habitudes de santé et caractéristiques personnelles tirées des données de l'ESCC comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	234
Tableau 15.2.1	Modèle de régression logistique de l'état de santé mentale qualifié d'excellent ou de très bon – Modèle de base.....	237
Tableau 15.2.2	Modèle de régression logistique de l'état de santé mentale qualifié d'excellent ou de très bon – Modèle complet.....	238
Tableau 15.11.1	Modèle de régression logistique de la probabilité d'exposition à la fumée secondaire à l'intérieur du domicile – Modèle de base.....	251
Tableau 15.11.2	Modèle de régression logistique de la probabilité d'exposition à la fumée secondaire à l'intérieur du domicile – Modèle complet.....	251
Tableau 15.15.1	État de santé déclaré	257
Tableau 15.15.2	Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'état de santé déclaré par les répondants de 12 ans et plus	258
Tableau 15.15.3	État de santé mentale déclaré	258
Tableau 15.15.4	Taux ajustés selon l'âge et le sexe de l'état de santé mentale déclaré par les répondants de 12 ans et plus	259
Tableau 15.15.5	Bien-être émotionnel	259
Tableau 15.15.6	Satisfaction à l'égard de la vie	259
Tableau 15.15.7	Stress vécu au quotidien	260
Tableau 15.15.8	Stress au travail	260
Tableau 15.15.9	Indice de masse corporelle (IMC)	260
Tableau 15.15.10	Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'indice de masse corporelle (IMC) des répondants âgés de 18 ans et plus	261
Tableau 15.15.11	Consommation quotidienne moyenne de fruits et légumes	261
Tableau 15.15.12	Consommation occasionnelle excessive d'alcool.....	262
Tableau 15.15.13	Taux normalisés selon l'âge et le sexe de la consommation excessive d'alcool des répondants âgés de 12 ans et plus	262
Tableau 15.15.14	Usage courant de tabac.....	263
Tableau 15.15.15	Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'usage du tabac des répondants âgés de 12 ans et plus	263
Tableau 15.15.16	Exposition à la fumée secondaire à domicile	263
Tableau 15.15.17	Activité physique (travail, déplacements et loisirs)	264
Tableau 15.15.18	Limitations d'activités dues à une déficience physique ou mentale	264

Tableau 16.0	Sommaire des indicateurs de l'éducation comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence	266
Tableau 16.1	Domaines et sous-domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)	268
Tableau 16.7.1	Enfants « pas prêts » pour l'école dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance, 2005–2006 et 2006–2007	281
Tableau 16.7.2	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être, 2005–2006 et 2006–2007	282
Tableau 16.7.3	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales, 2005–2006 et 2006–2007	282
Tableau 16.7.4	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective, 2005–2006 et 2006–2007	283
Tableau 16.7.5	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives, 2005–2006 et 2006–2007	283
Tableau 16.7.6	Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales, 2005–2006 et 2006–2007	284
Tableau 16.7.7	Élèves de 3e année n'ayant pas changé d'école, années scolaires 2003 à 2006–2005 à 2008	285
Tableau 16.7.8	Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12e année, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	286
Tableau 16.7.9	Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12e année, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	287
Tableau 16.7.10	Taux d'achèvement des études secondaire, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008	288
Tableau 17.1	Comparaison des taux bruts de la cohorte francophone et du groupe témoin par cohortes de naissance précises.....	293
Tableau 17.2	Comparaison des taux bruts de la cohorte francophone et du groupe témoin par cohortes de naissance précises.....	293
Tableau 17.3	Comparaison des résultats liés à l'indice des facteurs socioéconomiques (SEFI) de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin, par cohorte de naissance	294
Tableau 17.4	Test T visant à comparer l'âge moyen de la cohorte francophone à celui du groupe témoin, par cohorte de naissance.....	294
Tableau 17.5	Test du khi carré comme test d'égalité des proportions selon le sexe	294

Acronymes

ACTP – Appelée aussi angioplastie coronarienne transluminale percutanée
ASPC – Agence de la santé publique du Canada
AVC – Accident vasculaire cérébral
CCIS – La Classification canadienne des interventions en santé
CIM – Classification internationale des maladies (ICD en anglais)
CIM-10-AC – Classification internationale des maladies, 10^e révision, adaptation canadienne (ICD-10-CA en anglais)
CIM-9-MC – Classification internationale des maladies, 9^e révision, modification clinique (ICD-9-CM en anglais)
DSFM – Division scolaire franco-manitobaine
ENSP – L'Enquête nationale sur la santé de la population (NPHS en anglais)
ESC – L'Enquête sur la santé cardiovasculaire (HHS en anglais)
ESCC – L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (CCHS en anglais)
ETCAF – Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
FL1 – Programme français
FSP – Foyer de soins personnel
Hib – Haemophilus Influenzae de type B
IC – Intervalle de confiance
ICC – Insuffisance cardiaque congestive
ICIS – L'Institut canadien d'information sur la santé
IMC – Indice de masse corporelle
IMDPE – L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance
IRSS – L'Institut de recherche en services de santé
LC – Limites de confiance
MCHP – Manitoba Centre for Health Policy
MIMS – Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation
MLG -- Modèle linéaire généralisé
MPOC – Maladie pulmonaire obstructive chronique
NIP – Numéro d'identification personnelle (PHIN en anglais)
OMS – L'Organisation mondiale de la santé
OP/MF – Omnipraticien/médecin de famille
ORS – Offices régionaux de la santé
RC – Rapports de cote
REGNO – Numéro d'immatriculation
RRC – Red River College
SAS^{MD} – Logiciel d'analyse statistique
SC – Secteurs communautaires
TMP – Taux de mortalité prématurée

Résumé

Introduction

D'après le Recensement de 2006, le Manitoba comptait 50 250 francophones et 105 416 Manitobains ayant rapporté qu'ils maîtrisaient le français et l'anglais. En 1998, le gouvernement du Manitoba s'est engagé à assurer les services gouvernementaux dans les deux langues officielles de la province. Des services en français sont offerts actuellement dans les offices régionaux de la santé (ORS) des secteurs où la plupart des francophones vivent. L'importance de créer un atlas des indicateurs de santé des ORS axé sur les francophones du Manitoba est ressortie des discussions tenues au sein de Santé Manitoba et entre ce ministère et la communauté francophone. Les indicateurs liés à la santé examinés dans cet atlas étaient considérés comme essentiels pour jeter les bases d'orientations politiques et d'initiatives de planification à l'échelle de la province et des ORS. Les indicateurs sélectionnés vont de pair avec les travaux effectués auparavant au Manitoba Centre for Health Policy (MCHP).

Des études précédentes laissent entendre que les francophones du Canada ont de moins bons résultats en matière de santé que les non-francophones (Woloshin, Schwartz, Katz et Welsh, 1997; Clark, Colantonio, Rhodes et Escobar, 2008; Desjardins, 2003; Picard et Allaire, 2005). Bouchard et ses collègues (2009) ont constaté que parmi les Canadiens vivant à l'extérieur du Québec, les francophones sont plus enclins à rapporter que leur santé est passable ou mauvaise (17,64 %) que les anglophones (13,26 %) (2009b). Cela pourrait être dû au statut social, aux différences culturelles dans le style de vie et les attitudes, ou encore aux obstacles linguistiques et culturels liés aux soins de santé. Les francophones qui vivent dans un milieu où le français est la langue minoritaire ont un accès limité à des services de santé dans leur langue maternelle (Schofield et Gauthier, 2007). D'après un rapport intitulé *Les minorités prennent la parole* (2006), 61 % des Franco-Manitobains jugent important d'avoir des services de santé en français, mais seulement 14 % ont rapporté qu'ils ont la possibilité de communiquer avec leur médecin de famille dans leur langue maternelle (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2006). Contrairement aux constatations précédentes, un rapport récent concernant les francophones du Nouveau Brunswick n'a décelé aucune différence après la prise en compte de variables sociodémographiques (Bélanger, Bouchard, Gaboury, Sonier, Gagnon-Arpin, Schofield et Bourque, 2011). Les auteurs faisaient état des améliorations récentes touchant l'accès aux services de santé des francophones dans la province du Nouveau Brunswick, notamment de l'augmentation du nombre de médecins parlant français, de la formation médicale donnée en français dans la province et de la nomination d'un sous ministre de la Santé (services francophones).

Définition de francophone dans ce rapport

Dans la présente étude, les francophones sont définis de deux façons en fonction des renseignements à notre disposition. Lorsqu'il est question de données d'enquêtes, les Manitobains francophones sont formés des personnes qui ont rapporté que le français est leur langue maternelle, que le français est leur première langue officielle parlée ou que le français est la langue la plus souvent parlée à la maison. Dans le cas des données administratives, les personnes sont sélectionnées comme francophones lorsqu'elles ont participé à une enquête et qu'elles ont répondu de la manière indiquée ci dessus. Elles sont aussi sélectionnées lorsqu'elles ont choisi le français comme leur langue de préférence pour obtenir des services de santé et d'éducation ou comme langue de correspondance souhaitée pour leurs soins de santé. Cela exclut de notre analyse la plupart des Manitobains parlant français ayant suivi un programme d'immersion en français, les Manitobains d'origine française qui ne s'identifient plus

comme francophones ou qui ne parlent plus français et les Manitobains multilingues qui préfèrent l'anglais au français comme langue de communication. Les parents au premier degré (parents, enfants, frères et sœurs) des personnes sélectionnées comme francophones entrent aussi dans la définition de francophone.

Objet de ce rapport

L'objet du présent rapport est d'avoir une meilleure idée de l'état de santé des francophones du Manitoba et de leur utilisation des soins de santé. En comprenant mieux l'état de santé des francophones de la province et les soins qu'ils requièrent, les planificateurs des soins de santé et les décideurs peuvent déterminer l'efficacité des services et concentrer leurs efforts sur des secteurs en particulier. De plus, une meilleure connaissance de l'état de santé d'une population nous aide à mieux cerner sa vitalité. Ce rapport pourrait aussi s'avérer utile au million de francophones du Canada vivant à l'extérieur du Québec, car on sait très peu de choses à propos de la santé de cette population.

Les questions suivantes ont été soulevées :

- Comment les taux liés aux indicateurs de santé, aux comportements à risque pour la santé et à l'utilisation des services de santé des Franco-Manitobains se comparent-ils à ceux des autres Manitobains?
 - Ces taux varient-ils d'une région à l'autre du Manitoba?
 - L'utilisation d'une variable de contrôle pour la région de résidence, la situation socioéconomique, la situation de famille et les comportements de santé change-t-elle la nature du lien entre le fait d'être francophones et leur état de santé et leur utilisation des soins de santé?
- Les taux des indicateurs de santé des francophones par rapport aux autres Manitobains varient-ils d'une cohorte de naissance à une autre? Autrement dit, la santé relative des francophones a-t-elle changé d'une génération à l'autre?

Méthodes

L'examen de l'état de santé des francophones en situation minoritaire est difficile en raison du manque de données disponibles identifiant la population francophone. Quand ces données existent, la taille des échantillons est insuffisante pour assurer un compte rendu efficace (Picard et Allaire, 2005; Schofield et Gauthier, 2007). La présente étude a eu aussi à pallier cette difficulté, entre autres. Nous avons réussi à sélectionner une cohorte de personnes très susceptibles d'être francophones, car elles avaient rapporté être francophones dans une enquête ou avaient choisi le français comme leur langue de préférence pour obtenir des services de santé et d'éducation ou comme langue de correspondance souhaitée relativement aux soins de santé. Nous avons ensuite sélectionné les enfants, les frères et sœurs et les parents de ces personnes afin d'établir un groupe de personnes probablement francophones. Cette façon de faire nous a permis d'obtenir une cohorte de 40 000 personnes qui sont probablement francophones ou du moins exposées à la langue et à la culture des francophones en raison de leurs liens familiaux.

L'étape suivante consistait à déterminer comment s'y prendre pour comparer ce groupe de personnes aux autres Manitobains. Au lieu d'une simple comparaison de l'ensemble des francophones à l'ensemble des autres Manitobains, nous avons eu recours à un processus « d'appariement ». L'appariement consiste à trouver d'autres personnes aux caractéristiques similaires afin de pouvoir effectuer des comparaisons raisonnables. Nous avons ainsi apparié chaque membre de notre cohorte francophone à trois autres

Manitobains en fonction de l'âge, du sexe et de la région géographique. La région géographique est un indicateur indirect d'un certain nombre de caractéristiques, dont le statut socioéconomique. Pour leur part, les francophones qui vivaient dans un foyer de soins personnel lorsqu'ils ont été sélectionnés pour faire partie de la cohorte ont été appariés avec des non-francophones vivant aussi dans un foyer de soins personnel au même moment. Il était important de se doter d'un groupe témoin aux caractéristiques similaires à celles de la cohorte francophone et nous croyons avoir atteint cet objectif.

Tout au long de ce document, on trouve des rapports de taux plutôt que des taux bruts et des taux ajustés. Un rapport de taux est tout simplement un rapport entre deux taux. Nous avons procédé ainsi parce que les taux réels risquent de ne pas être précis, du fait que les répondants de la nouvelle cohorte établie sont plus jeunes que la population réelle. Les rapports de taux constituent un reflet fidèle de la différence relative entre les francophones et les autres Manitobains.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Les francophones semblent être plus âgés que la moyenne manitobaine. D'après le Recensement de 2006, 20,8 % des francophones avaient plus de 65 ans comparativement à 13,0 % de l'ensemble des autres Manitobains. Le Recensement indiquait aussi que 11,2 % des francophones avaient moins de 15 ans comparativement à 20,3 % de l'ensemble des autres Manitobains. Parmi les francophones, il y avait plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %), parce que les femmes ont une espérance de vie plus élevée et qu'il y a davantage de personnes âgées dans la population francophone. Un pourcentage plus élevé de francophones ne faisait pas partie de la population active (francophones : 35,0 %; autres Manitobains : 32,6 %), parce que davantage de francophones avaient plus de 65 ans. Moins de francophones ont rapporté qu'ils étaient sans emploi que les autres Manitobains (2,6 % et 3,8 %). Les francophones étaient un peu plus instruits, 47,4 % d'entre eux ayant rapporté avoir terminé leurs études secondaires comparativement à 43,7 % des autres Manitobains. Le revenu moyen des francophones était aussi plus élevé que celui des autres Manitobains (32 809 \$ et 31 216 \$).

Indicateurs de santé et de soins de santé

Ce document rend compte des taux et des rapports de taux liés à 76 indicateurs de santé aux fins de comparaison entre la cohorte francophone et le groupe témoin. Dans la mesure du possible, les calculs englobent aussi les Manitobains qui ont rapporté être francophones dans les enquêtes. Bien qu'il ne s'agisse que d'un échantillon de francophones, nous voulions nous assurer que l'appariement avec un groupe témoin (décrit ci dessus) était une représentation valide. Dans les mesures établissant une « vue d'ensemble », peu de différences ont été observées entre les francophones et le groupe témoin. Par exemple, à l'échelle provinciale, il n'y avait pas de différence dans les taux de mortalité prématurée entre les francophones et les autres Manitobains aux caractéristiques similaires. Il y avait 52 indicateurs (68 %) pour lesquels aucune différence n'a été observée entre les francophones et le groupe témoin, 15 indicateurs (20 %) pour lesquels les francophones étaient en meilleure santé et 9 indicateurs (12 %) pour lesquels les francophones étaient en moins bonne santé. Certaines différences ont également été observées à l'échelle régionale. En règle générale, les taux des indicateurs de santé des francophones des régions étaient similaires à ceux des francophones à l'échelle provinciale. À l'aide de l'échantillon d'enquêtes, nous avons analysé de nouveau certains indicateurs en prenant en compte un certain nombre de variables sociodémographiques et variables liées au style de vie. La prise en compte de ces facteurs importants n'a modifié en rien les conclusions générales.

Voici la liste des principales différences constatées à l'échelle provinciale :

- Les francophones sont légèrement plus portés à consulter un médecin au moins une fois l'an (rapport de taux : 1,02), à passer une mammographie (rapport de taux : 1,09), à passer un test de dépistage du cancer du col utérin (rapport de taux : 1,09) et à se faire vacciner contre la grippe (adultes) (rapport de taux : 1,05) que les autres Manitobains.
- Les francophones ont des taux de mortalité (rapport de taux : 0,79), d'hypertension (rapport de taux : 0,96) et de diabète (rapport de cotes : 0,81) moins élevés que les autres Manitobains, mais des taux d'intervention coronarienne percutanée (rapport de taux : 1,31) et de pontage aortocoronarien (rapport de taux : 1,19) plus élevés que les autres Manitobains.
- Le temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels (FPS) des aînés francophones est plus élevé (13,2 semaines comparativement à 8,0 semaines). Les aînés francophones vivant dans la collectivité sont plus portés à recevoir des prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines que les autres aînés manitobains (rapport de taux : 1,37).
- Les femmes francophones avec des nouveaux-nés sont plus portées à avoir terminé leurs études secondaires que les femmes du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Cependant, les femmes francophones avec des nouveaux-nés ont rapporté des taux plus élevés de dépression et d'anxiété (rapport de taux : 1,17) et étaient plus portées à déclarer qu'elles avaient consommé de l'alcool pendant leur grossesse (rapport de taux : 1,18).
- Il y a davantage d'enfants francophones qui ne sont « pas prêts » pour l'école (rapport de taux : 1,19) et leur taux d'hyperactivité avec déficit de l'attention est plus élevé que celui des enfants du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,27).
- Les adolescents francophones sont plus portés à réussir leur examen de langue (rapport de taux : 1,16) et de mathématiques (rapport de taux : 1,11) et à terminer leurs études secondaires (rapport de taux : 1,09) que les adolescents du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les francophones sont moins portés à être diagnostiqués comme ayant un problème de santé mentale (rapports de taux : 0,77 à 0,98) que les autres Manitobains et leur taux de suicide est moins élevé (rapport de taux : 0,70). Mais ils sont également moins portés à déclarer que leur état de santé mentale est excellent ou très bon que les autres Manitobains (65,5 % et 74,2 %).

Les données publiques du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba nous ont permis de répertorier les médecins qui sont en mesure d'offrir des services en français (qui parlent français ou qui offrent des services de traduction). Nous avons ainsi établi que 28 % des francophones du Manitoba ont consulté au moins une fois un médecin offrant des services en français. Dans certaines régions, cette proportion était beaucoup plus élevée, notamment à l'ORS du Centre (41 %) et à Santé Sud-Est (44 %), tout particulièrement dans le district Nord de cet ORS (66 %). Une sous analyse effectuée parmi les francophones a fait ressortir une petite différence, qui est toutefois statistiquement significative, dans la continuité des soins de ceux dont le médecin assure des services en français. Le taux de continuité des soins des francophones dont le médecin est en mesure d'offrir des services en français était plus élevé que le taux des autres francophones (71,8 % et 67,4 %).

Effet des cohortes de naissance

Une constatation intrigante, mais qui a son importance, est que malgré la similitude de l'état de santé global entre les deux groupes, un effet des cohortes de naissance semble présent. Le climat sociopolitique du Manitoba a énormément changé pour les francophones de la province. Pour procéder à l'examen des effets des cohortes de naissance, nous avons commencé par diviser les répondants en trois groupes d'âge : ceux nés avant 1958 (pas de droits linguistiques), ceux nés entre 1958 et 1982 (introduction de certains droits linguistiques) et ceux nés après 1982 (gamme étendue de droits linguistiques). L'équipe de recherche a choisi six indicateurs pour mesurer les effets des cohortes de

naissance : le taux de mortalité, le taux de suicide et de tentatives de suicide, le taux de diabète, le taux de congés d'hôpital, le nombre de médicaments différents prescrits et l'autoévaluation de la santé. Ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils sont perçus comme sensibles à l'état de santé.

Comme on s'y attendait, tous les indicateurs vont dans le sens d'une détérioration de l'état de santé avec l'âge. Nous avons également constaté une corrélation étroite entre le moment où un francophone est né et son état de santé actuel comparativement aux autres Manitobains de la même cohorte de naissance. Par exemple, les francophones plus âgés (nés avant 1958) ont un taux d'hospitalisation plus élevé que celui des autres Manitobains plus âgés (212,2 et 193,9 par 1 000). Les taux des francophones d'âge moyen (nés entre 1958 et 1982) et des autres Manitobains de ce groupe d'âge sont similaires (110,4 et 113,4 par 1 000). Une différence statistiquement significative est toutefois observée dans les taux d'hospitalisation des jeunes francophones et des autres jeunes Manitobains (44,5 et 55,4 par 1 000). Une tendance similaire démontrant une amélioration de l'état de santé des francophones avec le temps se dégage aussi parmi les autres indicateurs.

Bien que globalement, la situation semble positive, les Franco-Manitobains plus âgés (nés avant 1958) sont en moins bonne santé que les autres Manitobains du même groupe d'âge, ceux nés entre 1958 et 1982 ont un état de santé similaire et ceux nés après 1982 sont en meilleure santé que les autres Manitobains de ce groupe d'âge. Cette constatation ne nous permet pas d'établir une relation de cause à effet entre les politiques linguistiques et les résultats, mais elle fournit certains éléments qui devraient être pris en compte dans les études à venir.

Conclusion

En résumé, nous avons constaté que, dans la majorité des cas, l'état de santé des francophones et leur utilisation des soins de santé ne varient pas tellement comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, mais il existe des variations selon l'endroit où ils demeurent et le moment où ils sont nés. Nous avons toutefois observé quelques différences et ces constatations nous ont amenés à proposer plusieurs recommandations.

- S'assurer que les enfants francophones ont accès à des programmes pour la petite enfance
- S'assurer que les francophones ont accès à des ressources en promotion de la santé mentale et à des services de santé mentale
- S'assurer que les francophones plus âgés ont un accès adéquat à des services de santé et à des ressources éducatives
- Faciliter l'échange de connaissances entre la Division scolaire franco-manitobaine et les autres divisions scolaires.
- Promouvoir la recherche sur le rôle (et sur les mécanismes sous-jacents à ce rôle) que les politiques linguistiques et autres ont sur les résultats en matière de santé et d'éducation des groupes culturels et linguistiques
- Poursuivre les efforts de recrutement et de formation de médecins et d'autres professionnels de la santé qui parlent français

Ce rapport constitue le premier atlas donnant un aperçu de l'état de santé des Franco-Manitobains et de leur utilisation des soins de santé comparativement aux autres Manitobains. Il reprend les travaux antérieurs effectués au MCHP à l'aide d'indicateurs de santé et d'indicateurs de l'éducation. Une mine de renseignements est à la disposition des planificateurs et des décideurs qui s'intéressent aux programmes et politiques de santé publique et aux services de santé à l'intention des francophones du Manitoba. L'équipe de recherche souhaite que ce rapport se situe dans le prolongement des travaux antérieurs sur la santé des francophones pour établir des initiatives de planification à l'échelle régionale et provinciale.

Chapitre 1 : Introduction

Mise en contexte

Les études donnent à entendre que les **francophones**¹ du Canada ont de moins bons résultats en matière de santé que les non-francophones (Clarke, Colantonio, Rhodes et Escobar, 2008; Kopec, Williams, To et Austin, 2001). Cela semble aussi être le cas des francophones vivant à l'extérieur du Québec. Bouchard et ses collègues (2009) ont constaté que parmi les Canadiens vivant à l'extérieur du Québec, les francophones sont plus enclins à rapporter que leur santé est passable ou mauvaise (17,64 %) que les **anglophones** (13,26 %). Cela pourrait être dû au statut social, aux différences culturelles dans le style de vie et les attitudes, ou encore aux obstacles linguistiques et culturels liés aux soins de santé. Les francophones qui vivent dans un milieu où le français est la langue minoritaire ont un accès limité à des services de santé en français (Schofield et Gauthier, 2007). D'après un rapport intitulé *Les minorités prennent la parole* (2006), 61 % des Franco-Manitobains jugent important d'avoir des services de santé en français, mais seulement 14 % ont rapporté qu'ils ont la possibilité de communiquer avec leur médecin de famille dans leur **langue maternelle**.

L'examen des études sur la santé des francophones des autres régions du Canada est utile aux fins de collecte de renseignements généraux. Cependant, l'utilisation de ces études pour établir des politiques et planifier des services au Manitoba a ses limites, en raison du fait que les réalités sociales et politiques des différentes régions du Canada sont sensiblement différentes. Une des principales différences entre les francophones vivant au Québec et ceux vivant dans les autres provinces canadiennes est qu'au Québec, le français est parlé couramment et tous les services, tels que les services à la petite enfance, les services de santé, l'éducation, les services sociaux et les activités récréatives et culturelles, sont offerts en français. Bien que certains médecins et travailleurs de la santé parlant français communiquent avec leurs patients francophones dans cette langue, les francophones vivant à l'extérieur du Québec ont historiquement disposé de peu de services en français. Il convient aussi de noter que le Manitoba se distingue de la plupart des provinces canadiennes par le fait que le français et l'anglais sont les langues officielles de l'Assemblée législative et des tribunaux. La *Loi de 1870 sur le Manitoba* précisait clairement le statut officiel du français, sauf que pendant presque un siècle, les services du gouvernement n'étaient offerts officiellement qu'en anglais. On ne connaît pas les effets qu'auraient pu avoir cette nonreconnaissance du français et l'absence de services en français sur les francophones du Manitoba. Sauf qu'au cours des dernières décennies, d'importants progrès ont été accomplis au chapitre de la reconnaissance et de l'acceptation du français à l'échelle provinciale et nationale.

On pourrait se demander pourquoi l'état de santé des francophones serait différent des autres Manitobains. Les études démontrent que la langue joue un rôle important dans la prestation des soins de santé. Elle permet notamment de communiquer clairement avec le professionnel de la santé, mais il existe aussi une connexion naturelle qui vient spontanément lorsque les interlocuteurs partagent la même langue. Cela est dû au fait que la culture (ou la vision du monde) est communiquée au moyen de la langue et peut améliorer la relation thérapeutique. Bowen parle de l'importance des obstacles linguistiques et culturels, en soulignant que les gens sont plus portés à exprimer leurs inquiétudes, à poser des questions et à suivre les recommandations relatives à la santé lorsqu'ils ont établi une bonne relation avec leurs fournisseurs de soins de santé (2001). Ces caractéristiques ne s'appliquent pas vraiment aux Manitobains qui ont appris le français comme langue seconde, à l'exception de ceux qui

1 Les mots inscrits en **gras** seront définis dans le glossaire à la fin de ce rapport.

se sont intégrés à la communauté francophone et qui se sentent plus à l'aise lorsqu'ils s'expriment en français que lorsqu'ils parlent anglais.

Dans le **recensement** de 2006, 50 250 Manitobains ont inscrit le français comme langue maternelle ou langue parlée à la maison et 105 416 Manitobains ont rapporté qu'ils maîtrisaient le français et l'anglais. En 1998, le gouvernement du Manitoba s'est engagé à assurer des services en anglais et en français. Des services en français sont offerts actuellement dans les secteurs où la plupart des francophones vivent, qui relèvent de sept **offices régionaux de la santé (ORS)**. L'importance de créer un atlas des indicateurs de santé des ORS axé sur les francophones du Manitoba est ressortie des discussions tenues au sein de **Santé Manitoba** et entre ce ministère et la communauté francophone. Cet atlas était considéré comme essentiel pour jeter les bases d'initiatives de planification à l'échelle de la province et des ORS. Les indicateurs sélectionnés vont de pair avec les travaux effectués auparavant au **Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)**.

Dès le départ, on a pu cerner les difficultés associées à l'élaboration d'un tel atlas. Gaboury et coll. ont examiné la faisabilité d'une étude sur la santé des francophones hors Québec (2009). Le problème principal rapporté était le nombre insuffisant de bases de données sur la population comportant les variables linguistiques requises pour identifier les francophones. Lorsque de telles bases de données existaient, la taille de l'échantillon de répondants francophones ne permettait pas d'analyses convenables. Ces bases de données n'étaient pas assez volumineuses pour fournir de l'information sur la santé à l'échelle régionale et, souvent, pour rapporter des maladies rares ou des pratiques médicales. Bien que le Recensement du Canada recueille des données exhaustives sur la langue au niveau individuel, les lois et les règlements qui protègent les données du recensement interdisent l'utilisation de ces données personnalisées à des fins de recherche. Pendant l'élaboration de ce rapport, un travail considérable a été consacré à l'identification de francophones et au maintien de leur anonymat à l'aide de toute une série de bases de **données administratives** et d'enquête.

L'objet du présent rapport est donc d'avoir une meilleure idée de l'état de santé des francophones du Manitoba et de leur **utilisation des soins de santé**. En comprenant mieux l'état de santé des francophones de la province et les soins qu'ils requièrent, les planificateurs des soins de santé et les décideurs peuvent déterminer l'efficacité des services et concentrer leurs efforts sur des secteurs en particulier. De plus, une meilleure connaissance de l'état de santé d'une population nous aide à mieux cerner sa vitalité. Ce rapport pourrait aussi s'avérer utile au million de francophones du Canada vivant à l'extérieur du Québec, car on sait très peu de choses à propos de la santé de cette population.

Objet du rapport et grandes lignes des chapitres

Ce rapport se penche sur les indicateurs liés à l'état de santé des francophones du Manitoba, à leurs comportements de santé et à leur utilisation des soins de santé. Les questions suivantes ont été soulevées :

- Comment les **taux** liés aux indicateurs de santé, aux comportements à risque pour la santé et à l'utilisation des services de santé des Franco-Manitobains se comparent-ils à ceux des autres Manitobains?
 - Ces **taux** varient-ils d'une région à l'autre du Manitoba?
 - L'utilisation d'une variable de contrôle pour la **région de résidence**, la **situation socioéconomique**, la situation de famille et les comportements de santé change-t-elle la nature du lien entre le fait d'être francophones et leur état de santé et leur utilisation des soins de santé?

- Les taux des indicateurs de santé des francophones par rapport aux autres Manitobains varient-ils d'une **cohorte de naissance** à une autre? Autrement dit, la santé relative des francophones a-t-elle changé d'une génération à l'autre?

Ce rapport comporte dix-huit chapitres. Les chapitres 4 à 16 mettent en relief des indicateurs basés sur des données administratives conservées au Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), à l'exception du chapitre 15, qui utilise des données d'enquêtes tirées de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)**. Le chapitre 1 présente le rapport et en dégage les grandes lignes. Le chapitre 2 fournit des renseignements généraux sur le contexte linguistique et culturel des francophones du Manitoba. Il aborde aussi la question de la définition de la **cohorte** francophone, décrit les caractéristiques sociodémographiques des francophones et fournit le contexte social et culturel des francophones du Manitoba. Le chapitre 3 explique les méthodes et décrit les graphiques des indicateurs qui se trouvent dans les chapitres ultérieurs. Le chapitre 17 se penche sur la santé de trois générations de francophones. Enfin, le chapitre 18 résume les constatations, propose certaines recommandations et fait état des résultats de la recherche.

Le chapitre 15 utilise les données tirées de l'ESCC, qui regroupe tous les cycles de l'enquête de 2000 à 2008, ce qui a l'avantage de fournir un échantillon représentatif de la population francophone ainsi que des données qui ne se trouvent pas dans l'entrepôt de données de recherche sur la **santé de la population** (Population Health Research Data Repository, appelé ci-après l'entrepôt de données), comme celles concernant l'usage du tabac. Les données de l'ESCC reposent sur une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de Manitobains, qui ne compte toutefois pas les personnes vivant dans les collectivités des Premières nations (c.à.d. dans une réserve) et en établissement. Nous avons ainsi pu obtenir un échantillon comptant 1 627 francophones, soit un nombre insuffisant pour rendre compte des indicateurs à l'échelle régionale. Comme les francophones ne forment que 4,4 % de la population manitobaine, seul un petit nombre d'entre eux faisaient partie de chaque cycle du sondage. En liant plusieurs cycles de données ensemble, nous avons pu créer un échantillon de francophones assez important pour rendre compte de façon fiable les données les concernant à l'échelle provinciale.

Comment lire ce rapport

Le présent rapport se penche sur la santé des francophones du Manitoba et leur utilisation des soins de santé à l'aide de deux outils d'observation : les taux et les **rapports de taux**. Les taux indiquent combien de personnes sur 100 ou 1 000 souffrent d'une maladie ou utilisent un service de santé au cours d'une période donnée (habituellement un an). Un rapport de taux est tout simplement un rapport entre deux taux. Ce document privilégie les rapports de taux, car ils indiquent comment la cohorte francophone se compare à un groupe témoin formé d'autres Manitobains. Il est important de noter que les taux se rapportant aux francophones et aux autres Manitobains précisés dans ce rapport ne sont pas considérés comme des taux réels. Cela est dû au fait que la cohorte francophone établie était plus jeune que la population francophone du Manitoba dans son ensemble. Les taux se rapportant à cette cohorte auront ainsi tendance à dépeindre un meilleur état de santé. Cependant, les rapports de taux nous donnent une indication claire de l'état de santé des francophones comparativement à celui des autres Manitobains du même âge, du même sexe et du même niveau socioéconomique (le chapitre 3 fournit une description plus complète).

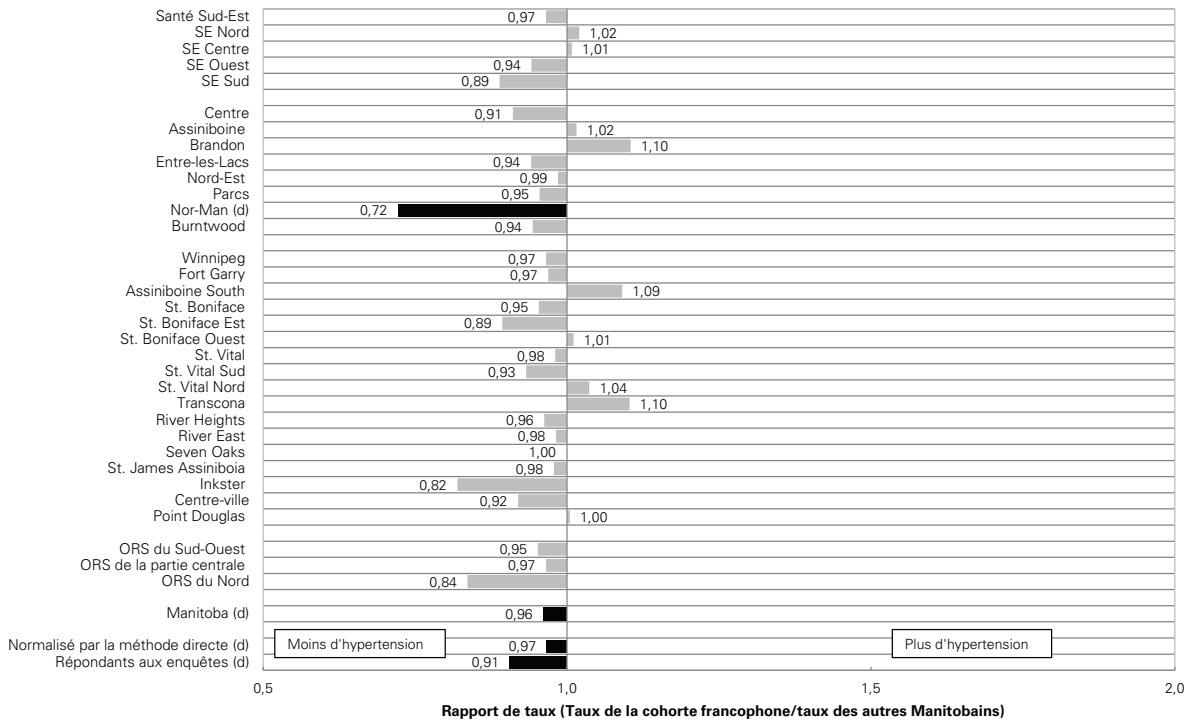
Lorsque le nombre le justifie, les résultats sont répartis en fonction des secteurs desservis par les ORS suivants : Santé Sud-Est (et ses districts), Centre, Assiniboine, Brandon, Entre-les-Lacs, Nord-Est, Parcs, NOR-MAN, Burntwood et Winnipeg (et ses secteurs communautaires).

Pour chaque indicateur examiné dans ce rapport, vous trouverez un graphique des rapports de taux qui illustre comment l'état de santé de la cohorte francophone se compare à celui d'un groupe témoin formé d'autres Manitobains. Le rapport de taux est calculé en divisant le taux de la cohorte francophone par le taux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Dans l'exemple ci-dessous (Figure 5.1.1), qui utilise les cohortes créées pour le présent rapport, 19,7 % des francophones et 20,5 % des autres Manitobains présentant des caractéristiques similaires ont reçu un diagnostic d'**hypertension**. Le rapport de taux s'établit donc à 0,96 (19,7 % divisé par 20,5 %), ce qui signifie que les francophones sont moins susceptibles que les autres Manitobains du même âge, du même sexe et de la même situation socioéconomique qu'eux de recevoir un diagnostic d'hypertension. Il convient de noter que d'après le Manitoba RHA Indicators Atlas 2009 (Fransoo et al., 2009), le taux d'hypertension des Manitobains en 2005–2006 était de 24 %. Comme on s'y attendait, ce taux était plus élevé que ceux obtenus auprès des cohortes créées pour ce rapport, car il était fondé sur l'ensemble des Manitobains. La lettre « d » indique que les rapports de taux sont statistiquement significatifs, ce qui veut dire qu'il y a des différences entre les résultats des francophones et ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le **taux de mortalité** prématurée est utilisé comme moyen de classer les ORS et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le taux de mortalité prématurée sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux.

Figure 5.1.1 : Hypertension — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.1 : Hypertension, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,97 (0,90 - 1,04)	19,27 (17,98 - 20,66)	19,96 (19,09 - 20,88)
SE Nord	1,02 (0,92 - 1,13)	19,86 (18,08 - 21,81)	19,47 (18,21 - 20,82)
SE Centre	1,01 (0,77 - 1,32)	20,45 (15,78 - 26,49)	20,28 (18,73 - 21,96)
SE Ouest	0,94 (0,83 - 1,06)	18,32 (16,51 - 20,33)	19,46 (18,06 - 20,98)
SE Sud	0,89 (0,68 - 1,16)	20,16 (15,78 - 25,76)	22,68 (20,33 - 25,30)
Centre	0,91 (0,82 - 1,01)	18,49 (16,86 - 20,28)	20,31 (19,22 - 21,46)
Assiniboine	1,02 (0,87 - 1,19)	21,37 (18,55 - 24,63)	21,04 (19,38 - 22,85)
Brandon (f)	1,10 (0,87 - 1,41)	26,40 (21,45 - 32,49)	23,90 (20,99 - 27,21)
Entre-les-Lacs	0,94 (0,78 - 1,13)	21,18 (17,96 - 24,99)	22,52 (20,50 - 24,73)
Nord-Est (f)	0,99 (0,85 - 1,14)	24,07 (21,11 - 27,43)	24,43 (22,60 - 26,41)
Parcs	0,95 (0,80 - 1,14)	22,62 (19,32 - 26,49)	23,69 (21,63 - 25,95)
Nor-Man (d)	0,72 (0,53 - 0,98)	19,12 (14,53 - 25,15)	26,48 (22,96 - 30,53)
Burntwood	0,94 (0,70 - 1,28)	23,51 (18,04 - 30,63)	24,92 (21,35 - 29,08)
Winnipeg	0,97 (0,91 - 1,02)	19,18 (18,12 - 20,30)	19,86 (19,06 - 20,70)
Fort Garry	0,97 (0,83 - 1,14)	18,67 (16,16 - 21,57)	19,26 (17,75 - 20,90)
Assiniboine South	1,09 (0,80 - 1,49)	20,37 (15,36 - 27,02)	18,68 (16,19 - 21,55)
St. Boniface	0,95 (0,89 - 1,03)	18,22 (17,02 - 19,50)	19,10 (18,22 - 20,03)
St. Boniface Est	0,89 (0,80 - 1,00)	17,95 (16,18 - 19,92)	20,10 (18,85 - 21,43)
St. Boniface Ouest	1,01 (0,92 - 1,11)	18,34 (16,86 - 19,96)	18,15 (17,01 - 19,37)
St. Vital	0,98 (0,89 - 1,08)	19,60 (17,95 - 21,40)	19,99 (18,91 - 21,12)
St. Vital Sud	0,93 (0,82 - 1,07)	18,69 (16,58 - 21,09)	20,04 (18,61 - 21,59)
St. Vital Nord	1,04 (0,90 - 1,19)	20,62 (18,26 - 23,29)	19,89 (18,40 - 21,50)
Transcona	1,10 (0,86 - 1,42)	22,13 (17,79 - 27,53)	20,07 (17,63 - 22,85)
River Heights	0,96 (0,77 - 1,20)	17,76 (14,35 - 21,98)	18,45 (17,06 - 19,96)
River East	0,98 (0,82 - 1,17)	20,88 (17,73 - 24,59)	21,27 (19,68 - 22,97)
Seven Oaks	1,00 (0,74 - 1,35)	22,93 (17,68 - 29,73)	22,94 (19,70 - 26,71)
St. James Assiniboia	0,98 (0,77 - 1,24)	20,44 (16,52 - 25,30)	20,89 (18,65 - 23,40)
Inkster	0,82 (0,53 - 1,27)	20,48 (13,81 - 30,36)	24,98 (20,41 - 30,59)
Centre-ville	0,92 (0,75 - 1,13)	21,17 (17,68 - 25,35)	23,02 (20,78 - 25,51)
Point Douglas	1,00 (0,74 - 1,36)	24,74 (18,99 - 32,23)	24,63 (21,21 - 28,59)
ORS du Sud-Ouest	0,95 (0,87 - 1,04)	19,78 (18,26 - 21,43)	20,78 (19,73 - 21,89)
ORS de la partie centrale (f)	0,97 (0,87 - 1,07)	22,84 (20,79 - 25,08)	23,65 (22,29 - 25,10)
ORS du Nord	0,84 (0,67 - 1,04)	21,56 (17,81 - 26,10)	25,78 (23,13 - 28,74)
Manitoba (d)	0,96 (0,92 - 1,00)	19,66 (18,91 - 20,44)	20,46 (20,17 - 20,74)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,97 (0,94 - 0,99)	23,15 (22,64 - 23,65)	23,94 (23,64 - 24,24)
Répondants aux enquêtes (d)	0,91 (0,82 - 0,99)	22,86 (20,75 - 24,97)	25,24 (24,55 - 25,92)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

À la fin de chaque chapitre, se trouve un tableau avec les taux liés à chaque indicateur du chapitre. Tout en soulignant l'importance de ne pas considérer les taux rapportés comme des taux réels, ces tableaux nous aident à comprendre comment les taux se comparent d'une région à l'autre. Revenons à l'exemple de l'hypertension (Tableau 5.12.1). On peut voir que la lettre « f » apparaît à la droite du nom de certaines régions. Cela indique que le taux des francophones de cette région diffère du taux de l'ensemble des francophones du Manitoba. Ainsi, le taux établi pour les francophones de la région du Nord-Est s'établissait à 24,1 % comparativement à 19,7 % pour l'ensemble des francophones du Manitoba.

Limites géographiques

Les limites géographiques dont il est question dans ce rapport ont été établies en fonction des secteurs où des services en français sont assurés (voir chapitre 2, Figure 2.1) et où la plupart des francophones vivent. À l'heure actuelle, le Manitoba compte 11 ORS (Figure 1.1). L'un d'eux est l'ORS de Winnipeg, qui englobe la capitale provinciale de Winnipeg, les dix autres étant des ORS de régions rurales et du Nord. Contrairement aux autres atlas du MCHP, les données n'ont pas été réparties en fonction des districts pour l'ensemble des ORS. Cependant, comme Santé Sud-Est dessert une population francophone importante, les données s'y rapportant sont réparties en fonction des quatre districts que cet ORS regroupe, dans la mesure du possible. De même, les SC de Winnipeg sont représentés et, dans la mesure du possible, les données relatives au groupe formé par les quartiers de Saint-Boniface et Saint-Vital sont rapportées. Comme les données liées à certains indicateurs étaient insuffisantes pour les répartir dans les différents SC de Winnipeg, nous avons choisi de le faire de la façon suivante : Saint-Vital, Saint-Boniface et Winnipeg, autres (comprenant les autres secteurs de Winnipeg). En règle générale, nous avons également regroupé des données dans trois régions élargies :

- **ORS du Sud-Ouest**, soit l'ORS de Brandon, l'ORS du Centre et l'ORS Assiniboine;
- **ORS de la partie centrale**, soit l'ORS du Nord-Est, l'ORS d'Entre-les-Lacs et l'ORS des Parcs;
- **ORS du Nord**, soit l'ORS de Churchill, l'ORS de Burntwood et l'ORS de NOR-MAN.

Très peu de francophones vivent dans la région desservie par l'ORS de Churchill. Pour protéger leurs renseignements personnels, les résultats se rapportant à cet ORS ne sont pas présentés. Ces personnes sont toutefois représentées dans le regroupement des ORS du Nord. Lorsqu'un indicateur n'est associé à pratiquement aucun résultat, aucun taux n'est fourni pour les ORS du Nord.

Sommaire

Ce rapport constitue le premier atlas donnant un aperçu de l'état de santé des Franco-Manitobains et de leur utilisation des soins de santé comparativement aux autres Manitobains. Il reprend les travaux antérieurs effectués au MCHP à l'aide d'indicateurs de santé et d'indicateurs de l'éducation. Une mine de renseignements est à la disposition des planificateurs et des décideurs qui s'intéressent aux programmes et politiques de santé publique et aux services de santé à l'intention des francophones du Manitoba. L'équipe de recherche souhaite que ce rapport se situe dans le prolongement des travaux antérieurs sur la santé des francophones pour établir des initiatives de planification à l'échelle régionale et provinciale.

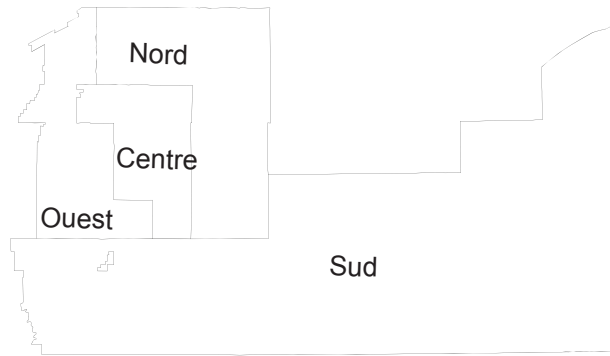
Les données contenues dans ce rapport peuvent être utilisées de différentes façons. Une région y trouvera une vue d'ensemble de la population qu'elle dessert. Des régions pourront « comparer » les données les concernant avec celles d'autres régions. Ce que nous cherchons à faire dans ce rapport, c'est de ratisser large afin de trouver « ce qui fonctionne » à l'échelle de la population (Où se situent les taux prometteurs?). Comme ce rapport contient une mine de données quantitatives, les planificateurs régionaux devront se poser de nombreuses questions relativement à la mise en contexte de leurs résultats (Comment les données enrichissent-elles les connaissances des planificateurs au sujet de leur région et de ses services et qu'est-ce qui semble « fonctionner »?). Ce rapport constitue aussi un terrain fertile sur lequel fonder de nouvelles évaluations d'initiatives à l'échelle provinciale et régionale. Nous espérons que son contenu s'avérera un outil utile dans nos efforts visant à améliorer la santé et le mieux-être des francophones du Manitoba.

Figure 1.1 : Offices régionaux de la santé (ORS) du Manitoba



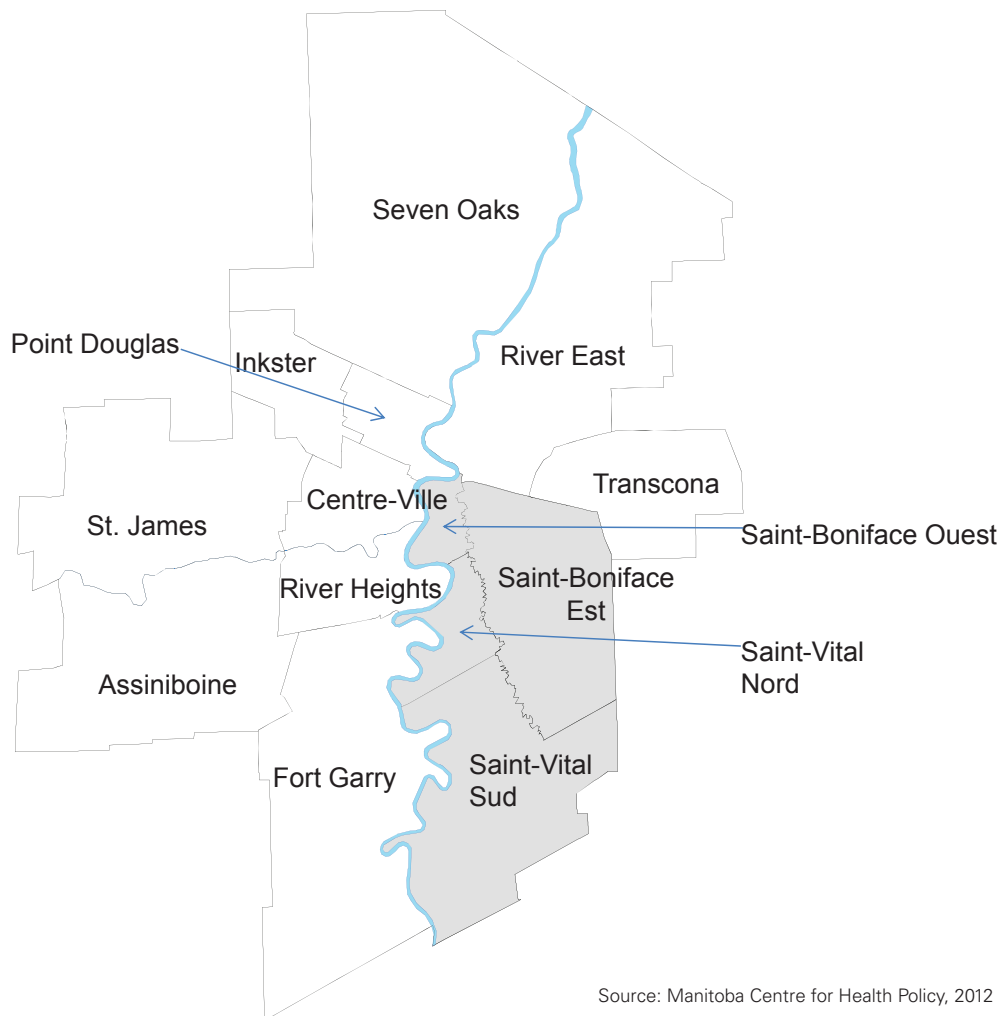
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 1.2 : Districts de Santé Sud-Est



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 1.3 : Secteurs communautaires de Winnipeg et groupe formé par les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 2 : Description de la population francophone du Manitoba

Points à considérer dans la définition de francophone

En premier lieu, nous avons examiné les différentes définitions de « francophone » en vue de déterminer qui serait inclus dans l'étude. Nous avons discuté longuement de ces définitions avec la communauté francophone du Manitoba et de l'ensemble du Canada. Il s'agissait essentiellement de définir un groupe culturel fondé sur la langue. Les francophones s'identifient habituellement en disant que le français est leur langue maternelle et celle de leurs ancêtres et par un sentiment d'appartenance à la communauté francophone en général et à celle du Manitoba. Les Manitobains qui parlent français forment un groupe hétérogène. Ils peuvent être soit les descendants des premières vagues d'immigrants provenant de l'est du Canada ou de l'Europe, soit des **Métis**, soit des immigrants récents originaires de pays francophones d'Afrique ou du Moyen-Orient. Il convient aussi de noter que de nombreux Manitobains ayant suivi un **programme d'immersion en français** possèdent une excellente maîtrise de cette langue. Ils ne s'identifient pas nécessairement avec la communauté francophone, mais ils la considèrent souvent avec sympathie et prennent une part active dans l'établissement de services en français.

Forgues et Landry ont examiné les questions relatives à la langue posées par **Statistique Canada** afin de déterminer comment définir le mieux les francophones en situation minoritaire (2006). Ils en sont venus à la conclusion que le nombre de francophones identifiés varie selon le nombre et le type de questions posées. Ils encouragent donc les chercheurs à tenir compte de leurs objectifs de recherche lorsqu'ils établissent leurs définitions. Statistique Canada utilise une variable dérivée concernant la **première langue officielle parlée**, qui est fondée sur une série de questions au sujet de la langue. Les auteurs considèrent cette variable comme importante, car elle englobe les répondants dont la langue maternelle n'est pas nécessairement le français, mais qui utilisent le français pour avoir accès à des services dans le contexte canadien (Forgues et Landry, 2006). Une définition courante d'un francophone est celle qui s'applique à une personne qui rapporte que le français est sa langue maternelle, que le français est sa première langue officielle parlée ou que le français est la langue la plus souvent parlée à la maison. Cette définition englobe ainsi les Manitobains qui ont appris le français pendant leur enfance ou qui le parlent à la maison. Elle englobe également un nombre croissant d'immigrants dont la langue maternelle n'est pas une des deux langues officielles, mais qui ont plus de facilité à communiquer en français qu'en anglais.

Définition de francophone dans ce rapport

Le but de cette étude est d'en savoir plus au sujet de la santé des francophones vivant au Manitoba et de leur utilisation des services de santé. Avec l'aide du groupe consultatif et en tenant compte des facteurs précités, nous avons formulé deux définitions du terme francophone. Dans le cas des répondants formant l'échantillon d'enquêtes, un francophone est un répondant qui rapporte que le français est sa langue maternelle, que le français est la langue la plus souvent parlée à la maison ou que le français est sa première langue officielle parlée (le dernier point est déterminé au moyen d'une série de questions). Dans le cas des résidents identifiés à l'aide de l'entrepôt de données, un francophone est un Manitobain qui a indiqué le français comme sa langue de préférence pour obtenir des services, dont la langue maternelle est le français ou qui a fréquenté un établissement où le français était la principale langue utilisée (c.à.d. école de la Division scolaire franco-manitobaine [DSFM], garderie ou

foyer de soins personnels). Les bases de données consultées sont décrites dans la section ci-dessous. Notre définition de francophone englobe aussi les **parents au premier degré** des personnes identifiées à l'aide des variables précitées. Bien que la définition liée aux données administratives soit moins précise qu'une définition obtenue au moyen des questions directes posées à l'échantillon d'enquêtes, on peut raisonnablement supposer que les personnes qui ont demandé des services en français ou qui ont fréquenté un établissement où le français est la principale langue parlée sont des francophones. Comme bien des francophones ne demandent pas des services en français ou ne fréquentent pas ces établissements, les indicateurs se trouvant dans les bases de données administratives n'ont pas permis d'identifier tous les francophones.

Sources de données utilisées pour identifier les francophones

Certaines données sur la langue se trouvaient dans les bases de données administratives du MCHP qui peuvent être utilisées pour étudier l'état de santé des francophones. Tout au long de ce rapport, trois principales sources de données ont été utilisées : le Recensement du Canada de 2006, les données d'enquêtes provenant de différentes sources et les données de l'entrepôt de données du MCHP.

- **Recensement de 2006** – Les données du recensement ont servi à établir le profil de la population, c'est-à-dire la proportion de gens identifiés comme francophones. L'accès à ces données se limitait à cet aspect.
- **Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ou de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)** – Une personne était considérée comme francophone si le français était sa langue maternelle, si le français était sa première langue officielle parlée ou si le français était la langue la plus souvent parlée à la maison.
- **Données de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC)** – Une seule question a été utilisée : Quelle est la première langue que vous avez parlée lorsque vous étiez enfant?
- **Données de l'entrepôt de données du MCHP** – Nous avons passé en revue toutes les bases de données de l'entrepôt de données pour y trouver des indicateurs de langue. Les indicateurs de langue variaient d'une base de données à l'autre.
 - **Éducation** – Les personnes qui ont suivi le **programme de français (FL1)** à un moment donné dans le cadre de leurs études. Tous les cours de ce programme sont donnés en français et s'adressent aux élèves qui parlent couramment le français.
 - **Red River College** – Les personnes qui ont fréquenté une école secondaire qui n'offrait que le programme de français (FL1).
 - **Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (MIMS)** – Les personnes qui ont choisi le français comme langue de correspondance souhaitée.
 - **Services de garde** – Les enfants dont les parents ont choisi le français comme langue de correspondance souhaitée, qui ont été dans un établissement offrant un programme de **francisation** ou qui ont été dans un établissement relevant de la division scolaire francophone (Division scolaire franco-manitobaine).
 - **Instrument de mesure du développement de la petite enfance** – Les enfants qui, selon l'enseignant à la maternelle, avaient le français comme langue maternelle. (Il convient de noter que dans les écoles qui ne relèvent pas de la Division scolaire franco-manitobaine, les enseignants ne savent pas nécessairement que le français est la langue maternelle d'un enfant.)
 - **Foyer de soins personnels** – Les personnes qui, à un moment donné, ont résidé au Foyer Valade (Saint-Vital) ou au Foyer Youville (Sainte-Anne).
 - **Fichier minimal du Programme de soins à domicile du Manitoba** – Les personnes qui ont indiqué le français comme langue maternelle.

Santé, langue et culture

Pour mieux comprendre comment la santé pourrait être affectée par l'appartenance à une communauté linguistique et culturelle, il est important d'être attentif au lien que de nombreux francophones ont établi avec leur langue et leur culture. Deroche s'est penchée sur les problèmes et les besoins de santé des francophones du Manitoba dans le cadre de groupes de discussion (2009). Son équipe de recherche a constaté que parmi les facteurs qui ont une influence sur la santé, les francophones ont indiqué que la santé et le mieux-être sont étroitement liés aux occasions de parler français et de maintenir un lien avec leur culture dans leur vie quotidienne. Ils voulaient obtenir un meilleur accès à des services qui tiennent compte de leur langue et de leur culture, notamment dans les secteurs de la santé et du développement de la petite enfance.

Les constatations tirées des groupes de discussion corroborent celles de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (Les minorités prennent la parole), effectuée par Statistique Canada (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2006). L'enquête a été menée à la grandeur du Canada. Au Manitoba, 925 adultes parlant français y ont pris part, ainsi que 705 de leurs enfants. L'enquête a révélé que 61 % des Manitobains parlant français trouvaient qu'il était important d'avoir des services de santé en français, mais que seulement 14 % d'entre eux communiquaient avec leur médecin de famille en français. Fait intéressant, 31 % des Manitobains parlant français ont indiqué qu'il était facile d'obtenir des services de santé en français, 42 % trouvaient que c'était difficile et 24 % considéraient que ce n'était ni facile, ni difficile (2 % n'ont pas fourni de réponse). Le rapport indiquait que des services de santé en français étaient nécessaires, en partie pour bien se faire comprendre, mais aussi parce qu'ils permettent d'établir des relations positives entre les fournisseurs et les utilisateurs de services. Offrir des services de santé en français apporte aussi une contribution majeure à la vitalité² des minorités de langue officielle, qui à son tour contribue de façon positive à la santé de la population. Bouchard et ses collègues se sont penchés sur la vitalité, les déterminants de la santé et la gestion de la santé des minorités linguistiques du Canada (2006). Ils ont constaté que le gradient de santé entre l'**espérance de vie** et des indicateurs sociaux comme la situation sociale, le revenu, l'éducation, la profession et le lieu de résidence était bien documenté. Les populations au bas de l'échelle sociale sont plus portées à adopter des habitudes de vie nuisibles à leur santé (usage du tabac, alcoolisme, mauvaise alimentation, comportements sexuels à risque, etc.). Leur accès aux ressources et aux services sociaux et de santé peut être limité. Les auteurs avancent qu'une amélioration du **capital social** (établissement de liens sociaux par l'entremise d'organismes, de services et de la collectivité) peut avoir une influence sur la santé en faisant la promotion de la santé, en améliorant la qualité et la disponibilité des services et en donnant accès à des ressources psychosociales.

Le stress quotidien subi par les membres d'un groupe minoritaire se trouvant au bas de l'échelle sociale peut avoir une influence sur la santé. Ces effets sur la santé des francophones du Manitoba sont plutôt mineurs, mais ils peuvent s'accumuler avec le temps. Des études physiologiques donnent à penser qu'un stress persistant cause des changements dans le système nerveux qui augmentent les risques de maladie (McEwen et Seeman, 1999; Sapolsky, 1995). L'étude de McEwen et Seeman indique que les montées subites à répétition de la tension artérielle, dues à un stress chronique, accélèrent

2 Dans la partie VII de la *Loi sur les langues officielles* de 1988, l'article 41 stipule notamment, dans sa version française, que « le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada... » alors que dans sa version anglaise, cet article de loi indique plutôt que le gouvernement « is committed to enhancing the vitality of the English and French linguistic minority communities in Canada... ». Cette association entre vitalité et épanouissement sous-entendrait donc l'existence d'un dynamisme propre à ces communautés linguistiques sur lequel reposerait leur développement.

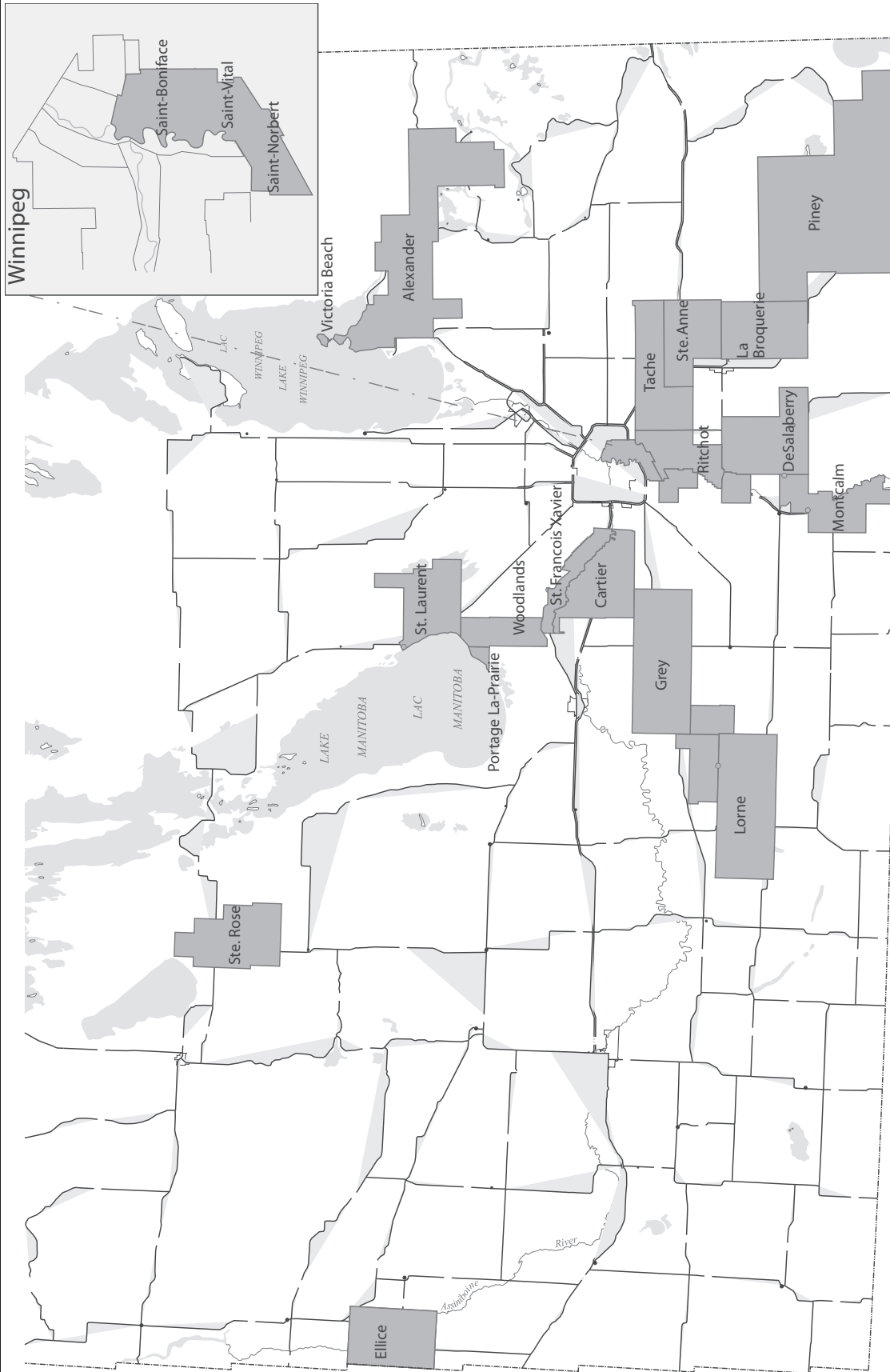
l'athérosclérose et le développement de diabète de type II (1999). La libération d'hormones qu'entraîne un stress élevé risque d'affecter les tissus et les organes. Le stress inhibe le système immunitaire, augmente le taux de sucre dans le sang et atténue la réaction de peur à l'égard du facteur de stress.

Politique sur les services en langue française

Depuis 1998, le gouvernement du Manitoba a une politique sur les services en langue française qui « reconnaît le fait que la population francophone du Manitoba constitue un élément de l'une des caractéristiques fondamentales du Canada ». La politique s'applique aux établissements de santé et aux ORS désignés. Soixante-quinze pour cent des Manitobains parlant français sont d'avis qu'il est très important ou important que les gouvernements provincial et fédéral leur assurent des services en français. Comme le français est une langue reconnue officiellement au Manitoba, les francophones peuvent éventuellement vivre dans un environnement où leur langue, leur culture et leurs valeurs sont reconnues et respectées. Cela pourrait fort probablement en retour avoir une influence positive sur leur état de santé.

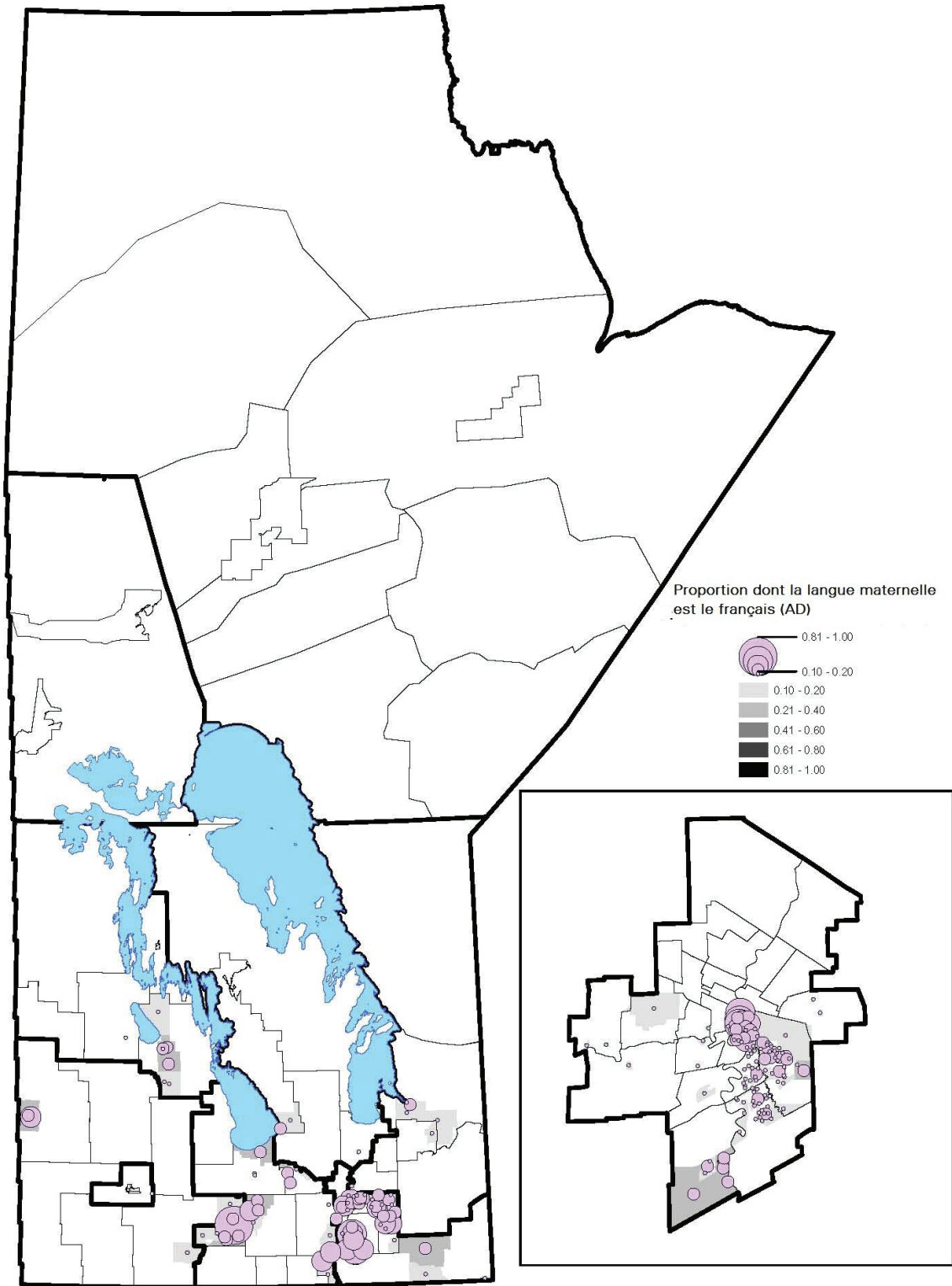
La carte (Figure 2.1) indique quels sont les secteurs où des services en français sont assurés et où vivent les francophones (Conservation Manitoba, 2010).

Figure 2.1 : Carte des services en français au Manitoba



Source: Manitoba Conservation, 2010

Figure 2.2 : Répartition des populations de francophones par district d'ORS



Les AD comptant moins de 10 % de francophones ont été exclues.

Source: Recensement du Canada de 2006

La carte ci-dessous, qui est établie à partir des données du Recensement du Canada de 2006, montre où les francophones vivaient en 2006. Plus un cercle est grand, plus la population francophone est importante. En comparant la carte des services en français au Manitoba (Figure 2.1) et la carte des lieux où les francophones vivent (Figure 2.2), on constate que la plupart d'entre eux continuent de vivre dans les secteurs désignés **bilingues**.

Tableau 2.1 : Répartition des francophones au Manitoba

Secteur	Population
Santé Sud-Est	8 140
SE Nord	4 000
SE Centre	405
SE Ouest	3 360
SE Sud	380
Centre	4 650
Assiniboine	1 605
Brandon	885
Winnipeg	29 945
Fort Garry	2 555
Assiniboine South	710
St. Boniface Est	4 860
St. Boniface Ouest	5 595
St. Vital Sud	3 560
St. Vital Nord	2 570
Transcona	1 165
River Heights	1 760
River East	1 690
Seven Oaks	815
St. James Assiniboia	1 515
Inkster	505
Centre-ville	1 735
Point Douglas	760
Entre-les-Lacs	1 655
Nord-Est	1 390
Parcs	1 195
Churchill	10
Nor-Man	320
Burntwood	455
Manitoba	50 250

Adapté du Recensement du Canada, 2006

Avant d'être communiquées, les données du recensement sont assujetties à une procédure de confidentialité appelée « arrondissement aléatoire », de façon à éviter toute possibilité d'associer les données à une personne identifiable. Ainsi, les données sont arrondies de façon aléatoire, soit à la hausse, soit à la baisse, au multiple de 5 ou de 10 le plus près. Cette technique peut entraîner de légères variations au chapitre des sommes et des moyennes, sans toutefois entraîner d'erreurs significatives dans les données du recensement.

D'après le Recensement du Canada de 2006 (Tableau 2.1), environ 40 % des francophones vivent à l'extérieur de Winnipeg, la majorité dans les secteurs relevant de Santé Sud-Est et de l'ORS du Centre. Très peu de francophones vivent dans les secteurs relevant des ORS du Nord. En fait, le nombre de francophones qui vivent dans le secteur desservi par l'ORS de Churchill est même trop petit pour être rapporté. Par conséquent, ce rapport ne fera pas état des résultats obtenus auprès des francophones de Churchill afin de protéger leur vie privée. À Winnipeg, c'est dans les secteurs communautaires de Saint-Boniface et de Saint-Vital que le pourcentage de francophones est le plus élevé. Cependant, il est important de noter qu'une proportion significative de francophones vivent dans d'autres secteurs de Winnipeg, notamment à Fort Garry (qui comprend la localité de Saint-Norbert).

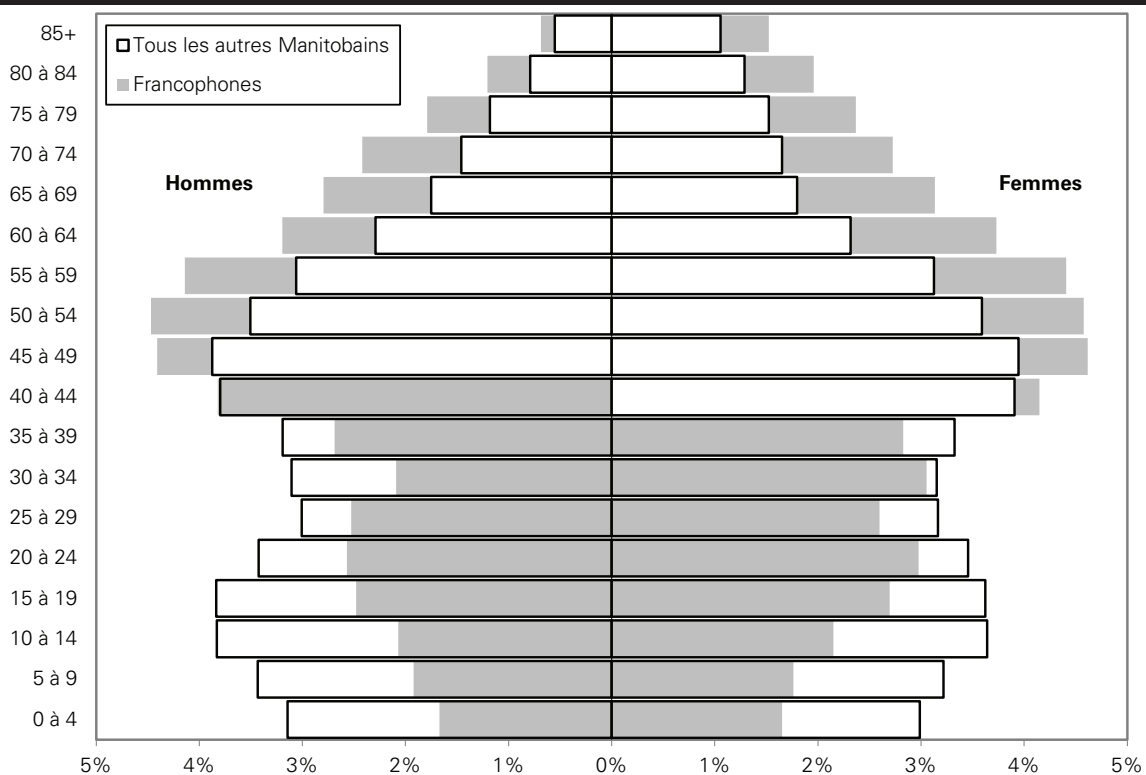
Caractéristiques sociodémographiques

Pour saisir l'état de santé d'une population, il est important de commencer par décrire ses caractéristiques sociodémographiques. Les populations plus âgées souffrent davantage de problèmes de santé. Elles requièrent donc plus de services de santé. En moyenne, les femmes ont plus de problèmes de santé et vivent plus longtemps que les hommes. Les populations dont les niveaux d'emploi, d'éducation et de revenu sont plus élevés tendent à être en meilleure santé que les populations dont les niveaux sont moins élevés. L'appartenance à un groupe minoritaire comme les **Autochtones** ou les immigrants est associée à des résultats inférieurs.

La **pyramide des âges** (Figure 2.3) a été établie à partir des données tirées du Recensement du Canada de 2006. Les francophones semblent être plus âgés que la moyenne manitobaine. En 2006, 20,8 % des francophones avaient plus de 65 ans comparativement à 13,0 % de l'ensemble des autres Manitobains. Le Recensement du Canada (2006) indique aussi que 11,2 % des francophones avaient moins de 15 ans comparativement à 20,3 % de l'ensemble des autres Manitobains. Parmi les francophones, il y a plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %), parce que les femmes ont une espérance de vie plus élevée et qu'il y a davantage de personnes âgées dans la population francophone. Les différences entre les sexes sont moins prononcées parmi les autres Manitobains, dont 50,8 % sont des femmes et 49,2 % sont des hommes.

Figure 2.3 : Profil du Manitoba selon l'âge et le sexe, 2006 (année civile)

Population francophone : 50 250
 Reste de la population : 1 083 265



Adapté du Recensement du Canada, 2006

Le Tableau 2.2 indique que par rapport aux autres Manitobains, un pourcentage plus élevé de francophones ne font pas partie de la population active (francophones : 35,0 %; autres Manitobains : 32,6 %). Cela pourrait être dû au fait que davantage de francophones ont plus de 65 ans. En outre, moins de francophones ont rapporté qu'ils étaient sans emploi que les autres Manitobains (2,6 % et 3,8 %). Les francophones sont un peu plus instruits, 47,4 % d'entre eux ayant rapporté avoir terminé leurs études secondaires comparativement à 43,7 % des autres Manitobains. Le revenu moyen des francophones est aussi plus élevé que celui des autres Manitobains (32 809 \$ et 31 216 \$).

Tableau 2.2 : Description des francophones du Manitoba

	Pourcentage de francophones	Pourcentage du reste des Manitobains
Sexe		
Hommes	47,0%	49,2%
Femmes	53,0%	50,8%
Âge		
Moins de 15	11,2%	20,3%
15-64	68,0%	66,7%
65 et plus	20,8%	13,0%
Emploi		
Occupant un emploi	62,5%	63,6%
Sans emploi	2,6%	3,7%
Pas dans la population active	35,0%	32,7%
Éducation		
Pas terminé le secondaire	28,5%	29,5%
Diplôme d'études secondaires	24,1%	26,8%
Études postsecondaires terminées	47,4%	43,7%
Revenu moyen	\$32 808,82	\$31 215,99
Immigrants	5,9%	13,7%
Autochtones	18,1%	15,4%
De ce nombre, Métis	94,7%	38,0%

Adapté du Recensement du Canada, 2006

On peut constater dans le Tableau 2.2 que 18,1 % des francophones sont Autochtones et que 94,7 % d'entre eux sont Métis. Le pourcentage d'immigrants parmi les francophones est quant à lui moins élevé que parmi les autres Manitobains (5,9 % et 13,7 %).

Contexte historique, social et politique des francophones du Manitoba

L'insistance persistante des francophones du Manitoba à l'égard de leurs droits linguistiques pourrait paraître incompréhensible à ceux qui ne connaissent pas l'histoire du Manitoba. Jacqueline Blay a beaucoup écrit sur l'histoire des francophones du Manitoba (2010). Dès 1738, un explorateur français, La Vérendrye, établit des postes de traite des fourrures dans la région de la rivière Rouge. À l'époque de la traite des fourrures, des trappeurs et des voyageurs travaillaient dans la région et épousaient des femmes des Premières nations. En 1818, avec l'arrivée de Lord Selkirk, la Colonie de la rivière Rouge est en place, dont la grande majorité des habitants sont des Métis et des francophones. Après la mort de Lord Selkirk, la Compagnie de la Baie d'Hudson crée le Conseil d'Assiniboine, qui est chargé d'administrer la Colonie de la rivière Rouge. Tous les textes de loi et les règlements du Conseil d'Assiniboine sont alors rédigés en anglais et en français (1854). En 1869, la Compagnie de la Baie d'Hudson vend les Territoires du Nord-Ouest, dont la Colonie de la rivière Rouge, au gouvernement du Canada. Le Canada annonce que ces vastes contrées seront admises dans la Confédération à titre de territoire. Le Métis francophone Louis Riel n'accepte pas cette décision et informe le gouvernement

du Canada que la Colonie de la rivière Rouge souhaite joindre la Confédération à titre de province. Un gouvernement provisoire est formé avec 12 représentants des paroisses anglophones et 12 représentants des paroisses francophones. La *Loi de 1870 sur le Manitoba*, qui fait du Manitoba une province canadienne, est rédigée par ce gouvernement provisoire et stipule que le français et l'anglais en sont les langues officielles. Le Recensement de 1871 indique que la population du Manitoba compte 4 000 Métis anglophones, 5 700 Métis francophones et 1 600 habitants blancs (Écossais et Canadiens-Français).

En 1890, le français cesse d'être une langue officielle au Manitoba. En 1916, le gouvernement abolit aussi l'instruction bilingue. Pendant 90 ans, les droits linguistiques de la population francophone, pourtant garantis par la Constitution, ne sont pas respectés. Dans l'intervalle, les communautés francophones et métisses s'évertuent à conserver leur langue et leur culture en organisant des protestations et par l'entremise d'organisations à caractère politique, éducatif, religieux et culturel.

Au début des années 1960, une certaine reconnaissance officielle du français commence à prendre forme et peu à peu, les droits linguistiques sont restaurés et reconnus à l'échelle provinciale et fédérale. En 1962, le premier ministre du Manitoba, Dufferin Roblin, annonce que l'instruction en français peut reprendre et former jusqu'à 50 % de la journée scolaire. En 1969, la *Loi sur les langues officielles* du Canada est proclamée. En 1971, le français et l'anglais deviennent les deux langues d'enseignement reconnues au Manitoba. En 1976, Georges Forest refuse de s'acquiescer d'une contravention rédigée en anglais seulement (Collins, 2010). En 1982, la *Charte canadienne des droits et libertés* reconnaît le français et l'anglais comme les deux langues officielles du Canada. En 1983, les droits linguistiques des francophones du Manitoba sont rejetés par voie de référendum. Mais quelques années plus tard, la Cour suprême du Canada déclare inconstitutionnelle la loi de 1890 abolissant le français au Manitoba. En 1994, une division scolaire francophone (Division scolaire franco-manitobaine) ouvre ses portes à 20 écoles françaises. En 1998, le gouvernement du Manitoba adopte sa politique sur les services en langue française. La même année, le rapport Chartier fait ses recommandations sur la façon d'établir les services en français (1998).

Avant toute chose, le bon sens : Un rapport et des recommandations sur les services en français au sein du gouvernement du Manitoba

Le rapport et les recommandations sur les services en français au sein du gouvernement du Manitoba, appelé aussi le Rapport Chartier, sont déterminants parce qu'ils fournissent une évaluation claire des forces et des faiblesses associées à la prestation des services en français au Manitoba, en plus de proposer des plans concrets pour améliorer les services (1998). Le rapport commence par décrire le contexte historique, social et politique du français au Manitoba ainsi que des communautés francophone et métisse. En tenant compte de ce contexte, le rapport propose 29 recommandations pour s'assurer que le gouvernement du Manitoba respecte les droits linguistiques des Manitobains d'expression française. Il recommande notamment d'établir des Centres de services communautaires dans les régions désignées bilingues afin d'assurer des services dans les deux langues officielles dans les secteurs de la santé, des services à la famille, de l'éducation, de la justice et de l'agriculture; de former et de recruter du personnel bilingue; et de produire des rapports annuels des services en français pour suivre les progrès accomplis.

Sommaire

Ce chapitre énonce les fondements de la définition du terme francophone et explique comment nous sommes parvenus à définir ce terme dans le présent rapport à l'aide de données d'enquêtes et de données administratives. On y trouve des descriptions de la répartition et des caractéristiques sociodémographiques de cette population. Le chapitre donne un aperçu du contexte social, politique et historique rattaché aux francophones vivant au Manitoba. Il aborde le rôle de la langue et de la culture pour mieux comprendre l'état de santé des francophones. C'est donc à partir de cette toile de fond que le MCHP a été chargé d'évaluer la santé des francophones de la province et leur utilisation des services de santé afin de déterminer s'il y a des différences entre cette population et les autres Manitobains.



Chapitre 3 : Méthodes

Ce chapitre explique comment la cohorte francophone a été créée, quelles bases de données ont été utilisées et quelles méthodes statistiques ont été sélectionnées. L'examen de l'état de santé des francophones en situation minoritaire est difficile en raison du manque de données disponibles identifiant la population francophone. Quand ces données existent, la taille des échantillons est insuffisante pour assurer un compte rendu efficace (Picard et Allaire, 2005; Schofield et Gauthier, 2007). La présente étude a eu aussi à pallier cette difficulté, entre autres. Nous avons calculé les taux et les rapports de taux de cette étude à partir de deux échantillons de francophones : 1) les francophones identifiés à partir d'un échantillon d'enquêtes représentatifs choisis au hasard; 2) les francophones identifiés dans l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population (Population Health Research Data Repository) du MCHP (l'entrepôt de données). Afin d'identifier le plus de francophones vivant au Manitoba possible, nous avons scruté les bases de données conservées au MCHP pour y trouver des données concernant la langue maternelle, la langue de correspondance souhaitée et les préférences linguistiques en vue d'obtenir des services de santé et d'éducation. Les données disponibles s'échelonnaient sur de nombreuses années (1970 à 2009), augmentant ainsi notre capacité à identifier des francophones aux fins de la présente étude. Nous avons relié des données linguistiques anonymes provenant de diverses bases de données à des données administratives anonymes en matière de santé contenues dans l'entrepôt de données. Les bases de données regroupaient des données d'enquêtes nationales et des données administratives liées à la santé, à la garde d'enfants, aux services sociaux et à l'éducation.

Nous avons établi trois degrés de certitude dans notre identification des francophones. Le degré de certitude le plus élevé est lorsqu'une personne correspond à la définition de francophone, soit dans le cadre d'une enquête ou selon une des bases de données administratives. Le deuxième degré de certitude concerne les personnes qui sont très susceptibles d'être francophones, soit parce qu'elles ont fréquenté une école de la division scolaire francophone, soit parce qu'elles ont vécu dans un foyer de soins personnel où les francophones prédominent. Le troisième degré de certitude regroupe les personnes qui sont fort probablement francophones, parce qu'elles sont des parents au premier degré de francophones identifiés dans les deux premières catégories. Les sections qui suivent décrivent la façon dont nous avons procédé pour identifier les gens comme francophones.

Francophones identifiés dans les bases de données du MCHP

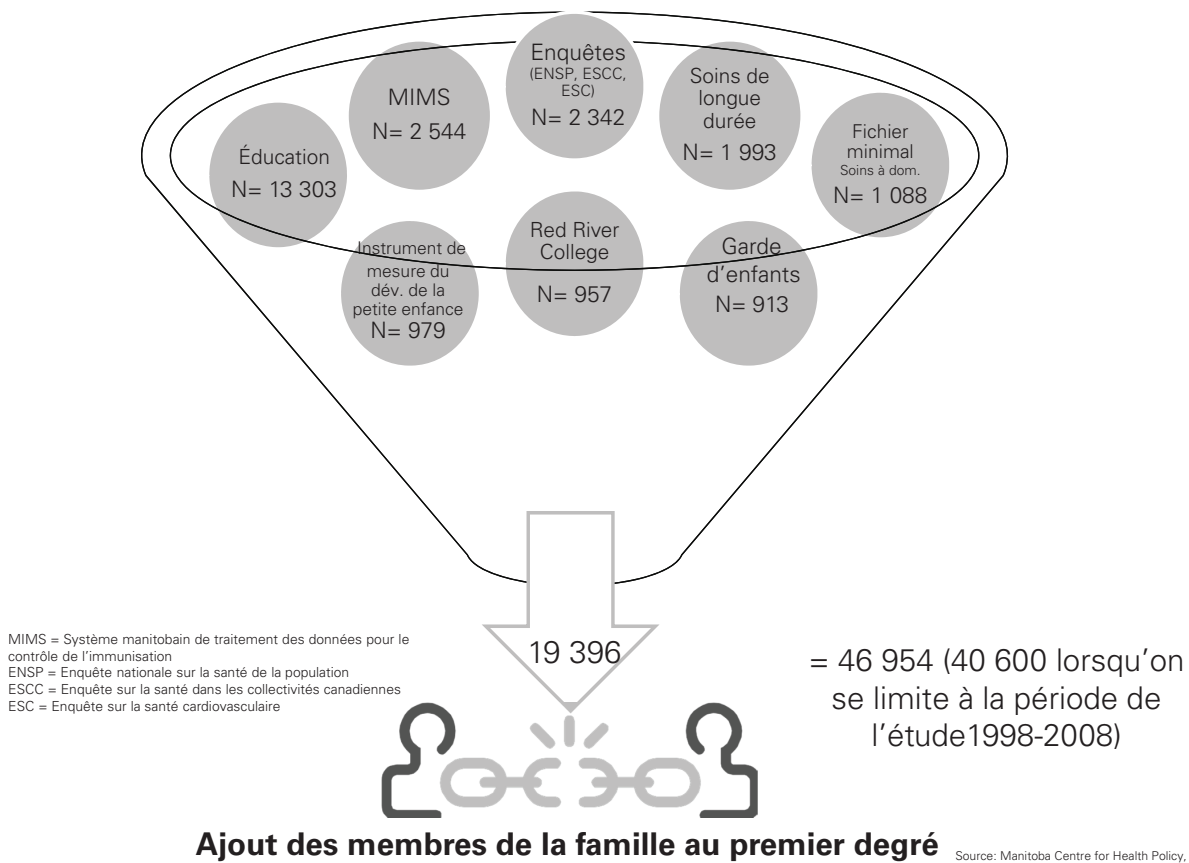
Bien que les données d'enquêtes nous permettent de fournir des renseignements sur la santé des francophones à l'échelle provinciale, l'équipe de recherche a voulu créer une cohorte francophone plus importante en recourant aux bases de données de l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population (Population Health Research Data Repository) du MCHP (l'entrepôt de données). Le MCHP assure le développement et le maintien de ce vaste entrepôt de données au nom de la Province du Manitoba. L'entrepôt de données compte une collection de bases de données administratives qui ont été recueillies à l'origine pour assurer l'administration des services de santé, des services éducatifs et des services sociaux au Manitoba. Les données sont au niveau de la population et se rapportent à pratiquement toutes les communications des résidents du Manitoba au sujet des services de santé et d'autres services administrés au moyen de ces bases de données. L'entrepôt de données ne contient pas de renseignements signalétiques comme des noms et des adresses. Un identificateur numérique est chiffré avant que les données ne soient déposées à l'entrepôt. Comme l'identificateur est chiffré de la même manière pour chaque dossier, ces séries de données peuvent être mises en lien d'un dossier

à l'autre et au fil du temps. Les données de l'entrepôt ont été étudiées en profondeur et validées à des fins de recherche (Kozyrskyj et Mustard, 1998; Metge, Black, Peterson et al., 1999; Robinson et Tataryn, 1997; Roos et Wajda, 1991; Roos, Mustard, Nicol, et al 1993; Roos et Nicol, 1999; Roos, Gupta, Soodeen et al., 2005; Roos, Brownell, Guevremont, et al, 2006). Les étapes menant à la création de la cohorte francophone étaient :

- la sélection de francophones à l'aide des données administratives du MCHP et des données d'enquêtes;
- l'ajout des membres de la famille au premier degré par l'établissement de liens.

La Figure 3.1 illustre les deux premières étapes menant à la création de la cohorte francophone.

Figure 3.1 : Schéma des étapes menant à la création de la cohorte francophone



Sélection de francophones à l'aide de données administratives

Nous avons obtenu une cohorte formée de 19 396 Manitobains francophones à partir de diverses formes de données linguistiques se trouvant dans les bases de données administratives. Par exemple, nous avons inclus dans la cohorte les personnes qui ont fréquenté une école offrant un programme « français », les personnes qui ont résidé dans un foyer de soins personnel francophone et les personnes qui ont indiqué le français comme langue de correspondance souhaitée relativement aux soins de santé. Nous avons scruté environ 90 bases de données à la recherche de données concernant la langue. Il est important de souligner que la plupart des bases de données du Manitoba ne contenaient pas de données linguistiques. Les bases de données ayant servi à l'établissement de la cohorte francophone, y compris les bases de données d'enquêtes, sont rapportées au Tableaux 3.1 et 3.2.

Les enquêtes de Statistique Canada comprennent l'**Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1996)** et divers cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2000–2008). L'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC) a été menée au Manitoba en 1998–1999. Les données sur l'éducation concernent tous les enfants qui sont allés à l'école au Manitoba entre 1995–1996 et 2008–2009. La base de données englobe les enfants qui ont fréquenté une école relevant de la division scolaire francophone (Division scolaire franco-manitobaine ou DSFM). Les **données du Red River College** font état de l'école secondaire où une personne a obtenu son diplôme, ce qui comprend les écoles relevant de la DSFM. Le Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (MIMS) rapporte la langue de correspondance souhaitée. Nous avons pu identifier certaines **garderies** où la langue de choix est le français et avons inclus les enfants qui les ont fréquentées. L'Instrument de mesure de la petite enfance, une évaluation qui concerne les enfants de la maternelle au Manitoba, comprenait une question au sujet de la langue maternelle des enfants. Il existe deux foyers de soins personnels qui desservent principalement des francophones (Foyer Valade et Villa Youville). Enfin, les données du fichier minimal du Programme de soins à domicile du Manitoba font état de la langue de correspondance souhaitée.

Tableau 3.1 : Sources de données, cohorte francophone

Les nombres ne sont pas mutuellement exclusifs

Source de données	Nombre
Enquêtes de Statistique Canada	2 174
Enquête sur la santé cardiovasculaire	168
Éducation	13 303
Red River College	957
Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (MIMS)	2 544
Garde d'enfants	913
Instrument de mesure du développement de la petite enfance	979
Soins de longue durée	1 993
Fichier minimal du Programme de soins à domicile du Manitoba	1 088
Total (sources combinées)	19 396

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 3.2 : Nombre de francophones identifiés dans chaque enquête

Les nombres sont mutuellement exclusifs, classement par ordre chronologique

Enquête	Nombre
Enquête sur la santé cardiovasculaire (1989-1990)	168
Enquête nationale sur la santé de la population (1996-1997)	547
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.1 (2000-2001)	387
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2 (2002)	94
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2.1 (2003)	338
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2.2 (2004)	133
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 3.1 (2005)	364
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007	156
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008	155
Total	2 342

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les données contenues dans les bases de données se rapportent à plusieurs années, ce qui nous a permis d'identifier les francophones à différents moments déterminés. Cette méthode ne nous a toutefois pas permis de recenser tous les francophones du Manitoba. Bon nombre d'enfants francophones ne sont pas inscrits au programme « français ». L'on estime qu'environ 50 % des enfants francophones ne fréquentent pas les écoles françaises pour toutes sortes de raisons (proximité de l'école, réseaux sociaux, malaise par rapport aux capacités langagières, malaise par rapport aux droits linguistiques) (Landry, 2003). Bien des francophones n'exigent pas des services en français.

Francophones identifiés par lien de parenté

Nous avons complété la cohorte francophone par l'ajout des membres de la famille au premier degré des 19 396 francophones identifiés au moyen des indicateurs de langue. Les membres de la famille au premier degré sont les parents, les enfants et les frères et sœurs. Dans le cas des francophones nés avant 1952, nous avons aussi ajouté leur conjoint. Nous reconnaissons que les 27 558 membres de la famille des francophones inclus dans la cohorte francophone ne parlent pas tous français et ne se considèrent pas nécessairement comme francophones. Nous estimons qu'environ les deux tiers des 27 558 personnes parlent français et que les autres peuvent être considérés comme faisant partie de la communauté francophone en raison de leurs liens familiaux. Nous avons décidé de ne pas inclure les membres de la famille au second degré (grand-parents, oncles, cousins) en raison de la plus grande incertitude au sujet du groupe linguistique auquel ils appartiennent. La cohorte francophone comprenait 46 954 personnes une fois les liens familiaux établis. Cependant, il en restait 40 600 qui entraient dans la période prise en compte aux fins de l'étude (1998–2008).

Bien des francophones apprennent à leurs enfants à parler français, mais une proportion significative ne le font pas. Landry a examiné le taux de transmission du français des parents aux enfants parmi les francophones vivant à l'extérieur du Québec (Landry, 2003). Dans l'ensemble des provinces canadiennes hormis le Québec, 74 % des enfants des francophones ont le français comme **langue maternelle**. La langue du conjoint a une influence majeure sur l'utilisation du français par les enfants des francophones. Environ 37 % des francophones hors Québec ont un conjoint qui n'est pas francophone. Au Manitoba, les taux de transmission du français sont peu élevés et varient en fonction de la structure familiale. Si les deux parents sont francophones, 68 % des enfants utiliseront le français comme langue principale à la maison et 88 % seront capables de parler français. Si un seul des parents est francophone, 13 % des enfants utiliseront le français comme langue principale à la maison et 42 % seront capables de parler français. Si le francophone est un parent seul, 32 % des enfants utiliseront le français comme langue principale à la maison et 58 % seront capables de parler français.

Le lien familial le plus fiable est probablement celui qui existe entre frères et sœurs. Si un enfant est francophone, les chances sont grandes que ses frères et sœurs le soient aussi. Comme le décrit Landry, plus d'incertitude entoure le lien entre parents et enfants (Landry, 2003). On estime qu'environ le tiers des membres de la famille des francophones ne parleront pas français. Au Manitoba, le taux de francophones dont le conjoint est non-francophone est considéré comme très élevé parmi les plus jeunes. Par conséquent, le lien familial établi en fonction du conjoint se limite aux personnes nées avant 1952.

Plus de détails concernant l'établissement des liens familiaux se trouvent à l'Annexe au chapitre 3. Nous avons jugé que l'ajout des 27 558 membres de la famille dans notre échantillon était justifié dans le cadre de cette étude, dont le but est d'évaluer les indicateurs de santé dans la population francophone.

Comme nous l'avons vu plus haut, la majorité des membres de la famille devraient parler français et les autres devraient avoir des liens étroits avec la communauté francophone. Ainsi, environ 80 % de notre échantillon total est probablement francophone.

Notre étude se résume aux indicateurs de santé et aux indicateurs de l'utilisation des soins de santé pour la période allant de 1998 à 2008. Durant cette période, la cohorte comprenait 40 600 francophones. Le Tableau 3.3 répartit par ORS le nombre de francophones faisant partie de la cohorte francophone utilisée dans le cadre de cette étude.

Appariement de la cohorte francophone à une cohorte non-francophone

Nous avons créé un groupe témoin formé d'autres Manitobains pour nous assurer que les différences entre les francophones et les autres Manitobains n'étaient pas fondées sur l'âge, le sexe et la région géographique. La région géographique (secteurs communautaires et **groupes de quartiers** à Winnipeg; districts des ORS à l'extérieur de Winnipeg) a été utilisée comme mesure approximative de la situation socioéconomique afin de tenir compte de l'influence majeure de ce facteur sur la santé. La région géographique pourrait aussi permettre de rendre compte d'autres différences non mesurées entre des facteurs comme la culture et le capital social. Trois autres Manitobains du même âge et du même sexe que chaque francophone ont été choisis au hasard dans la même région géographique pour être jumelés avec lui. Dans 90 % des cas à Winnipeg et 80 % des cas à l'extérieur de Winnipeg, les autres Manitobains se trouvaient dans la même région géographique que le francophone. Comme il en est question plus en détail dans la partie suivante, nous nous attendions à un meilleur état de santé dans les deux groupes qu'au sein de la population en général, car l'échantillon était formé de personnes plus jeunes. Par exemple, le taux de mortalité était de 5,0 par 1 000 dans le cas des francophones et de 6,3 par 1 000 dans le cas des autres Manitobains. Comme prévu, ces taux étaient beaucoup moins élevés que la moyenne manitobaine, qui est de 8,0 par 1 000 (Fransoo et coll., 2009).

Tableau 3.3 : Répartition des francophones de la cohorte francophone

ORS	Francophones de la cohorte	
	Nombre	Pourcentage
Santé Sud-Est	9 112	22,4%
Centre	4 379	10,8%
Assiniboine	1 342	3,3%
Brandon	643	1,6%
Winnipeg	21 284	52,4%
Entre-les-Lacs	945	2,3%
Nord-Est	1 148	2,8%
Parcs	1 129	2,8%
Churchill	7	0,0%
Nor-Man	247	0,6%
Burntwood	364	0,9%
Manitoba	40 600	100,0%

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 3.4 : Données démographiques de la cohorte francophone et du groupe témoin

Descripteur	Cohorte francophone		Groupe témoin	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Hommes	19 499	48,0%	58 497	48,0%
Femmes	21 101	52,0%	63 303	52,0%
Groupe d'âge				
0-19	11 142	27,4%	33 427	27,4%
20-64	25 199	62,1%	75 601	62,1%
65 et plus	4 259	10,5%	12 772	10,5%
Quintiles de revenu				
Rural 5 (+ haut)	4 510	11,2%	16 472	13,6%
Rural 4	6 375	15,9%	14 316	11,8%
Rural 3	3 914	9,7%	9 957	8,2%
Rural 2	2 642	6,6%	8 110	6,7%
Rural 1 (+ bas)	1 215	3,0%	7 039	5,8%
Urbain 5 (+ haut)	3 847	9,6%	15 375	12,7%
Urbain 4	4 613	11,5%	12 551	10,4%
Urbain 3	3 499	8,7%	10 868	9,0%
Urbain 2	5 242	13,0%	13 379	11,1%
Urbain 1 (+ bas)	4 341	10,8%	12 835	10,6%

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

L'établissement d'un groupe témoin nous a permis de comparer les résultats des francophones et des non-francophones à l'égard des indicateurs de santé et d'avoir une meilleure idée de l'état de santé des francophones. Plus de détails concernant la procédure d'appariement et ses considérations sont fournis à l'Annexe pour Chapitre 3. Le Tableau 3.4 rend compte des caractéristiques sociodémographiques des francophones et du groupe témoin formé d'autres Manitobains. La répartition selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique des deux groupes est similaire en raison de la procédure d'appariement. La taille de l'échantillon du groupe témoin formé d'autres Manitobains est trois fois plus élevée en raison de la procédure d'appariement.

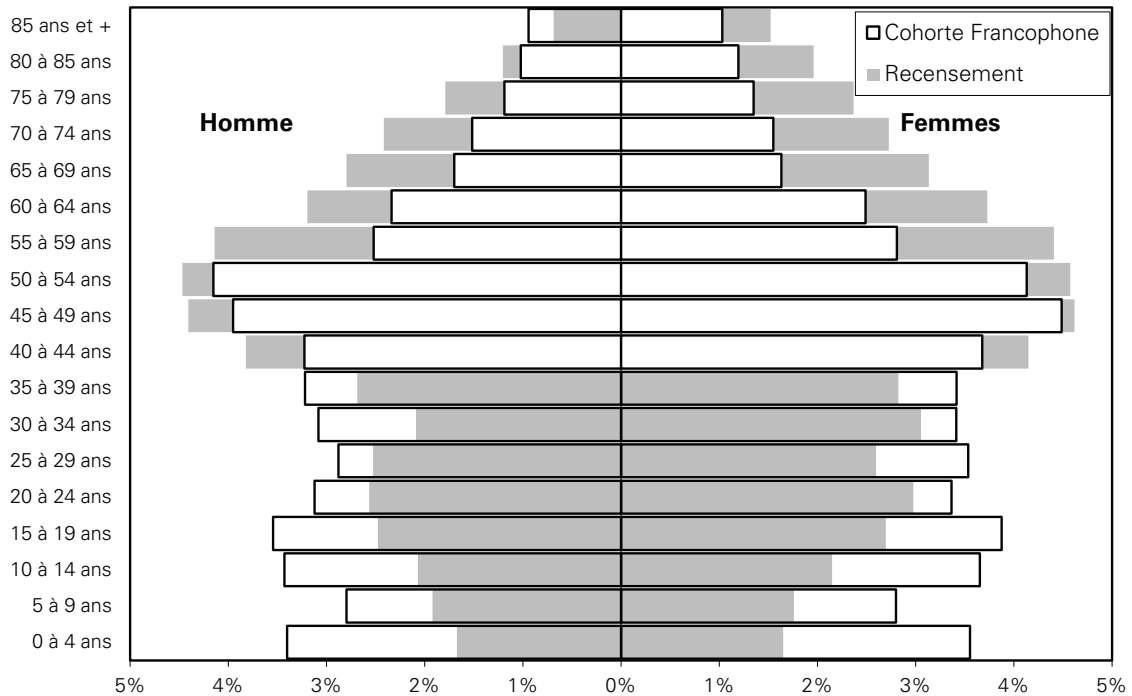
Évaluation de la représentativité de la cohorte francophone et du groupe témoin

Nous nous sommes demandé si notre cohorte de 40 600 francophones était représentative des 50 250 francophones de la province. Il est important de s'assurer que les conclusions tirées de cette étude se rapportent à l'état de santé et à l'utilisation des soins de santé réels de la population francophone. L'examen de la pyramide des âges (Figure 3.2) révèle que la répartition par âges de la cohorte francophone est différente de celle de la population francophone. Les francophones de la cohorte tendent à être plus jeunes que la population francophone établie dans le Recensement de 2006. Comme les personnes plus jeunes sont en meilleure santé que leurs aînés, les taux obtenus auprès de la cohorte devraient rendre compte d'une population en meilleure santé que dans la réalité. Nous nous sommes également demandé si d'autres biais de sélection étaient présents. Les caractéristiques des francophones choisis pour faire partie de l'échantillon francophone pourraient être différentes de celles de la population réelle. Par exemple, les caractéristiques des francophones qui ne demandent pas de services en français pourraient être différentes de celles des francophones qui demandent de tels services.

Figure 3.2 : Comparaison du profil selon l'âge et le sexe de la cohorte francophone et des francophones identifiés dans le Recensement du Canada de 2006

Cohorte francophone : 40 600

Population francophone selon le Recensement : 50 250



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les enquêtes de Statistique Canada et celles provenant d'autres sources menées au fil des ans ont inclus des variables permettant d'identifier les francophones. Ces variables (rapportées directement et dérivées) comprennent la langue maternelle du répondant, la langue la plus souvent parlée à la maison et la première langue officielle parlée. Tous les indicateurs n'ont pu être appliqués aux enfants, car les groupes d'âge plus jeunes étaient exclus de ces enquêtes. De même, aucun résultat n'est rapporté pour les indicateurs dont les taux de **prévalence** étaient faibles, car la taille de l'échantillon était insuffisante (p. ex., taux de blessure, de **suicide** et de tentative de suicide).

Nous avons obtenu la permission d'apparier les données de l'entrepôt de données à 2 342 francophones de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé cardiovasculaire. Les données de sept cycles de l'ESCC ont été regroupées selon la méthodologie recommandée par Statistique Canada (Thomas et Wannell, 2009). Le Tableau 3.2 indique la taille de l'échantillon pour chaque enquête. La taille de l'échantillon était suffisante pour permettre le calcul des taux des indicateurs de santé à l'échelle du Manitoba et de certains indicateurs de portée régionale. Les comptes rendus de portée provinciale ou régionale seulement ont toutefois une utilité limitée, car la planification en matière de santé se fait en grande partie à l'échelle des ORS à l'extérieur de Winnipeg et à l'échelle des secteurs communautaires à Winnipeg. Le gros avantage des données d'enquêtes est qu'elles sont représentatives de la population francophone, en raison des méthodes d'échantillonnage aléatoire utilisées. Parmi les autres avantages, mentionnons les variables linguistiques qui permettent de discerner de façon fiable les francophones des autres répondants et le fait que les données d'enquêtes peuvent être appariées aux indicateurs de santé se trouvant dans l'entrepôt de données. La taille insuffisante de l'échantillon constitue un inconvénient, car elle ne permet pas de compte rendu à l'échelle des ORS. Un autre inconvénient

est que les données d'enquêtes ne comprennent pas certains groupes de Manitobains, notamment les personnes vivant dans les collectivités des Premières nations, dans les bases militaires et en établissement.

Face à ces distorsions réelles ou éventuelles, nous avons adopté deux mesures de sécurité :

- appairer chaque francophone de la cohorte à un non-francophone aux caractéristiques similaires quant à l'âge, au sexe et à la région géographique, ce qui a entraîné la création du groupe témoin (décrit dans la partie précédente);
- comparer les taux du groupe témoin et de la cohorte francophone aux taux obtenus auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (décrit dans la partie qui suit).

Comparaison des résultats de la cohorte francophone et du groupe témoin à ceux d'un échantillon d'enquêtes représentatif

Nous avons comparé les rapports de taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone et du groupe témoin à un échantillon d'enquêtes (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Enquête nationale sur la santé de la population et enquête sur la santé cardiovasculaire au Manitoba). Cela nous a permis d'évaluer si nos résultats étaient comparables à ceux d'un échantillon représentatif des francophones et des autres Manitobains. Des analyses statistiques (voir la définition d'« **analyse statistique** » dans le glossaire) à l'aide de la méthode du **Bootstrap** ont été menées pour déterminer si les taux obtenus auprès de l'échantillon d'enquêtes étaient différents des taux de l'échantillon francophone et du groupe témoin. Pratiquement tous les rapports de **taux ajustés** de la cohorte francophone et du groupe témoin étaient considérés comme les mêmes que ceux de l'échantillon d'enquêtes. Ces résultats nous assurent encore plus que les conclusions tirées du présent rapport donnent une image fidèle de la santé de la communauté francophone du Manitoba et de son utilisation des soins de santé.

Dans chaque chapitre se trouve un tableau faisant état des rapports de taux pour la cohorte francophone, le groupe témoin et l'échantillon d'enquêtes. Voici un exemple tiré du chapitre 7, qui montre les taux relatifs aux services de prévention (**vaccination** contre la grippe chez les adultes, **mammographie, dépistage du cancer du col utérin**).

Tableau 7.5.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Vaccination contre la grippe chez les adultes	2007-2008	64,80%	61,68%	1,05 (d)	68,27%	62,81%	1,09 (d)
Dépistage du cancer du sein	2005-2006 et 2006-2007 2007-2008 et 2008-2009	65,57%	60,44%	1,08 (d)	73,34%	64,10%	1,14 (d)
Dépistage du cancer du col utérin	2006-2007 à 2008-2009	68,86%	63,50%	1,08 (d)	69,40%	64,21%	1,08

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Nous constatons que malgré une répartition selon l'âge déphasée vers le bas dans la cohorte francophone et le groupe témoin comparativement à l'échantillon d'enquêtes, les taux se rapportant aux services de prévention sont similaires. Comme nous voulons savoir comment les francophones se comparent aux autres Manitobains, nous avons mis l'accent sur les taux ajustés. Les taux ajustés sont utilisés pour prendre en compte la répartition selon l'âge et le sexe de chaque cohorte (qui, dans ce cas, sont identiques puisque nous avons procédé à un appariement selon l'âge et le sexe). Ces taux ajustés sont ensuite utilisés pour créer des « rapports de taux ajustés », qui sont tout simplement les taux ajustés de la cohorte francophone divisés par les taux ajustés du groupe témoin. On remarque que les rapports de taux sont supérieurs à « 1 », ce qui signifie que les francophones sont plus portés à recourir aux services de prévention que les non-francophones. La lettre « d » en minuscule signifie que les différences dans les rapports de taux sont statistiquement significatives (probablement pas dues au hasard). Nous constatons aussi que tous les rapports de taux ajustés dans le tableau sont supérieurs à « 1 » et que les rapports de taux ajustés de la cohorte francophone, du groupe témoin et de l'échantillon d'enquêtes sont similaires, sans être exactement pareils. Ils peuvent être considérés comme les mêmes, puisque la lettre « D » en majuscule n'apparaît pas, ce qui signifie que toutes les différences observées sont dues au hasard.

Présentation de rapports de taux plutôt que de taux

Tout au long de ce document, on trouvera des rapports de taux plutôt que des **taux bruts** et des taux ajustés. Un rapport de taux est tout simplement un rapport entre deux taux. Nous avons procédé ainsi parce que les taux réels risquent de ne pas être précis, du fait que les personnes faisant partie de la cohorte créée pour cette étude sont plus jeunes que la population réelle. Les rapports de taux constituent un reflet fidèle de la différence relative entre les francophones et les autres Manitobains. Contrairement à la majeure partie des rapports du MCHP, ce document ne constitue pas une analyse représentative de la population. Cela est dû au fait que nous ne sommes pas parvenus à identifier tous les francophones du Manitoba. Cependant, le présent rapport nous permet de mieux comprendre l'association entre le fait d'être francophone et les résultats en matière de santé, en raison de la présence d'un groupe témoin apparié selon l'âge, le sexe et la région géographique (ou la situation socioéconomique).

Dans cette étude, le rapport de taux correspond au taux de la cohorte francophone divisé par le taux du groupe témoin formé de non-francophones (autres Manitobains). Par exemple, les taux de mortalité ajustés des francophones et du groupe témoin formé de non-francophones sont respectivement de 5,00 et de 6,33 par 1 000. Le rapport de taux ajusté s'établit donc à 0,79 (5,00 divisé par 6,33). Un rapport de taux inférieur à « 1 » signifie que les francophones ont un taux de mortalité moins élevé que les non-francophones. Un rapport de taux supérieur à « 1 » signifierait que les francophones ont un taux de mortalité plus élevé.

Ensembles de données utilisées dans cette étude

Le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), qui est une unité de recherche du département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba, conserve une série de données collectivement appelée en anglais le « Population Health Research Data Repository ». Cet entrepôt de données de recherche sur la santé de la population englobe un ensemble complet de banques de données de nature administrative ou provenant de registres, d'enquêtes et autres se rapportant principalement aux résidents du Manitoba. Sa mise en œuvre a permis de décrire et

d'expliquer des tendances en matière de soins de santé ainsi qu'à dresser des profils de l'état de santé et de la **morbidité**, ce qui facilite la mise sur pied de projets de recherche intersectoriels dans des secteurs comme les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. La base de données administratives sur la santé, par exemple, conserve les dossiers relatifs à pratiquement toutes les prises de contact avec le système de soins de santé de la province, le régime d'assurance maladie du Manitoba (y compris les médecins, les hôpitaux, les foyers de soins personnels, le Programme de soins à domicile et les pharmacies) par toutes les personnes inscrites. Le MCHP assume un rôle de gérance des données se trouvant dans l'entrepôt pour le compte d'entités comme Santé Manitoba. Avant que le MCHP n'utilise ces données, les renseignements signalétiques comme le nom et l'adresse sont enlevés. De plus, le véritable **numéro d'identification personnelle (NIP)** est transformé en numéro fictif chiffré et n'est utilisé qu'à l'entrepôt de données se trouvant au MCHP. Ainsi, l'entrepôt ne contient que des données rendues anonymes, qu'on ne peut appairer à d'autres dossiers qu'à l'aide du numéro fictif qui leur est assigné, et qu'aux fins de l'étude seulement, après avoir obtenu toutes les autorisations nécessaires (autorisation du comité d'éthique de la recherche en santé de la Faculté de médecine, examen par le Comité de la protection des renseignements médicaux du gouvernement du Manitoba, et autorisation de divers ministères responsables de certaines bases de données).

Les chapitres 4 à 16 (à l'exception du chapitre 15) rapportent des données tirées de l'entrepôt de données. L'entrepôt de données contient des renseignements qui sont d'un grand intérêt pour les planificateurs des soins de santé et des services sociaux, comme des données sur la mortalité et les naissances, la consultation de médecins, les séjours à l'hôpital, les visites chez le pharmacien, l'utilisation de services comme les soins à domicile et foyers de soins personnels, et des renseignements obtenus des programmes d'éducation et de services à la famille. Dans le chapitre 15, les indicateurs sont tirés de divers cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui sont des données d'enquêtes de Statistique Canada concernant les personnes de 12 ans et plus. Dans ce rapport, nous utilisons des données d'enquêtes agrégées obtenues du regroupement des cycles 1.1 (2001), 2.1 (2003), 2.2 (2004), 3.1 (2005), 2007 et 2008 du ESCC, ce qui permet de contrer le problème dû à la taille réduite des échantillons et d'obtenir des taux pour les quatre secteurs établis (ORS de Winnipeg, Santé Sud–Est, ORS du Sud–Ouest, **ORS de la partie centrale** et ORS du Nord). Pour cette étude, nous nous sommes limités aux répondants de l'ESCC qui ont accepté que les données les concernant soient mises à la disposition des ministères provinciaux responsables de la santé à des fins de recherche. Puisqu'il s'agit de données d'enquêtes, les indicateurs fournis au chapitre 15 ne sont pas véritablement au niveau de la population, mais les échantillons sont choisis de manière à se rapprocher des valeurs réelles.

Aux fins d'établissement de ce rapport, nous avons eu accès aux fichiers de base de données ci-dessous conservés à l'entrepôt de données de recherche sur la santé de la population :

- demandes de services hospitaliers (relevés des congés des hôpitaux);
- demandes de paiement pour des services médicaux (relevés des consultations d'un médecin autres que celles ayant lieu durant une hospitalisation);
- dossiers du registre des médecins (pour identifier le type de fournisseur);
- soins à domicile (relevés de l'utilisation des services de soins à domicile provinciaux et des services de l'ORS de Winnipeg);
- foyers de soins personnels (relevés des séjours dans les maisons de santé);
- données du **registre du Régime d'assurance-maladie du Manitoba** (relevés de la durée pendant laquelle une personne est inscrite comme résidant au Manitoba, de l'âge, du sexe, du lieu de résidence, de la fratrie et de la situation de famille);
- **statistiques de l'état civil** (actes de naissance et de décès, causes de décès);

- demandes de paiement pour des services pharmaceutiques (relevés des ordonnances remplies à la pharmacie);
- Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (MIMS) (relevés des immunisations);
- fichiers du recensement (1990, 1996, 2001 et 2006) (données socioéconomiques et dénombrements de francophones et d'autres groupes à l'échelle des quartiers);
- cycles 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC);
- cycle 1996–1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP);
- enquête sur la santé cardiovasculaire au Manitoba (ESC) (1986);
- Enfants en santé Manitoba :
- données de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance,
- données du dépistage Les familles d'abord;
- données concernant les garderies;
- données sur l'inscription et la réussite scolaires déposées par le ministère de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Jeunesse;
- données du Red River College;
- données du ministère des Services à la famille et de la Consommation, y compris celles portant sur les bénéficiaires d'aide au revenu.

La gestion, la programmation et les analyses des données ont toutes été effectuées à l'aide du logiciel **SAS**® version 9.2.

Critères de sélection pour chaque base de données

- Données d'enquêtes (ESC, ENSP, ESCC) – Questions au sujet de la langue maternelle du répondant, de la première langue officielle parlée et de la langue la plus souvent parlée à la maison.
- Éducation – Numéro de l'école et de la division scolaire (DSFM).
- Données du Red River College – École secondaire fréquentée; études collégiales/universitaires effectuées.
- MIMS – Langue de correspondance.
- Garderies – Enfants dont la langue souhaitée était le français (dans le cadre du Programme de garde de jour pour enfant subventionné); enfants inscrits à un établissement offrant un programme de francisation ou relevant de la Division scolaire franco-manitobaine (DSFM).
- Instrument de mesure du développement de la petite enfance – Langue maternelle.
- Données des foyers de soins personnels – Code de l'établissement (Foyer Valade, Villa Youville), langue maternelle.
- Fichier minimal du Programme de soins à domicile du Manitoba – Langue du client, langue maternelle.

Comment les taux ont été établis

Les taux sont souvent ajustés selon l'âge et le sexe au moyen d'une technique épidémiologique appelée normalisation directe. Cette technique est utilisée pour établir des comparaisons entre divers groupes dont la répartition selon l'âge et le sexe est différente. Dans ce rapport, le compte d'événements démographiques associés à chaque indicateur a été modélisé à l'aide d'une technique statistique appelée **modèle linéaire généralisé (MLG)**, qui convient aux données qui ne sont pas distribuées normalement comme les dénombrements. Diverses formes de distribution ont été utilisées pour les indicateurs – **distribution de Poisson** (événements très rares), **distribution binomiale négative** (plutôt rares, mais très variables) et distribution binomiale (deux résultats, oui et non) – selon ce qui

convenait le mieux aux données. Dans les modèles utilisés pour créer les graphiques à barres, nous avons intégré les **covariables** âge et sexe afin de tenir compte des différences dans les répartitions régionales selon l'âge et le sexe.

Comme nous le mentionnions précédemment, nous utilisons des rapports de taux pour rendre compte de la santé relative des francophones du Manitoba. Nous rapportons aussi les taux pour illustrer les différences entre les francophones des diverses régions. Il est important d'en être conscients, car les taux ne sont pas nécessairement représentatifs des francophones du Manitoba. La cohorte francophone se compose de personnes plus jeunes que la population réelle, ce qui fait en sorte que les taux rendent compte d'un état de santé supérieur à ce qu'il en est dans la réalité.

La plupart des indicateurs sont présentés sous forme de taux ajustés, après correction selon l'âge (et le sexe le cas échéant), au moyen de la modélisation statistique décrite précédemment. Cela signifie que les taux ont été ajustés afin de pouvoir comparer équitablement des régions dont la répartition selon l'âge varie. Tous les taux sont ajustés de manière à être conformes à ce qu'ils devraient être si la répartition selon l'âge (et le sexe le cas échéant) de la population de chaque secteur était la même que l'ensemble de la population du Manitoba pendant la période établie. Certains indicateurs sont déjà établis selon l'âge, comme les taux d'immunisation des enfants de deux ans, et sont présentés à l'état brut (non ajustés) dans les graphiques.

Les taux sont supprimés (non rapportés) lorsque les comptes sur lesquels ces taux se basent correspondent à cinq événements démographiques ou moins (sauf si le taux est réellement de zéro, qui peut être alors rapporté). Nous procédons ainsi afin d'éviter les atteintes à la confidentialité et nous conformer à la façon dont Statistique Canada rapporte les données. Tout au long du rapport, lorsque la lettre « s » figure entre guillemets à côté du nom d'un secteur du côté gauche d'un graphique, cela veut dire qu'un taux a été supprimé. Très peu de francophones vivent à Churchill et pour protéger leur vie privée, aucun résultat ne se rapporte à cette ville.

Bon nombre des taux de prévalence et des graphiques s'y rapportant se trouvant dans ce document reposent sur des données s'échelonnant sur plusieurs années. Cependant, la plupart des graphiques présentent des taux annualisés, qui correspondent à la valeur moyenne pour un an (fondée sur une moyenne de toutes les années pendant lesquelles les données ont été recueillies). Les exceptions sont indiquées lorsqu'elles se présentent.

Analyse statistique

L'analyse statistique mesure le degré de confiance envers les résultats. Si une différence est « statistiquement significative », nous sommes persuadés que cette différence n'est pas seulement due au hasard. Autrement dit, si un taux concernant la santé des francophones est considéré comme « statistiquement différent » de celui des autres Manitobains, nous considérons que cette différence (à la hausse ou à la baisse) ne peut être imputable à une fluctuation aléatoire qu'on aurait pu attribuer au hasard, qu'il s'agit bien d'une véritable différence (degré de certitude à 95 %). La notation « $p < 0,05$ » signifie que la probabilité d'observer une différence de cette ampleur par un simple fait du hasard est inférieure à 5 % (0,05 de 1 = 5 %), qu'il y a présence d'une différence statistiquement significative et que nous sommes certains à 95 % que la différence est réelle.

Les graphiques de ce rapport font des comparaisons statistiques, qui indiquent tout simplement si les taux des indicateurs de santé des francophones d'un secteur sont, ou ne sont pas, statistiquement supérieurs ou inférieurs à ceux des autres Manitobains, ou si les taux devraient être considérés comme

similaires lorsqu'aucune différence statistique n'est observée. Lorsqu'une différence importante est observée SANS ÊTRE statistiquement significative, cela veut dire que les taux sont considérés comme similaires, en raison de leur fluctuation importante d'une année à l'autre. Cela est habituellement dû au fait que le taux repose sur des petits nombres (petit nombre d'événements statistiques ou population de taille réduite) et qu'il peut changer d'une année à l'autre et devenir supérieur, inférieur ou similaire à celui du groupe témoin lorsqu'il sera mesuré de nouveau.

Comparaisons multiples

La limite de confiance pour cette étude a été fixée à 95 %, ce qui signifie que cinq valeurs sur cent ne s'inscriraient pas dans l'**intervalle de confiance** si on les examinait. Nous avons mené de nombreuses analyses statistiques aux fins d'examen de la relation entre les indicateurs de santé et le fait d'être francophone. Cette tâche a entraîné l'examen de 76 indicateurs. Nous avons également stratifié chaque indicateur selon les ORS, les **secteurs communautaires de Winnipeg** ou les régions élargies. Nous nous attendions à ce que 5 % des valeurs ne correspondent pas aux valeurs réelles. Le mauvais usage possible des analyses multiples se limiterait à rapporter seulement les associations statistiquement significatives et à ignorer les autres.

Rothman et Greenland abordent la question de l'utilisation de l'**ajustement de Bonferroni** lorsqu'on effectue des comparaisons multiples (1998). Pour cet échantillon, l'ajustement serait de $0,05/1\ 500 = 0,000033 = 99,9967\ %$. Cela permettrait d'établir des niveaux de confiance très larges et conservateurs et de produire des estimations qui seraient plus imprécises que nécessaires. Les auteurs recommandent ce qui suit :

« La plupart des personnes jugeront acceptable la présentation des résultats de toutes les procédures d'inférence simple (p. ex., intervalles de confiance de toutes les associations examinées). Lorsque cela n'est pas possible et que l'on doit faire des associations au présent fondées sur des critères statistiques, on devrait au moins prendre soin de noter le nombre d'associations examinées et leur nature ainsi que l'**incidence** probable d'une telle sélection sur les résultats définitifs (par exemple, la forte probabilité qu'au moins quelques intervalles aient raté leur cible). » (Rothman et Greenland, 1998) [TRADUCTION]

Modèle de régression logistique d'indicateurs de résultats sélectionnés

Pour les indicateurs sélectionnés, l'utilisation de la **régression logistique** nous a permis de déterminer la contribution unique de nombreux facteurs sur l'indicateur de résultats lorsqu'on prend en compte des facteurs autres que les différences selon l'âge et le sexe dans la population, comme les différences au chapitre du revenu moyen des ménages, de l'éducation, de la situation de famille et des comportements de santé (des facteurs qui, on le sait, sont liés à la santé). Les indicateurs examinés étaient la mortalité, le diabète, le nombre de médicaments différents prescrits, les sorties d'hôpital, l'hypertension, la **toxicomanie**, une bonne santé mentale et la fumée secondaire. Nous nous sommes servis de l'échantillon de l'ESCC formé de 2 342 francophones pour procéder à ces analyses, puisqu'il était question de ces facteurs importants dans cette enquête.

Par exemple, en ce qui a trait au diabète (chapitre 5, Tableau 5.5.1 en annexe, repris ici), nous voulions savoir si le fait d'être francophone était un prédicteur de cette affection après la prise en compte de nombreux facteurs dont l'influence sur la santé est reconnue. La régression logistique est une technique qui permet de déterminer les probabilités d'une réponse positive ou négative en tenant compte de certaines caractéristiques individuelles ou régionales. Ces modèles produisent des rapports de cote (RC) ajustés. Un RC supérieur à 1 (avec **limites de confiance** à 95 % supérieures à 1 et valeur prédictive inférieure à 0,05, donc statistiquement significatif) signale une probabilité plus élevée. Un RC inférieur à 1 (avec limites de confiance à 95 % inférieures à 1) signale une probabilité moins élevée. Un RC de plus ou moins 1 (avec limites de confiance à 95 % autour de 1 et valeur prédictive supérieure à 0,05, donc pas statistiquement significatif) indique que la caractéristique n'a pas d'effet statistiquement significatif sur le résultat après la prise en compte des effets des autres variables. Un rapport de cote de 3 indique une probabilité trois fois supérieure et un rapport de cote de 0,5 réduit de moitié la probabilité qu'une chose se produise comparativement au groupe témoin. La prudence est toutefois de mise, car une probabilité trois fois supérieure ne veut pas dire nécessairement « trois fois plus de risque », sauf dans les très rares cas où les rapports de cote et les risques relatifs donnent des valeurs similaires.

Tableau 5.5.1 : Régression logistique du risque de diabète, 3 ans après l'enquête

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,916 (0,688 - 1,220)
Âge	1,047 (1,043 - 1,051)
Hommes (vs femmes)	1,441 (1,228 - 1,692)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	0,888 (0,753 - 1,048)
Sud-Ouest	0,888 (0,753 - 1,048)
Partie centrale	0,999 (0,818 - 1,218)
Nord	1,177 (0,929 - 1,492)
Brandon	1,022 (0,765 - 1,365)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Sommaire

Cette analyse nous a permis :

- d'identifier une cohorte de personnes qui sont, ou qui sont probablement, francophones;
- d'apparier ces personnes à des personnes qui ne sont probablement pas francophones selon l'âge, le sexe et la région géographique;
- de comparer l'état de santé de ces deux groupes et leur utilisation des services de santé au moyen de rapports de taux;
- de vérifier les différences entre les groupes afin d'établir quelles sont celles qui sont statistiquement significatives;
- de vérifier nos constatations à l'échelle provinciale en comparant les résultats de la cohorte francophone et ceux des données d'enquêtes.

Les chapitres qui suivent passent en revue les résultats de cette analyse.

Annexe au chapitre 3

Différence entre les taux de prévalence et les taux d'incidence

Les taux de prévalence se rapportent au pourcentage de la population atteint d'une certaine maladie à un moment précis (**prévalence ponctuelle**) ou au cours d'une période donnée (**prévalence de période**). Autrement dit, on compare le numérateur formé des personnes atteintes de la maladie au dénominateur formé par l'ensemble de la population, ce qui permet d'établir la partie de la population atteinte. Dans notre rapport, le concept de prévalence est souvent utilisé. Par exemple, un de nos indicateurs est la période de prévalence du diabète à l'intérieur d'une période de trois ans. Il s'agit tout simplement de la proportion de personnes qui répondent au critère associé aux personnes atteintes de diabète à n'importe quel moment durant la période de trois ans. Une personne ne peut être comptabilisée qu'une fois dans un taux de prévalence.

En revanche, le taux d'incidence se rapporte au nombre de nouveaux cas de maladie ou de nouveaux événements touchant une proportion de la population, au cours d'une période donnée aussi. Par exemple, le taux d'hospitalisation des francophones est de 109 par 1 000 personnes par an, comparativement à 110 pour les autres Manitobains. Un taux d'incidence peut comptabiliser une personne plus d'une fois. Par exemple, une personne peut avoir été hospitalisée à plusieurs reprises, contribuant ainsi plus d'une fois à l'établissement de ce taux pendant l'année.

Méthodes d'établissement de liens familiaux

Les membres de la famille au premier degré des francophones de la cohorte francophone ont été identifiés à l'aide des numéros d'immatriculation de Santé Manitoba inscrits au registre du Régime d'assurance-maladie du Manitoba. Les membres de la famille au premier degré sont les enfants, les parents, les frères et sœurs et les conjoints. Le registre contient des données démographiques longitudinales sur chaque personne qui s'est inscrite au Régime d'assurance-maladie du Manitoba depuis 1970. De 1970 à 1984, l'identification était établie au moyen d'un **numéro d'immatriculation familial**, de la date de naissance et du sexe. À partir de 1987, un numéro d'identification personnelle (NIP) a été assigné à chaque résident de la province. Lorsqu'une personne atteint l'âge de 18 ans, elle obtient son propre numéro d'immatriculation familial. Au moment de rapporter leur mariage à Santé Manitoba, les femmes peuvent soit prendre le numéro d'immatriculation familial de leur mari, soit garder le leur. Les liens familiaux sont plus faciles à établir dans le cas des personnes plus jeunes, en raison de la façon dont le numéro d'immatriculation familial est établi. Par exemple, dans le dossier de population de 2008, on ne peut identifier que les frères et sœurs des personnes de 56 ans et moins. Une personne devait avoir moins de 18 ans en 1970 ou plus tard pour être identifiée comme une personne à charge, ce qui place la limite inférieure à l'année de naissance 1952.

Différentes méthodes ont été utilisées pour lier les membres de la famille. Le registre a commencé à recenser les familles à partir de 1970 (donc les enfants nés en 1952 ou plus tard).

Les pères et les mères ont été identifiés à l'aide de diverses méthodes. L'identification des mères s'est faite au moyen des dossiers de naissance consignés au Manitoba après 1970. L'identification des pères s'est faite au moyen des données du registre seulement, notamment celle des chefs de famille dont le numéro d'immatriculation familial est donné à la naissance d'un enfant.

Nous avons identifié les enfants en trouvant les personnes à la charge de chaque homme et femme chef de famille. Dans le cas des familles monoparentales, les enfants ont été associés à l'un ou l'autre parent ayant pu être identifié.

Les frères et sœurs n'ont pas été identifiés directement, mais plutôt comme les personnes à charge d'un même chef de famille à la naissance. Les frères et sœurs ont été définis comme étant à la charge de la mère chef de famille, lorsque celle-ci était identifiée, sinon à la charge du père chef de famille. Les mères chefs de famille ont été choisies en premier lieu parce que 98,8 % des enfants en avaient une, tandis que seulement 78,3 % des enfants avaient un père chef de famille. Les parents seuls sont souvent des femmes et lorsque survient un divorce, c'est habituellement la mère qui obtient la garde juridique et réelle des enfants.

Les conjoints ont été identifiés à l'aide d'un « code de jumelage » se trouvant dans le registre. Ces codes existent pour les conjoints et les conjoints de fait qui rapportent leur union à Santé Manitoba, ce qui fait qu'ils ne permettent pas d'identifier tous les conjoints.

Méthodes d'appariement

Nous avons créé deux groupes témoins formés d'autres Manitobains; l'un aux fins d'examen de l'état de santé sur une période de dix ans, l'autre sur une période de cinq ans. La période de dix ans est utilisée pour des événements démographiques plus rares comme la mortalité et certains actes médicaux. La période de cinq ans est utilisée pour la plupart des indicateurs.

Afin de nous assurer que la procédure d'appariement comme telle n'entraîne pas de distorsion, nous avons tenu compte de facteurs touchant à la fois les francophones et le groupe témoin. Comme nous avons inclus les nouvelles naissances dans la cohorte francophone, nous avons aussi inclus les nouvelles naissances dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Quand nous avons inclus des francophones qui venaient peut-être d'être nouvellement inscrits au régime d'assurance-maladie, nous avons fait de même avec les autres Manitobains. Il était important d'inclure les nouvelles naissances et les nouvelles inscriptions afin de garder le plus de francophones possible dans notre échantillon.

Pour la période de dix ans, nous avons apparié chaque francophone à trois autres Manitobains selon l'âge, le sexe et la région géographique. L'appariement s'est fait au hasard afin de ne pas entraîner de distorsion systémique. Nous avons identifié 40 600 francophones qui étaient vivants et inscrits au régime d'assurance-maladie le 31 décembre 1998, qui étaient nés pendant la période de dix ans, ou qui étaient devenus nouvellement admissibles au régime durant cette période. Ces personnes ont été appariées selon l'âge, le sexe et la région géographiques (groupes de quartiers de secteurs communautaires de Winnipeg et **districts des offices régionaux de la santé** à l'extérieur de Winnipeg) où ils vivaient le 31 décembre 1998. Les résidents d'un foyer de soins personnel (FSP) francophone ont été appariés à des résidents d'un FSP non-francophone.

Afin de tenir compte des durées de temps variable s'appliquant aux données concernant les différentes personnes dans la base de données, les taux sont calculés en **années-personnes**. Il est possible de calculer la durée de l'inscription au régime d'assurance-maladie de chaque personne à l'aide de la date de naissance, de la date à laquelle prend fin l'inscription et de la date à laquelle l'inscription commence. Par exemple, si une personne est née en 2000, son taux sera calculé sur huit années-personnes plutôt que sur dix années-personnes.

Des lacunes existent relativement à l'inscription de certaines personnes. Certains ont quitté le Manitoba puis y sont revenus. Quiconque quitte la province pendant moins de 90 jours est considéré comme toujours inscrit pendant l'intervalle. Dans le cas d'une absence de plus de 90 jours, nous n'avons utilisé que la période d'inscription continue la plus récente.

La sélection du groupe témoin pour la période de cinq ans s'est faite de la même manière que pour la période de dix ans. Seule la date changeait (31 décembre 2003 plutôt que le 31 décembre 1998).

Années–personnes

Dans ce rapport, des taux sont présentés en « années–personnes ». Les années–personnes sont des unités de mesure où le nombre de personnes est conjugué à la somme du temps pour être utilisés comme dénominateur dans les taux d'incidence et de prévalence lorsque, pour des périodes variables, des personnes risquent de développer une maladie, d'utiliser un service de santé ou de mourir. Les années–personnes sont utilisées dans nos analyses afin de nous permettre d'inclure le plus de gens possible dans nos calculs. Nous pouvons ainsi inclure des personnes qui ne faisaient pas partie de la cohorte pendant toute la durée de la période établie.



Chapitre 4 : État de santé de la population et mortalité

Indicateurs dans ce chapitre :

- 4.1 Taux de mortalité prématurée (TMP)
- 4.2 Mortalité totale
- 4.2.1 Causes de décès
- 4.3 Mortalité par blessure
- 4.4 Espérance de vie à la naissance
- 4.5 Suicides ou tentatives de suicide
- 4.6 Comparaison des taux entre les échantillons
- 4.7 Constatations de l'analyse documentaire
- 4.8 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, l'état de santé de la cohorte francophone du Manitoba est similaire à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains, mais il y a des variations régionales.
- Le taux de suicide et de **tentatives de suicide** est moins élevé parmi les francophones dans l'ensemble de la province comparativement aux autres Manitobains. Ces taux varient aussi quelque peu parmi les francophones, selon la région où ils vivent.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 4.0 : Sommaire des indicateurs de l'état de santé et de la mortalité comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Mortalité prématurée		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f)		↓
SE Ouest (f)		↓
St. Boniface		
St. Boniface Est (d)	↑	
St. Boniface Ouest (d)	↓	
St. Vital (d)	↑	
Point Douglas (f)		↑
Mortalité totale		
Manitoba (d)	↓	
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↓
SE Sud (d)	↓	
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↓	
St. Vital		
St. Vital Sud (f,d)	↑	↑
Point Douglas (f)		↑
ORS du Sud-Ouest (d)	↓	
Espérance de vie - Hommes		
Manitoba		
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Espérance de vie - Femmes		
Manitoba		
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Suicides ou tentatives de suicide		
Manitoba (d)	↓	
Santé Sud-Est (d)	↓	
St. Boniface (d)	↓	
ORS Nord + partie centrale (d)	↓	

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

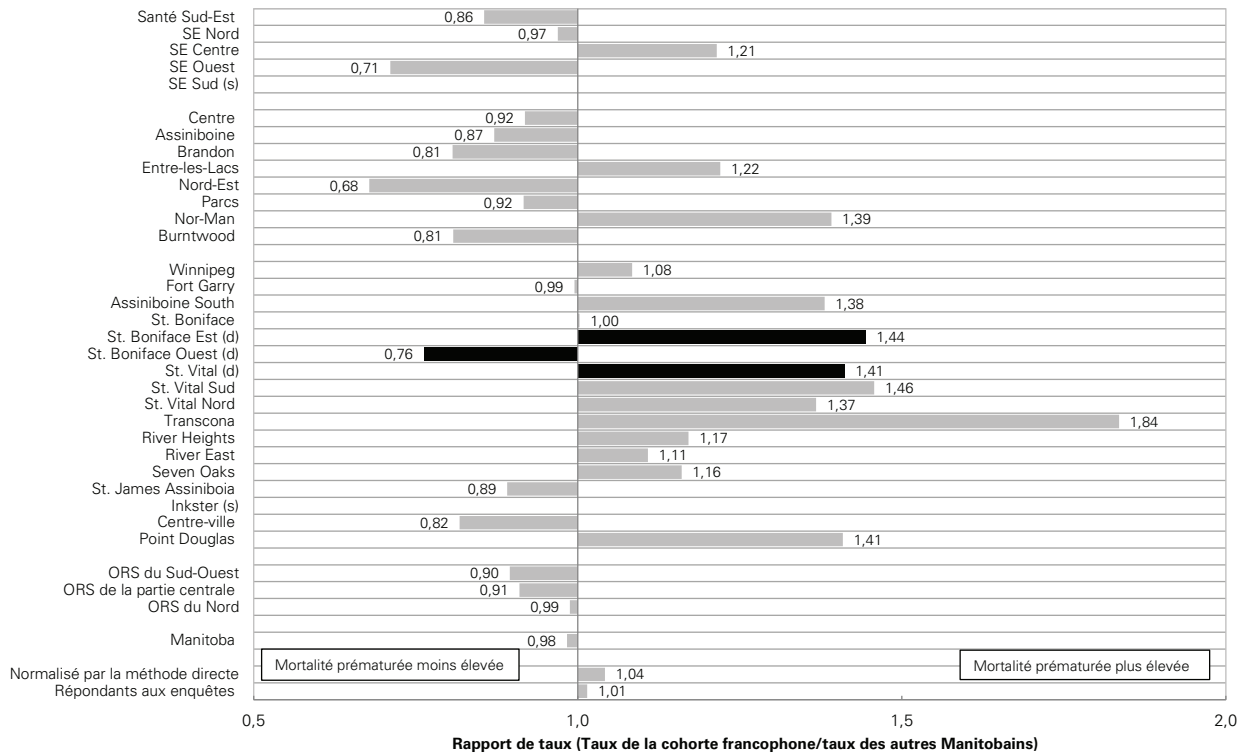
Source : Manitoba Centre for Health Policy, 2012

4.1 Taux de mortalité prématurée (TMP)

Le taux de mortalité prématurée (TMP) est souvent utilisé comme indicateur général de l'état de santé d'une population et mis en corrélation avec d'autres mesures couramment utilisées. Il s'agit d'un indicateur important de la santé d'une population. Un taux de mortalité prématurée élevé est associé à une mauvaise santé. Le TMP est défini comme le nombre de décès parmi les résidents d'une région âgés de 0 à 74 ans, par 1 000 résidents. Aux fins de cette étude, les TMP ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2008, **années civiles**) et ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 4.1.1 : Mortalité prématurée — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2008 (années civiles)
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 0 à 74 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique des taux.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée entre les TMP de la cohorte francophone et ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,01).
- Cependant, on constate des différences significatives dans certains SC de Winnipeg. Les TMP des francophones de Saint-Boniface Est et de Saint-Vital sont plus élevés que ceux des autres Manitobains. En revanche, le TMP des francophones de Saint-Boniface Ouest est moins élevé que celui des autres Manitobains.
- Les TMP des francophones de la majorité des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux de Santé Sud-Est, dont le taux est moins élevé, et de ceux de Point Douglas, dont le taux est plus élevé (Tableau 4.8.1).

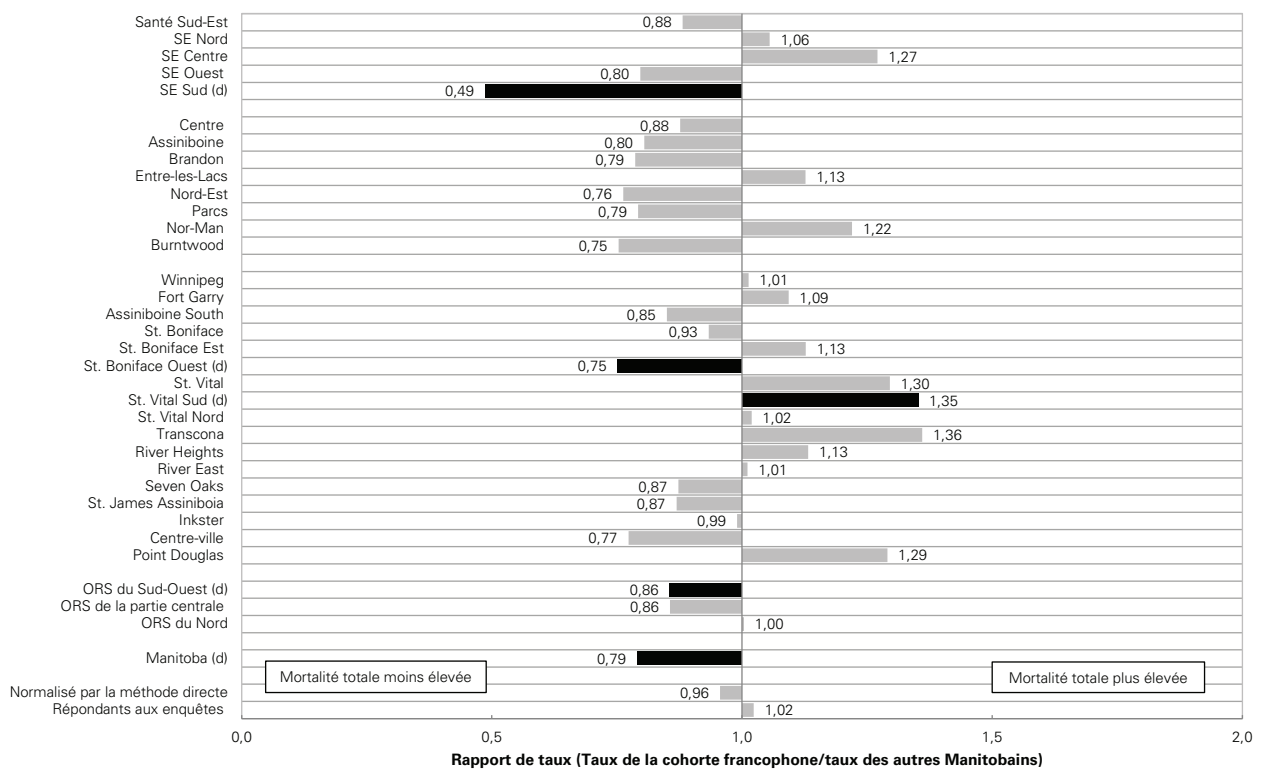
4.2 Mortalité totale

La mortalité totale se rapporte au nombre de décès par 1 000 résidents d'une région, par année–personne. Aux fins de cette étude, les **taux de mortalité totale** ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2008, années civiles) et ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 4.2.1 : Mortalité totale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2008 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de mortalité totale de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,79). Une fois les taux normalisés par la méthode directe, cette relation n'existe plus.³
- Bien que les taux de mortalité totale de la cohorte francophone tendent à être moins élevés dans la plupart des régions, seules quelques régions rapportent des différences significatives : les ORS du Sud-Ouest, soit l'ORS du Centre, l'ORS Assiniboine et l'ORS de Brandon (rapport de taux : 0,86); le district Sud de Santé Sud-Est (rapport de taux : 0,49); et Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 0,75).

Tableau 4.2.1 : Régression logistique prévoyant la probabilité de décès

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,04 (0,67 - 1,61)
Âge	1,11 (1,10 - 1,12)
Hommes (vs femmes)	1,74 (1,42 - 2,14)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	1,12 (0,86 - 1,46)
Partie centrale	1,09 (0,85 - 1,41)
Nord	1,09 (0,78 - 1,52)
Brandon	0,88 (0,60 - 1,29)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 4.2.2 : Régression logistique prévoyant la probabilité de décès

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,98 (0,94 - 1,02)	0,3512
Âge	1,09 (1,08 - 1,09)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	2,14 (2,06 - 2,22)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	1,07 (1,04 - 1,10)	0,0002
Partie centrale	1,03 (0,99 - 1,07)	0,1181
Nord	1,01 (0,94 - 1,08)	0,8440
Brandon	0,84 (0,80 - 0,88)	<0,0001
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	0,71 (0,68 - 0,74)	<0,0001
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	0,99 (0,99 - 1,00)	0,0007
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,82 (0,78 - 0,86)	<0,0001
Occupe un emploi (vs non)	0,51 (0,48 - 0,55)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	0,91 (0,75 - 1,10)	0,2989
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,60 (0,57 - 0,63)	<0,0001
Usage du tabac (vs non)	2,30 (1,95 - 2,70)	<0,0001
Indice de masse corporelle	0,99 (0,99 - 1,00)	<0,0001
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,77 (0,72 - 0,82)	<0,0001
Modérément actif	0,60 (0,57 - 0,63)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	1,07 (0,84 - 1,36)	0,5386

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

- 3 Il convient de noter qu'une fois normalisé par la méthode directe afin de permettre la comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, le rapport de taux du groupe témoin n'était plus statistiquement significatif. La normalisation par la méthode directe donne le taux auquel nous devrions nous attendre si la répartition selon l'âge et le sexe de notre échantillon était la même que la population du Manitoba. Comme notre groupe témoin est plus jeune, plus de poids est accordé aux taux des répondants plus âgés lorsque nous normalisons par la méthode directe. Au chapitre 17, nous observons que les francophones plus âgés tendent à être en moins bonne santé que le groupe témoin correspondant. Cela pourrait expliquer pourquoi nous percevons un rapport de taux légèrement différent entre les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

- Une exception à cette tendance est observée à Saint-Vital Sud (rapport de taux : 1,35), où le taux de mortalité totale des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de mortalité totale des francophones de la majorité des secteurs sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception des francophones des ORS du Sud-Ouest, des districts de Santé Sud-Est et de Saint-Boniface Ouest, dont les taux sont moins élevés, et ceux de Saint-Vital Sud et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 4.8.2) que le taux provincial.

Les Tableaux 4.2.1 et 4.2.2 rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique liés à la mortalité, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et la mortalité est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base ne concordent pas avec les résultats de l'analyse initiale. Dans l'analyse initiale, les résultats indiquent que le taux de mortalité de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,79). Dans le modèle de base qui se rapporte à l'échantillon d'enquêtes, dont la taille est plus réduite, les résultats laissent entendre que le taux de mortalité de la cohorte francophone est similaire à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (**rapport de cotes** : 1,04). Dans le modèle complet, lorsqu'on intègre les facteurs supplémentaires, aucune différence dans les taux de mortalité n'est observée (rapport de cotes : 0,98).

Les différences dans les résultats du groupe témoin et de l'échantillon d'enquêtes méritent qu'on s'y attarde. Nous constatons que lorsque le taux de mortalité du groupe témoin est normalisé par la méthode directe, il n'y a plus de différence entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Cela pourrait être dû au fait que l'état de santé des francophones semble avoir changé avec les générations (voir l'analyse de l'effet des cohortes de naissance au chapitre 17). Comme notre groupe témoin est plus jeune, plus de poids est accordé aux taux des répondants plus âgés lorsque nous normalisons par la méthode directe. Cela pourrait expliquer pourquoi nous percevons un rapport de taux différent entre les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe. Au sein de la cohorte francophone, il y a relativement moins de mortalité parmi les résidents plus jeunes que parmi les résidents plus vieux.

Nous pouvons déduire de l'analyse qui précède et de celles se trouvant au chapitre 17 qu'à l'intérieur d'un échantillon formé de résidents plus jeunes, la cohorte francophone semble avoir un taux de mortalité moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Lorsque nous accordons plus de poids aux francophones plus âgés (au moyen de la **normalisation par la méthode directe**), ces différences dans les taux de mortalité entre les deux groupes ne sont plus apparentes. Les francophones plus âgés semblent être en moins bonne santé que les autres Manitobains plus âgés.

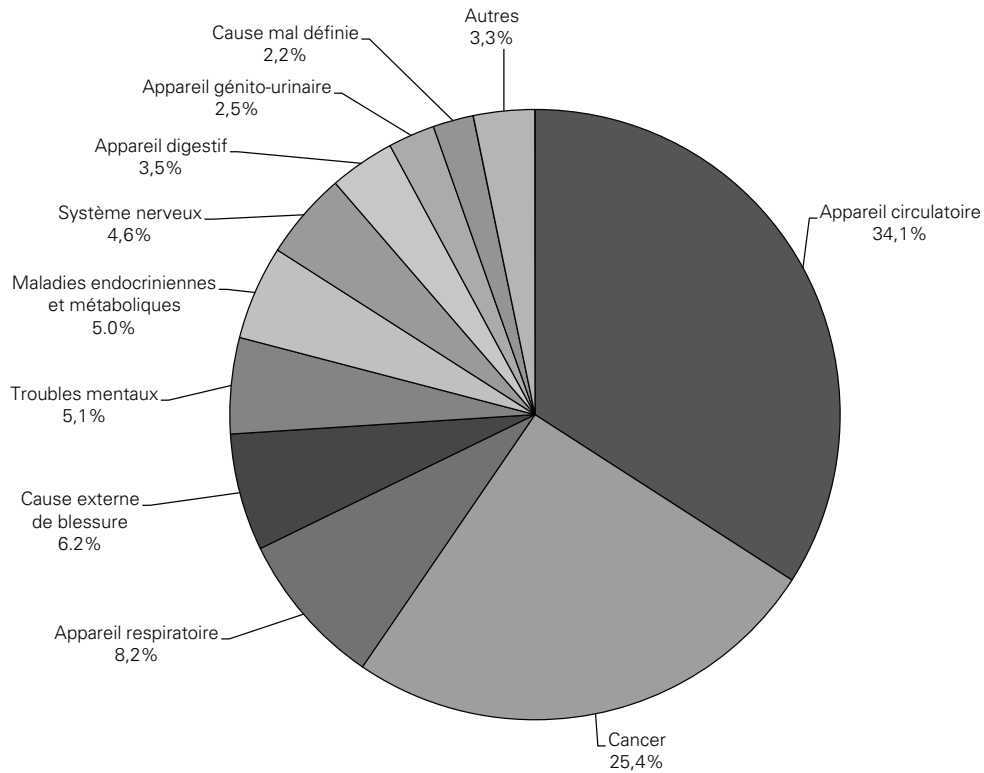
4.2.1 Causes de décès

La répartition des **causes de décès** est basée sur les statistiques de l'état civil, à l'aide des 17 chapitres de la **Classification internationale des maladies (CID-9-MC, ICD-9-CM** en anglais). L'analyse des données portait sur une période de cinq ans (2003 à 2007, années civiles).

Principales constatations

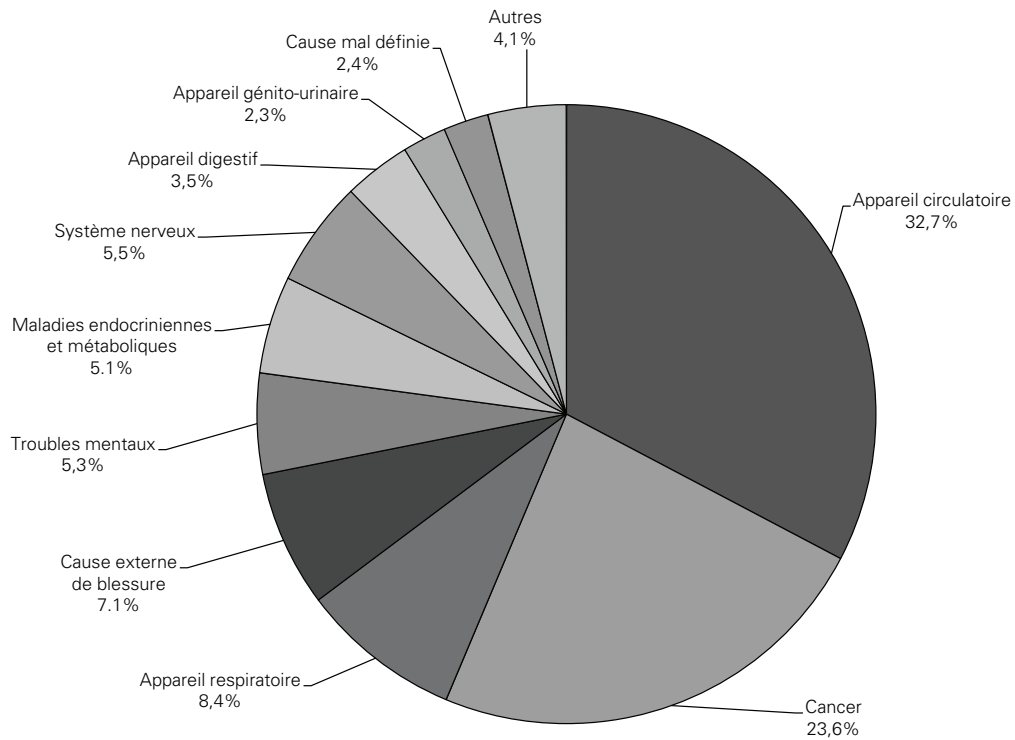
- Les graphiques circulaires illustrent la répartition des causes de décès.
- La répartition des causes de décès dans la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains semble être similaire.
- Au sein des deux cohortes, les causes de décès les plus courantes sont liées à l'appareil circulatoire, au cancer et à l'appareil respiratoire.

Figure 4.2.2 : Causes de décès parmi la cohorte francophone, 1999–2007 (années civiles)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 4.2.3 : Causes de décès parmi le groupe témoin, 1999–2007 (années civiles)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

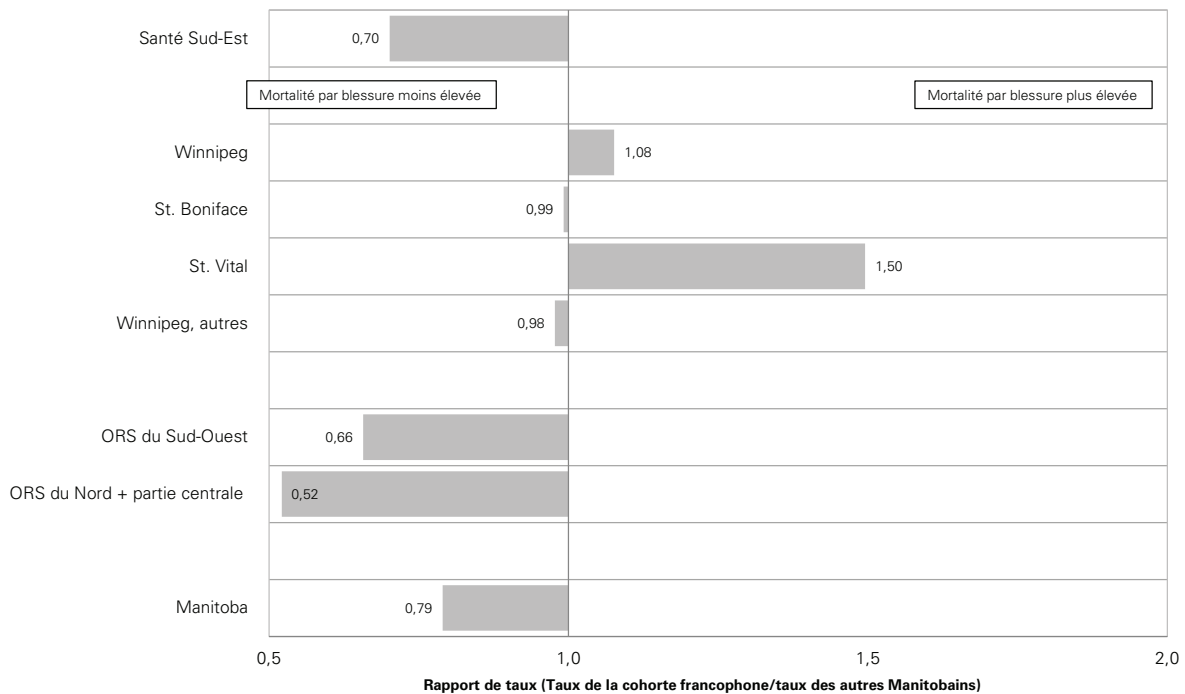
4.3 Mortalité par blessure

La **mortalité par blessure** se réfère au nombre de décès dus à une blessure par 1 000 années–personnes, selon les statistiques de l'état civil.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 4.3.1 : Mortalité par blessure — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2007 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

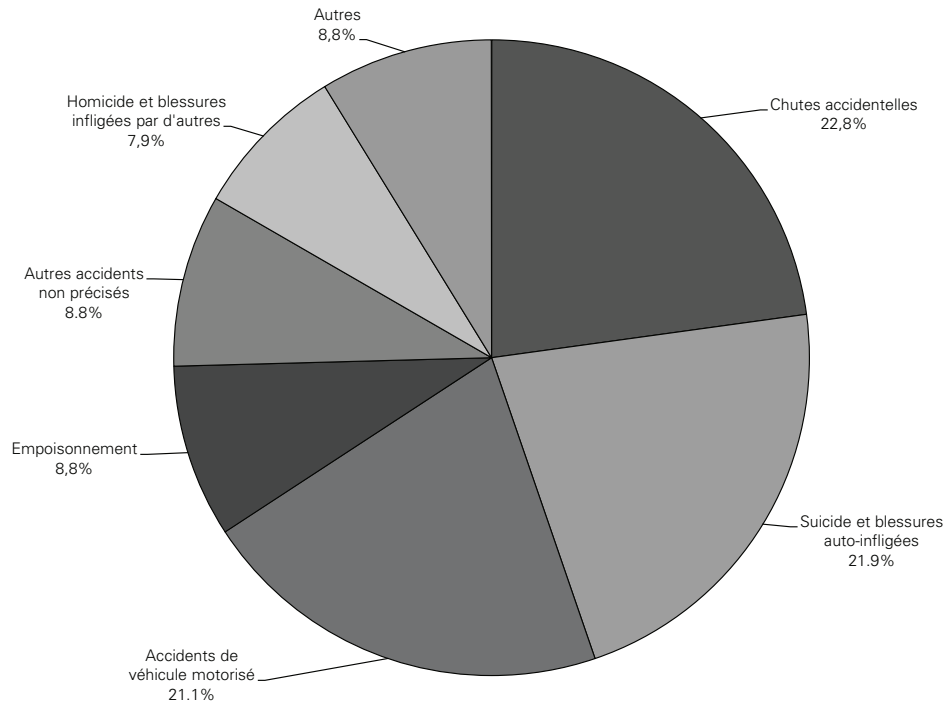
Principales constatations

- Comme il y avait trop peu de mortalité par blessure, les indicateurs ne sont pas rapportés par ORS et par SC de Winnipeg.
- Aucune différence significative n'est observée au chapitre de la mortalité par blessure entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (Tableau 4.8.3).

4.3.1 Causes de mortalité par blessure

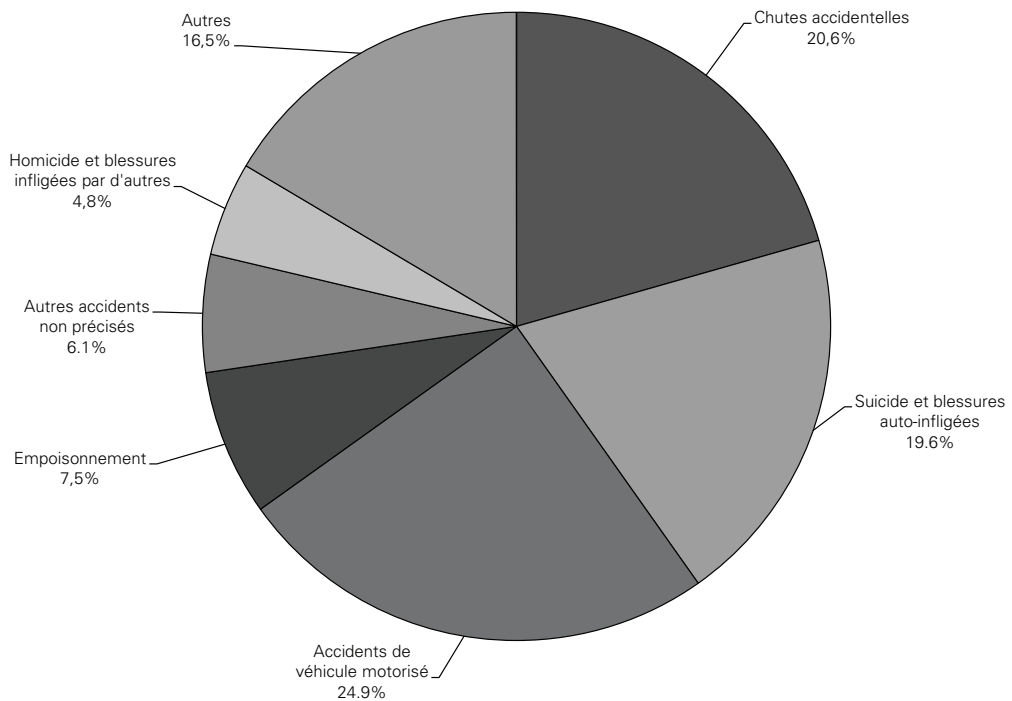
La répartition des **causes de mortalité par blessure** selon les principaux sous–groupes du CIM–9–MC (ICD–9–CM en anglais) est basée sur les statistiques de l'état civil. La catégorie « autres » comprend les accidents associés à d'autres types de véhicules, les effets tardifs d'une blessure, les accidents causés par une machine, les explosions, l'électrocution, les accidents dus à des phénomènes naturels ou environnementaux, les heurts par un objet et le coincement entre des objets.

Figure 4.3.2 : Causes de mortalité par blessure parmi la cohorte francophone, 1999–2007 (années civiles)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 4.3.3 : Causes de mortalité par blessure parmi le groupe témoin, 1999–2007 (années civiles)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- Les causes de blessure parmi la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains semblent similaires, bien qu'aucune analyse statistique n'ait été effectuée. Les légères différences observées sont probablement dues à la taille réduite des échantillons.
- Les blessures les plus communes dans les deux cohortes sont les chutes accidentelles, le suicide et les blessures auto-infligées, ainsi que les accidents de véhicule motorisé.

4.4 Espérance de vie à la naissance

Cet indicateur se rapporte à la durée de vie prévue à la naissance, en se fondant sur la mortalité de la population entre les années civiles 1999 et 2008.

Tableau 4.4.1 : Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes, 1999–2008 (années civiles)

Secteur	Hommes		Femmes	
	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	80,25 (78,37 - 82,12)	79,48 (78,26 - 80,70)	84,03 (81,83 - 86,22)	83,29 (82,04 - 84,53)
Winnipeg	77,56 (76,10 - 79,02)	77,93 (77,10 - 78,75)	83,21 (81,77 - 84,66)	83,05 (82,23 - 83,87)
ORS du Sud-Ouest (d)	80,41 (78,24 - 82,58)	77,75 (76,24 - 79,27)	85,91 (83,09 - 88,74)	82,99 (81,62 - 84,35)
ORS du Nord + partie centrale	79,25 (76,30 - 82,21)	76,90 (75,0378,77)	85,36 (81,70 - 89,02)	82,66 (80,80 - 84,52)
Manitoba	78,75 (77,79 - 79,72)	78,12 (77,54 - 78,71)	83,73 (82,68 - 84,78)	83,08 (82,50 - 83,66)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Dans les ORS du Sud-Ouest (Assiniboine, Brandon et Centre), l'espérance de vie est beaucoup plus élevée dans la cohorte francophone (hommes : 80,4 ans; femmes : 85,9 ans) que dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains (Hommes : 77,8 ans; femmes : 83,0 ans).

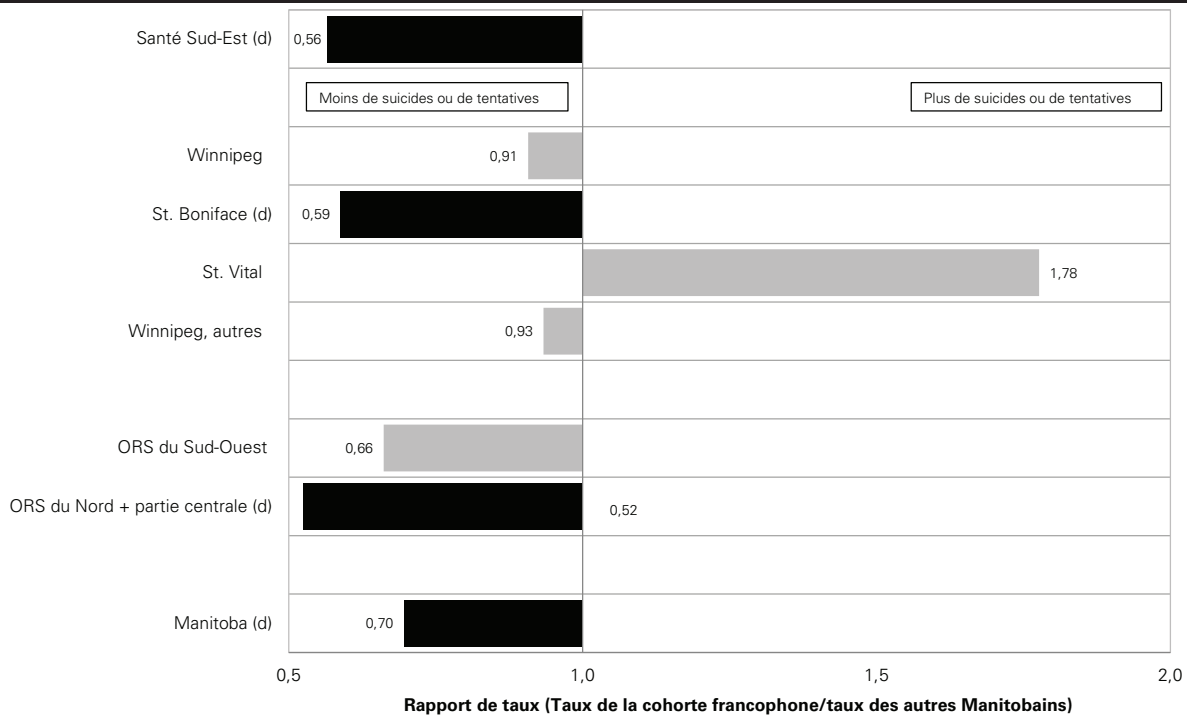
4.5 Suicides ou tentatives de suicide

Cet indicateur mesure la proportion de la population ayant commis ou tenté de commettre un suicide. Nous avons mesuré la prévalence annuelle du suicide ou des tentatives de suicide ajustée selon l'âge et le sexe parmi les résidents âgés de 10 ans et plus pour les années civiles 1999 à 2007. Les suicides sont établis par les actes de décès faisant partie des statistiques de l'état civil qui rapportent comme principale cause de décès une blessure auto-infligée ou un empoisonnement. Les tentatives de suicide se rapportent aux hospitalisations pour tentative de suicide, blessure auto-infligée ou empoisonnement accidentel ayant nécessité la consultation d'un psychiatre.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 4.5.1 : Suicides ou tentatives de suicide — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2007 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de suicide ou de tentatives de suicide de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,70).
- Bien que cette tendance soit présente dans la plupart des régions, elle est nettement inférieure dans ces régions seulement : ORS de la partie centrale et ORS du Nord (rapport de taux : 0,52), Santé Sud-Est (rapport de taux : 0,56) et Saint-Boniface (rapport de taux : 0,59).
- Aucune différence significative se rapportant au suicide et aux tentatives de suicide n'est observée parmi les francophones du Manitoba (Tableau 4.8.4).

4.6 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau suivant afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 4.6.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes*

Indicateurs	Années civiles	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Mortalité	1999-2008	8,60	8,99	0,96	7,60	7,42	1,02
Mortalité prématurée	1999-2008	3,37	3,24	1,04	2,93	2,89	1,01

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

4.7 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

Taux de mortalité par blessure

- Boudreau et Farmer ont observé que parmi les hommes plus âgés (65 ans et plus), les francophones rapportaient deux fois plus d'accidents que les anglophones (1999).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est observée au chapitre de la mortalité par blessure entre les francophones et les autres Manitobains. Les francophones font légèrement plus de chutes accidentelles que les autres Manitobains (22,8 % et 20,6 %), mais ils semblent impliqués dans moins d'accidents de véhicule motorisé (21,1 % et 24,9 %).*

Suicides ou tentatives de suicide

- Clark, Colantonio, Rhodes et Escobar ont constaté un nombre élevé de suicides dans la province francophone du Québec (16,5 par 100 000; Statistique Canada, 2005), ce qui semble indiquer un taux de suicide plus élevé chez les Canadiens–Français comparativement à la population en général. Au Québec, ils ont observé que le risque de suicide était plus élevé chez les francophones blancs et autochtones que chez les anglophones blancs. Ils ont conclu qu'une bonne partie de la variation entre les taux de suicide des francophones blancs et des anglophones blancs était due à la fois aux inégalités au chapitre de la situation socioéconomique et au sentiment d'appartenance à la collectivité (2008b).
- de Man, Leduc et Labuche–Gauthier ont établi que 15 % de l'ensemble des décès des adolescents au Québec étaient liés à un suicide (1993).
- Boudreau et Farmer ont constaté que les francophones étaient plus portés à avoir des idées suicidaires ou à faire une tentative de suicide que les anglophones (13 % et 11 %) (1999).
- *Dans la présente étude, le taux de prévalence des tentatives de suicide ou des suicides est moins élevé dans la cohorte francophone que dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux de 0,69). L'analyse par cohorte de naissance (au chapitre 17) montre aussi que les francophones plus jeunes commettent moins de suicide et tentent moins de se suicider que les autres Manitobains plus jeunes, mais que les taux des francophones et des autres Manitobains plus âgés sont similaires.*

4.8 Tableaux supplémentaires

Tableau 4.8.1 : Mortalité prématurée, 1999–2008 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 0 à 74 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (f)	0,86 (0,70 - 1,04)	1,64 (1,36 - 1,98)	1,92 (1,73 - 2,13)
SE Nord	0,97 (0,74 - 1,27)	1,91 (1,50 - 2,43)	1,97 (1,69 - 2,30)
SE Centre	1,21 (0,61 - 2,41)	2,29 (1,19 - 4,43)	1,89 (1,54 - 2,32)
SE Ouest (f)	0,71 (0,50 - 1,02)	1,32 (0,96 - 1,81)	1,86 (1,54 - 2,24)
SE Sud (s)	s	s	1,93 (1,40 - 2,64)
Centre	0,92 (0,71 - 1,19)	1,89 (1,49 - 2,40)	2,06 (1,81 - 2,35)
Assiniboine	0,87 (0,57 - 1,32)	2,13 (1,46 - 3,11)	2,45 (2,01 - 2,99)
Brandon	0,81 (0,37 - 1,77)	1,75 (0,87 - 3,50)	2,16 (1,49 - 3,14)
Entre-les-Lacs	1,22 (0,79 - 1,88)	2,87 (1,98 - 4,15)	2,35 (1,86 - 2,97)
Nord-Est	0,68 (0,43 - 1,08)	1,55 (1,01 - 2,36)	2,28 (1,86 - 2,79)
Parcs	0,92 (0,56 - 1,49)	2,19 (1,42 - 3,38)	2,39 (1,88 - 3,04)
Nor-Man	1,39 (0,66 - 2,95)	2,93 (1,57 - 5,47)	2,10 (1,37 - 3,23)
Burntwood	0,81 (0,42 - 1,54)	2,92 (1,65 - 5,16)	3,61 (2,65 - 4,92)
Winnipeg	1,08 (0,96 - 1,22)	2,35 (2,08 - 2,66)	2,17 (2,01 - 2,33)
Fort Garry	0,99 (0,64 - 1,55)	1,87 (1,26 - 2,77)	1,88 (1,50 - 2,36)
Assiniboine South	1,38 (0,61 - 3,10)	3,07 (1,53 - 6,16)	2,22 (1,46 - 3,38)
St. Boniface	1,00 (0,83 - 1,21)	2,15 (1,81 - 2,56)	2,15 (1,92 - 2,39)
St. Boniface Est (d)	1,44 (1,07 - 1,96)	1,97 (1,52 - 2,56)	1,37 (1,14 - 1,64)
St. Boniface Ouest (d)	0,76 (0,60 - 0,97)	2,29 (1,85 - 2,83)	3,00 (2,63 - 3,42)
St. Vital (d)	1,41 (1,07 - 1,87)	2,13 (1,67 - 2,70)	1,51 (1,28 - 1,78)
St. Vital Sud	1,46 (0,98 - 2,16)	1,94 (1,40 - 2,71)	1,33 (1,06 - 1,68)
St. Vital Nord	1,37 (0,92 - 2,02)	2,34 (1,68 - 3,26)	1,71 (1,36 - 2,15)
Transcona	1,84 (0,97 - 3,48)	2,92 (1,75 - 4,87)	1,59 (1,07 - 2,36)
River Heights	1,17 (0,72 - 1,89)	2,96 (1,90 - 4,61)	2,52 (2,06 - 3,09)
River East	1,11 (0,70 - 1,76)	2,60 (1,70 - 3,98)	2,35 (1,91 - 2,89)
Seven Oaks	1,16 (0,48 - 2,78)	2,34 (1,11 - 4,92)	2,02 (1,27 - 3,21)
St. James Assiniboia	0,89 (0,47 - 1,69)	2,15 (1,21 - 3,80)	2,41 (1,78 - 3,26)
Inkster (s)	s	s	3,47 (2,21 - 5,44)
Centre-ville	0,82 (0,52 - 1,29)	3,23 (2,15 - 4,85)	3,94 (3,17 - 4,91)
Point Douglas (f)	1,41 (0,82 - 2,42)	6,22 (3,94 - 9,81)	4,41 (3,25 - 5,99)
ORS du Sud-Ouest	0,90 (0,72 - 1,11)	1,94 (1,59 - 2,37)	2,16 (1,94 - 2,42)
ORS de la partie centrale	0,91 (0,70 - 1,18)	2,12 (1,66 - 2,70)	2,33 (2,04 - 2,67)
ORS du Nord	0,99 (0,61 - 1,61)	2,87 (1,88 - 4,38)	2,90 (2,26 - 3,73)
Manitoba	0,98 (0,90 - 1,07)	2,11 (1,94 - 2,29)	2,14 (2,05 - 2,24)
Normalisé par la méthode directe	1,04 (0,96 - 1,14)	3,37 (3,12 - 3,63)	3,24 (3,10 - 3,38)
Répondants aux enquêtes	1,01 (0,49 - 1,54)	2,93 (1,49 - 4,37)	2,89 (2,55 - 3,22)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 4.8.2 : Mortalité totale, 1999–2008 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,88 (0,69 - 1,12)	4,45 (3,52 - 5,64)	5,05 (4,07 - 6,28)
SE Nord	1,06 (0,88 - 1,26)	6,60 (5,68 - 7,66)	6,25 (5,48 - 7,12)
SE Centre	1,27 (0,74 - 2,18)	8,32 (4,90 - 14,14)	6,55 (5,71 - 7,51)
SE Ouest (f)	0,80 (0,62 - 1,02)	4,37 (3,53 - 5,41)	5,49 (4,73 - 6,36)
SE Sud (d)	0,49 (0,29 - 0,82)	3,24 (1,96 - 5,33)	6,65 (5,53 - 8,00)
Centre	0,88 (0,67 - 1,15)	4,46 (3,43 - 5,81)	5,09 (4,06 - 6,39)
Assiniboine	0,80 (0,56 - 1,15)	5,08 (3,62 - 7,13)	6,31 (4,93 - 8,07)
Brandon	0,79 (0,44 - 1,41)	4,07 (2,42 - 6,87)	5,18 (3,68 - 7,29)
Entre-les-Lacs	1,13 (0,76 - 1,68)	6,54 (4,56 - 9,36)	5,80 (4,40 - 7,64)
Nord-Est	0,76 (0,53 - 1,10)	4,46 (3,17 - 6,26)	5,84 (4,52 - 7,55)
Parcs	0,79 (0,52 - 1,20)	4,72 (3,22 - 6,91)	5,95 (4,54 - 7,80)
Nor-Man	1,22 (0,68 - 2,18)	6,38 (3,89 - 10,48)	5,23 (3,61 - 7,58)
Burntwood	0,75 (0,39 - 1,46)	6,96 (3,85 - 12,57)	9,23 (6,40 - 13,32)
Winnipeg	1,01 (0,91 - 1,12)	6,41 (5,76 - 7,12)	6,33 (5,82 - 6,87)
Fort Garry	1,09 (0,78 - 1,54)	5,31 (3,87 - 7,28)	4,85 (3,77 - 6,25)
Assiniboine South	0,85 (0,46 - 1,57)	4,74 (2,66 - 8,45)	5,58 (4,14 - 7,51)
St. Boniface	0,93 (0,74 - 1,19)	4,77 (3,78 - 6,02)	5,11 (4,10 - 6,36)
St. Boniface Est	1,13 (0,90 - 1,41)	5,54 (4,55 - 6,73)	4,91 (4,29 - 5,63)
St. Boniface Ouest (d)	0,75 (0,65 - 0,87)	5,84 (5,15 - 6,63)	7,77 (7,00 - 8,62)
St. Vital	1,30 (0,99 - 1,69)	5,70 (4,43 - 7,34)	4,40 (3,49 - 5,54)
St. Vital Sud (f,d)	1,35 (1,09 - 1,68)	8,21 (6,85 - 9,84)	6,07 (5,27 - 6,99)
St. Vital Nord	1,02 (0,82 - 1,27)	5,99 (4,93 - 7,28)	5,88 (5,14 - 6,72)
Transcona	1,36 (0,82 - 2,25)	6,35 (4,12 - 9,78)	4,67 (3,33 - 6,55)
River Heights	1,13 (0,77 - 1,66)	6,16 (4,27 - 8,88)	5,44 (4,26 - 6,94)
River East	1,01 (0,69 - 1,49)	5,56 (3,86 - 8,02)	5,50 (4,29 - 7,05)
Seven Oaks	0,87 (0,44 - 1,72)	4,64 (2,55 - 8,43)	5,31 (3,63 - 7,78)
St. James Assiniboia	0,87 (0,54 - 1,40)	5,41 (3,49 - 8,37)	6,22 (4,69 - 8,25)
Inkster	0,99 (0,41 - 2,37)	8,00 (3,67 - 17,43)	8,07 (5,17 - 12,60)
Centre-ville	0,77 (0,53 - 1,14)	5,95 (4,19 - 8,45)	7,70 (5,90 - 10,05)
Point Douglas (f)	1,29 (0,80 - 2,09)	13,42 (8,80 - 20,48)	10,40 (7,58 - 14,27)
ORS du Sud-Ouest (d)	0,86 (0,73 - 1,00)	5,54 (4,78 - 6,42)	6,48 (5,90 - 7,12)
ORS de la partie centrale	0,86 (0,70 - 1,04)	5,90 (4,92 - 7,08)	6,89 (6,14 - 7,73)
ORS du Nord	1,00 (0,67 - 1,49)	7,57 (5,34 - 10,73)	7,54 (6,10 - 9,32)
Manitoba (d)	0,79 (0,64 - 0,98)	5,00 (4,05 - 6,18)	6,33 (6,18 - 6,48)
Normalisé par la méthode directe	0,96 (0,91 - 1,00)	8,60 (8,23 - 8,96)	8,99 (8,77 - 9,21)
Répondants aux enquêtes	1,02 (0,77 - 1,28)	7,60 (5,81 - 9,38)	7,42 (6,98 - 7,86)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 4.8.3 : Mortalité par blessure, 1999–2007 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges

Secteur	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,70 (0,42 - 1,18)	0,31 (0,19 - 0,52)	0,45 (0,32 - 0,61)
Winnipeg	1,08 (0,78 - 1,48)	0,37 (0,26 - 0,52)	0,36 (0,28 - 0,46)
St. Boniface	0,99 (0,58 - 1,69)	0,30 (0,18 - 0,49)	0,30 (0,21 - 0,44)
St. Vital	1,50 (0,77 - 2,91)	0,42 (0,24 - 0,75)	0,28 (0,18 - 0,44)
Winnipeg, autres	0,98 (0,60 - 1,59)	0,45 (0,28 - 0,73)	0,46 (0,34 - 0,62)
ORS du Sud-Ouest	0,66 (0,37 - 1,16)	0,33 (0,19 - 0,58)	0,51 (0,37 - 0,70)
ORS du Nord + partie centrale	0,52 (0,26 - 1,06)	0,30 (0,15 - 0,59)	0,58 (0,41 - 0,82)
Manitoba	0,79 (0,59 - 1,06)	0,34 (0,25 - 0,46)	0,43 (0,39 - 0,48)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 4.8.4 : Prévalence du suicide et des tentatives de suicide, 1999–2007 (années civiles)

Ajusté selon l'âge et le sexe, 10 ans et plus

Secteur	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	0,56 (0,35 - 0,92)	32,12 (19,83 - 52,03)	56,88 (45,79 - 70,64)
Winnipeg	0,91 (0,69 - 1,19)	51,54 (38,12 - 69,69)	59,63 (50,77 - 70,04)
St. Boniface (d)	0,59 (0,37 - 0,94)	39,59 (25,17 - 62,27)	67,31 (53,33 - 84,96)
St. Vital	1,78 (0,95 - 3,31)	56,93 (33,84 - 95,78)	32,04 (21,61 - 47,51)
Winnipeg, autres	0,93 (0,63 - 1,39)	68,51 (46,00 - 102,03)	73,39 (60,22 - 89,44)
ORS du Sud-Ouest	0,66 (0,39 - 1,12)	40,56 (24,44 - 67,30)	61,30 (48,13 - 78,09)
ORS du Nord + partie centrale (d)	0,52 (0,33 - 0,83)	81,76 (51,98 - 128,59)	155,93 (128,13 - 189,78)
Manitoba (d)	0,70 (0,57 - 0,85)	49,33 (40,61 - 59,92)	70,85 (64,78 - 76,92)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 5 : Prévalence des maladies physiques

Indicateurs dans ce chapitre :

- 5.1 Hypertension
- 5.2 Cardiopathie ischémique
- 5.3 Infarctus aigu du myocarde
- 5.4 Accident vasculaire cérébral (AVC)
- 5.5 Diabète sucré
- 5.6 Initiation de la dialyse
- 5.7 Maladie respiratoire
- 5.8 Arthrite
- 5.9 Ostéoporose
- 5.10 Comparaison des taux entre les échantillons
- 5.11 Constatations de l'analyse documentaire
- 5.12 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, les maladies physiques affectant la cohorte francophone du Manitoba sont similaires à celles affectant le groupe témoin formé d'autres Manitobains, mais son taux d'hypertension est inférieur à l'échelle provinciale.
- Des variations régionales sont observées pour l'ensemble des indicateurs.
- Certaines variations relatives aux maladies chez les francophones sont observées, tout dépendant de la région où ils vivent.
- Les taux de diabète semblent similaires d'un groupe à l'autre. Cependant, lorsque des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie sont pris en compte, le fait d'être francophone semble être associé à des taux de diabète moins élevés.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 5.0 : Sommaire des indicateurs de maladies physiques comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Prévalence d'hypertension		
Manitoba (d)	↓	
Brandon (f)		↑
Nord-Est (f)		↑
Nor-Man (d)	↓	
ORS de la partie centrale (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	
Répondants aux enquêtes (d)	↓	
Prévalence d'arthrite		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Sud (d)	↓	
Inkster (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Prévalence de morbidité respiratoire totale		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f,d)	↓	↓
Parcs (d)	↓	
Winnipeg (d)	↓	
St. Boniface (d)	↓	
St. Boniface Est (d)	↓	
St. Vital (d)	↓	
St. Vital Sud (d)	↓	
Centre-ville (d)	↓	
Point Douglas (f)		↑
Prévalence de diabète		
Manitoba		
Entre-les-Lacs (f)		↑
Nord-Est (d)	↓	
Parcs (d)	↓	
St. Boniface (d)	↓	
St. Boniface Ouest (d)	↑	
ORS de la partie centrale (d)	↓	
Prévalence de cardiopathie ischémique		
Manitoba		
Entre-les-Lacs (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Prévalence d'ostéoporose		
Manitoba		
ORS du Nord (d)	↓	
Infarctus aigu du myocarde		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
Ouest (d)	↑	
Incidence de décès ou d'hospitalisation dû à un accident vasculaire cérébral (AVC)		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Nord (f,d)	↑	↑
SE Centre (f,d)	↑	↑
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

5.1 Hypertension

L'hypertension est ce qu'on appelle communément la « haute pression ». C'est un problème de santé majeur qui ne présente souvent aucun symptôme. Si on ne la traite pas, l'hypertension peut causer une **crise cardiaque**, un **accident vasculaire cérébral (AVC)**, une hypertrophie du cœur ou des dommages aux reins.

La définition d'hypertension s'applique à la proportion de résidents de 19 ans et plus qui, au cours d'une période d'un an, ont reçu un diagnostic d'hypertension :

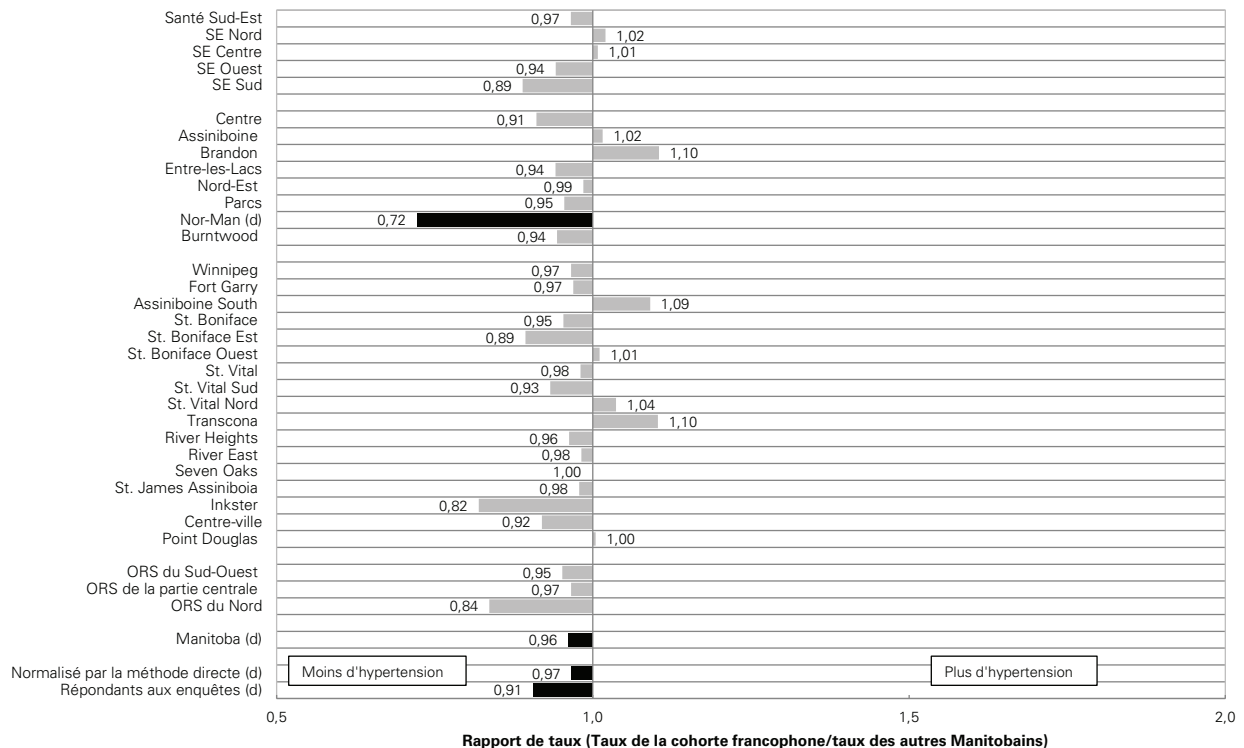
- soit après au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation;
- soit après s'être faits prescrire des médicaments pour l'hypertension à au moins deux reprises (Annexe 1).

Les valeurs ont été calculées sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.1.1 : Hypertension — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'hypertension de la cohorte francophone est légèrement inférieur à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,96).
- Bien que cette tendance soit observée au sein de la cohorte francophone dans la plupart des régions, ce n'est que dans la région de Nor-Man (rapport de taux : 0,72) que la différence est significative.
- Les taux d'hypertension des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux des ORS de la région centrale, de l'ORS de Brandon et de l'ORS du Nord-Est, dont les taux sont plus élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.1).

Tableau 5.1.1 : Régression logistique prévoyant la probabilité d'hypertension

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,79 (0,64 - 0,97)
Âge	1,07 (1,07 - 1,08)
Hommes (vs femmes)	0,93 (0,82 - 1,05)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,89 (0,78 - 1,02)
Partie centrale	1,08 (0,93 - 1,24)
Nord	0,94 (0,76 - 1,16)
Brandon	0,85 (0,68 - 1,06)

 Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.1.2 : Régression logistique prévoyant la probabilité d'hypertension

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,82 (0,81 - 0,83)	<0,0001
Âge	1,07 (1,07 - 1,07)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	0,92 (0,91 - 0,93)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	0,80 (0,79 - 0,81)	<0,0001
Partie centrale	0,94 (0,92 - 0,95)	<0,0001
Nord	0,71 (0,70 - 0,72)	<0,0001
Brandon	0,79 (0,78 - 0,80)	<0,0001
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	1,14 (1,13 - 1,16)	<0,0001
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,00 (1,00 - 1,00)	0,0013
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,90 (0,89 - 0,91)	<0,0001
Occupe un emploi (vs non)	0,86 (0,85 - 0,87)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	1,10 (1,05 - 1,16)	0,0014
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,84 (0,83 - 0,85)	<0,0001
Usage du tabac (vs non)	0,90 (0,84 - 0,97)	0,0085
Indice de masse corporelle	1,08 (1,08 - 1,09)	<0,0001
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,98 (0,96 - 1,00)	0,0257
Modérément actif	1,05 (1,03 - 1,06)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	0,95 (0,87 - 1,04)	0,2113

 Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les tableaux ci-dessus rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et l'hypertension est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base (rapport de cotes : 0,79) vont dans le même sens que les résultats de l'analyse initiale (rapport de taux : 0,96), à savoir que les taux d'hypertension des francophones sont moins élevés que ceux des autres Manitobains. Les différences semblent être plus prononcées dans l'échantillon d'enquêtes. Cependant, les différences entre les échantillons ne sont pas statistiquement significatives, donc dues au hasard (consulter le glossaire sous Analyse statistique).

Dans le modèle complet, lorsqu'on intègre les facteurs supplémentaires, le fait d'être francophone est toujours associé à des taux d'hypertension moins élevés, avec cependant une association légèrement atténuée (rapport de cotes : 0,82). Cela laisse entendre que les différences au chapitre des taux d'hypertension entre les francophones et les autres Manitobains s'expliquent en partie, mais non en totalité, par des différences touchant les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie dans les deux groupes.

5.2 Cardiopathie ischémique

La **cardiopathie ischémique** désigne les problèmes cardiaques causés par le rétrécissement des artères coronaires. Elle est connue aussi sous le nom de coronaropathie et d'insuffisance coronaire. Elle peut éventuellement mener à une crise cardiaque.

La définition de cardiopathie ischémique s'applique à la proportion de résidents de 19 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), ont reçu un diagnostic de cardiopathie ischémique :

- soit après au moins deux visites chez le médecin ou une hospitalisation;
- soit après au moins une visite chez le médecin avec un code établi (Annexe 1) ou après s'être fait prescrire des médicaments pour une cardiopathie ischémique à au moins deux reprises.

Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de cardiopathie ischémique entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,92).⁴ On constate toutefois

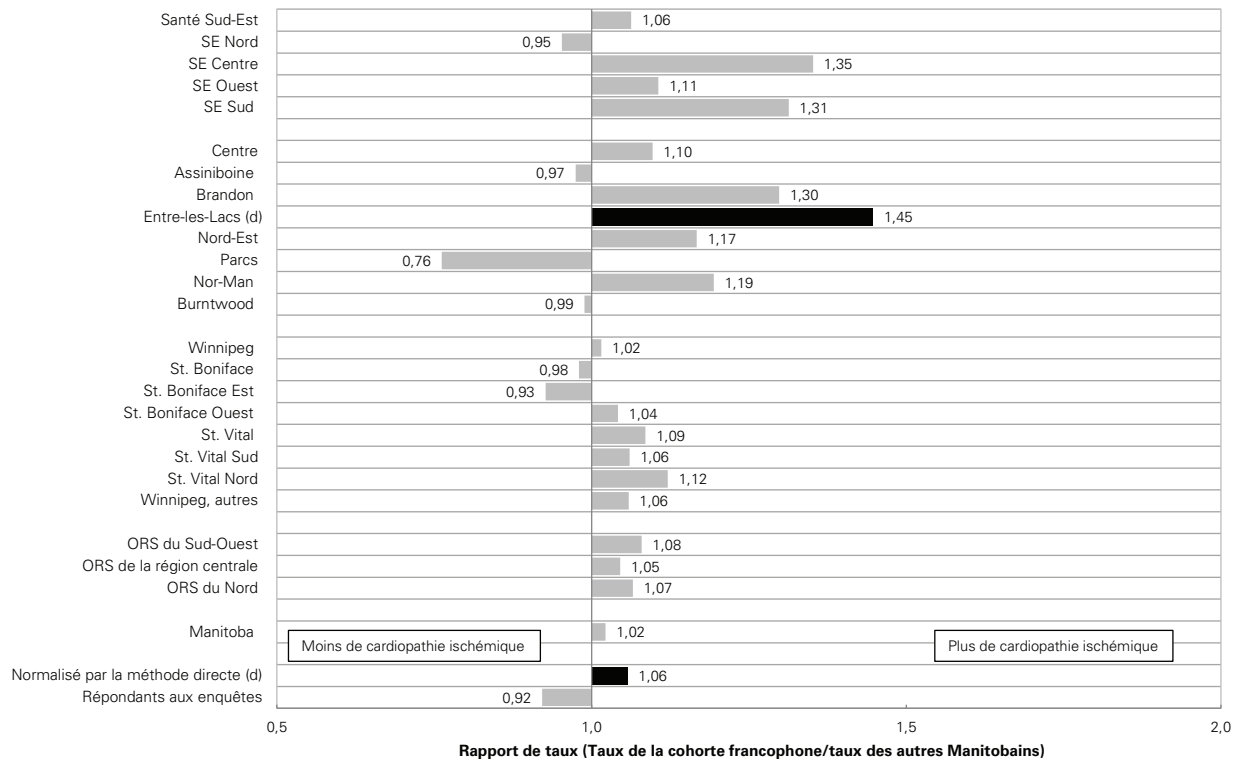
4 Il convient de noter qu'une fois normalisé par la méthode directe afin de permettre la comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, le rapport de taux du groupe témoin était statistiquement significatif. La normalisation par la méthode directe donne le taux auquel nous devrions nous attendre si la répartition selon l'âge et le sexe de notre échantillon était la même que la population du Manitoba. Comme notre groupe témoin est plus jeune, plus de poids est accordé aux taux des répondants plus âgés lorsque nous normalisons par la méthode directe. Au chapitre 17, nous observons que les francophones plus âgés tendent à être en moins bonne santé que leur groupe témoin. Cela pourrait expliquer pourquoi nous percevons un rapport de taux légèrement différent entre les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

des différences significatives dans la région d'Entre-les-Lacs, où le taux de cardiopathie ischémique des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,45).

- Les taux de cardiopathie ischémique des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.2).

Figure 5.2.1 : Cardiopathie ischémique — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

5.3 Infarctus aigu du myocarde

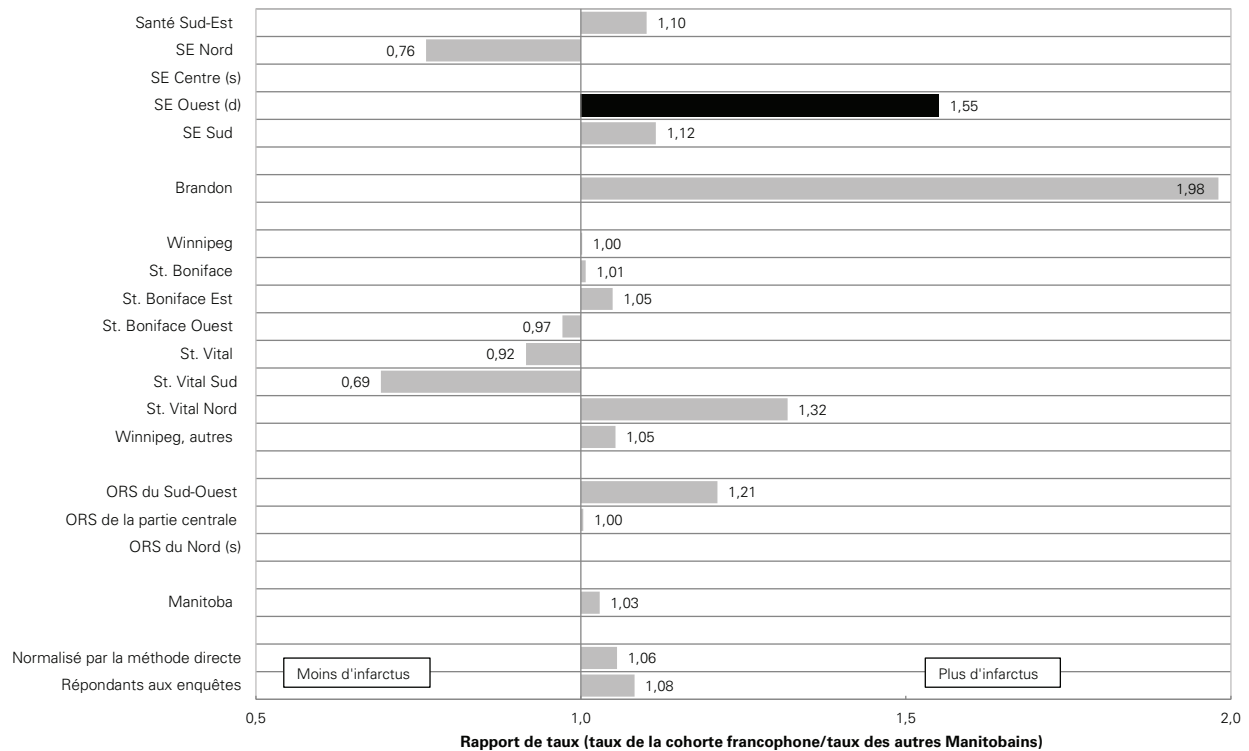
Appelé aussi crise cardiaque, l'**infarctus aigu du myocarde** se produit lorsque le muscle du cœur (le myocarde) est privé soudainement (de façon aiguë) de sang. Cette interruption du débit sanguin est habituellement causée par un rétrécissement des artères coronaires, ce qui favorise la formation d'un caillot sanguin.

La définition d'infarctus aigu du myocarde s'applique aux taux d'hospitalisation ou de décès dus à un infarctus aigu du myocarde parmi les résidents de 40 ans et plus et qui est considéré, selon le « diagnostic principal inscrit », comme cause d'hospitalisation ou de décès dans les statistiques de l'état civil. Les taux ont été calculés sur une période de neuf ans (1999–2000 à 2007–2008), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.3.1 : Infarctus aigu du myocarde — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2000 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

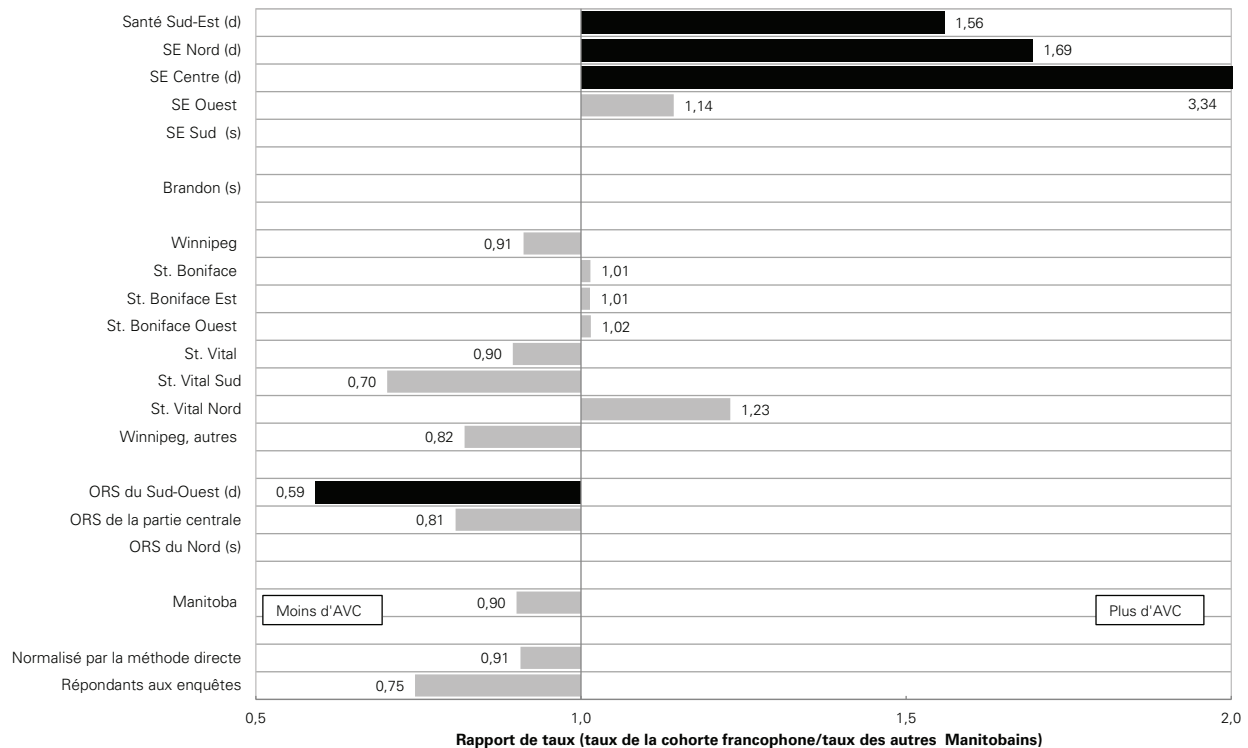
- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'infarctus aigu du myocarde entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,03), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,08).
- On constate toutefois des différences significatives dans le district Ouest de Santé Sud-Est, où la cohorte francophone a un taux d'infarctus aigu du myocarde plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,55).
- Les taux d'infarctus aigu du myocarde des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.3).

5.4 Accident vasculaire cérébral (AVC)

Un accident vasculaire cérébral (AVC) se produit lorsque l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau sanguin empêche la circulation du sang vers le cerveau et provoque la mort subite des cellules nerveuses qui sont alors privées d'oxygène. La définition d'accident vasculaire cérébral s'applique aux taux d'hospitalisation ou de décès dus à un accident vasculaire cérébral parmi les résidents de 40 ans et plus et qui est considéré, selon le « diagnostic principal inscrit » comme cause d'hospitalisation ou de décès dans les statistiques de l'état civil (Annexe 1). Les taux ont été calculés sur une période de neuf ans (1999–2000 à 2007–2008), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.4.1 : Accident vasculaire cérébral (AVC) — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 1999–2000 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'accident vasculaire cérébral entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,90), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,75)⁵.
- On constate toutefois des différences significatives dans les ORS du Sud-Ouest (Brandon, Centre et Assiniboine), où le taux d'accident vasculaire cérébral des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,59), et à Santé Sud-Est, où ce taux est plus élevé chez les francophones (rapport de taux : 1,56).
- Les taux d'accident vasculaire cérébral des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux de deux districts de Santé Sud-Est (Nord et Sud), dont les taux sont plus élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.4).

5 Cet échantillon est formé de très peu de répondants, en raison des taux très faibles d'accident vasculaire cérébral (AVC). Ceci explique la variation (écart considérable) dans les taux des divers échantillons.

5.5 Diabète sucré

Le **diabète sucré** est une affection chronique due à l'arrêt de la production d'une quantité suffisante d'insuline par le pancréas (diabète de type 1) ou aux cellules qui cessent de réagir à l'insuline qui est produite (diabète de type 2), empêchant ainsi les cellules du corps d'absorber le glucose dans le sang. La définition de diabète s'applique à la proportion de résidents de 19 ans et plus qui, au cours d'une période de trois ans, ont reçu un diagnostic de diabète :

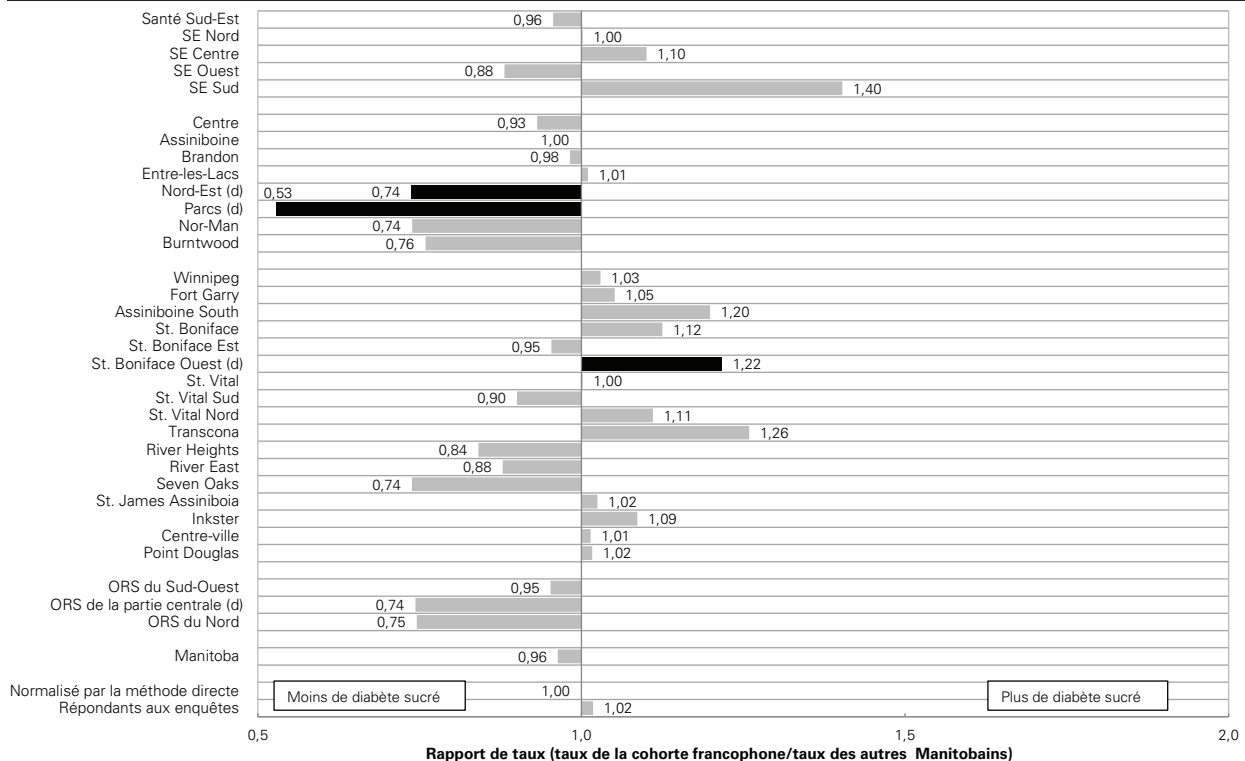
- soit après au moins deux visites chez le médecin ou une hospitalisation avec un diagnostic de diabète;
- soit après s'être faits prescrire des médicaments pour le diabète à au moins une reprise (Annexe 1).

Le **diabète gestationnel** n'est pas inclus dans notre définition. Les taux ont été calculés sur une période de trois ans (2006–2007 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.5.1 : Diabète sucré — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2006–2007 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de diabète entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,96), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,02). Cependant, les analyses rapportées dans le tableau qui suit donnent à penser qu'il existe un lien entre le fait d'être francophone et le diabète.

- On constate certaines différences significatives dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 0,74), en particulier dans l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 0,74) et l'ORS des Parcs (rapport de taux : 0,53), où les taux de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 1,22), où le taux de diabète de la cohorte francophone est plus élevé.
- Les taux de diabète des francophones de toutes les régions sont similaires au taux provincial des francophones, à l'exception de ceux de la région d'Entre-les-Lacs, dont le taux est plus élevé que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.5).
- Les taux de diabète semblent similaires d'un groupe à l'autre. Cependant, lorsque des facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie sont pris en compte, le fait d'être francophone semble être associé à des taux de diabète moins élevés.

Tableau 5.5.1 : Régression logistique du risque de diabète

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,916 (0,688 - 1,220)
Âge	1,047 (1,043 - 1,051)
Hommes (vs femmes)	1,441 (1,228 - 1,692)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	0,888 (0,753 - 1,048)
Sud-Ouest	0,888 (0,753 - 1,048)
Partie centrale	0,999 (0,818 - 1,218)
Nord	1,177 (0,929 - 1,492)
Brandon	1,022 (0,765 - 1,365)

 Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.5.2 : Régression logistique du risque de diabète

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,805 (0,788 - 0,822)	<0,0001
Âge	1,041 (1,040 - 1,042)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	1,655 (1,631 - 1,679)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	0,757 (0,746 - 0,767)	<0,0001
Partie centrale	0,871 (0,859 - 0,883)	<0,0001
Nord	0,928 (0,901 - 0,954)	<0,0001
Brandon	1,062 (1,040 - 1,085)	<0,0001
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	1,093 (1,067 - 1,121)	<0,0001
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	0,997 (0,996 - 0,998)	0,0002
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,965 (0,945 - 0,986)	0,0031
Occupe un emploi (vs non)	0,693 (0,679 - 0,708)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	1,002 (0,936 - 1,073)	0,9363
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,648 (0,632 - 0,665)	<0,0001
Usage du tabac (vs non)	1,111 (0,952 - 1,298)	0,1558
Indice de masse corporelle	1,125 (1,124 - 1,126)	<0,0001
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,826 (0,804 - 0,849)	<0,0001
Modérément actif	0,898 (0,883 - 0,913)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	1,123 (0,975 - 1,294)	0,0939

 Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les tableaux ci-dessus rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et le diabète est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base vont de pair avec les résultats de l'analyse initiale, à savoir que les taux de diabète des francophones sont similaires à ceux des autres Manitobains (rapport de cotes : 0,92).

Dans le modèle complet, lorsqu'on intègre les facteurs supplémentaires, le fait d'être francophone est associé à des taux de diabète moins élevés (rapport de cotes : 0,81). Comme on le sait pertinemment à la lumière des études précédentes, les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie jouent un rôle important dans l'étiologie du diabète. Lorsque ces facteurs sont maintenus constants pour les francophones et les autres Manitobains, les taux de diabète des francophones semblent moins élevés. Cela laisse entendre que le fait d'être francophone, ou d'avoir d'autres caractéristiques associées au fait d'être francophone, est associé à des taux de diabète moins élevés.

5.6 Initiation à la dialyse

La **dialyse** est un traitement à l'intention des personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique. Ce traitement permet de nettoyer le sang et d'enlever les impuretés et l'excès d'eau du corps. La définition d'initiation à la dialyse s'applique à au moins une visite chez le médecin se rapportant à l'un ou plusieurs codes tarifaires donnés (liste figurant à l'Annexe 1).

Dans cette étude, les taux d'initiation à la dialyse pour les résidents de 19 ans et plus ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

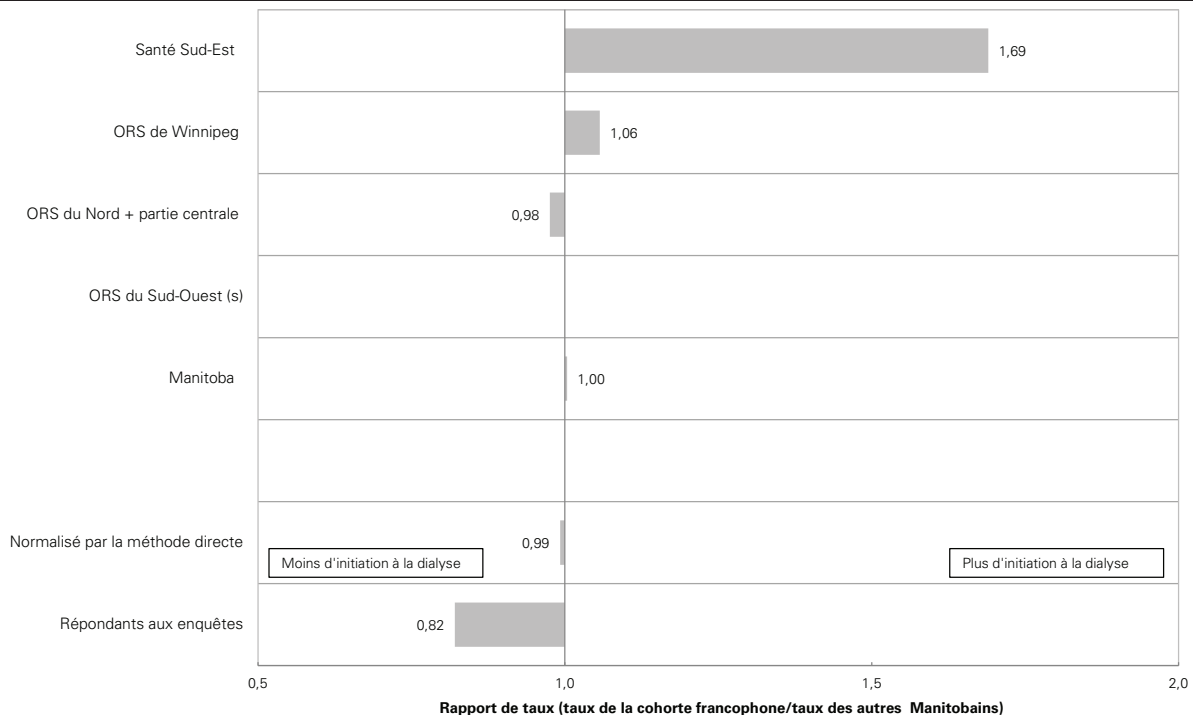
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'initiation à la dialyse entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,00), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,82).
- Les taux d'initiation à la dialyse des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale.

Figure 5.6.1 : Initiation à la dialyse — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

5.7 Morbidité respiratoire totale

La **morbidité respiratoire totale** est une mesure du fardeau que représentent tous les types de maladies respiratoires au sein de la population. La définition de morbidité respiratoire totale s'applique à la proportion de résidents (de tout âge) ayant reçu un diagnostic d'une des maladies respiratoires qui suivent ayant entraîné au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation sur une période d'un an : **asthme**, **bronchite** aiguë, bronchite chronique, bronchite non précisée comme aiguë ou chronique, **emphysème** ou obstruction chronique des voies respiratoires. Ces diagnostics combinés sont utilisés afin de surmonter les problèmes soulevés par les différents diagnostics qui sont donnés pour décrire la même maladie sous-jacente (p. ex., asthme ou bronchite chronique). Les taux ont été calculés sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

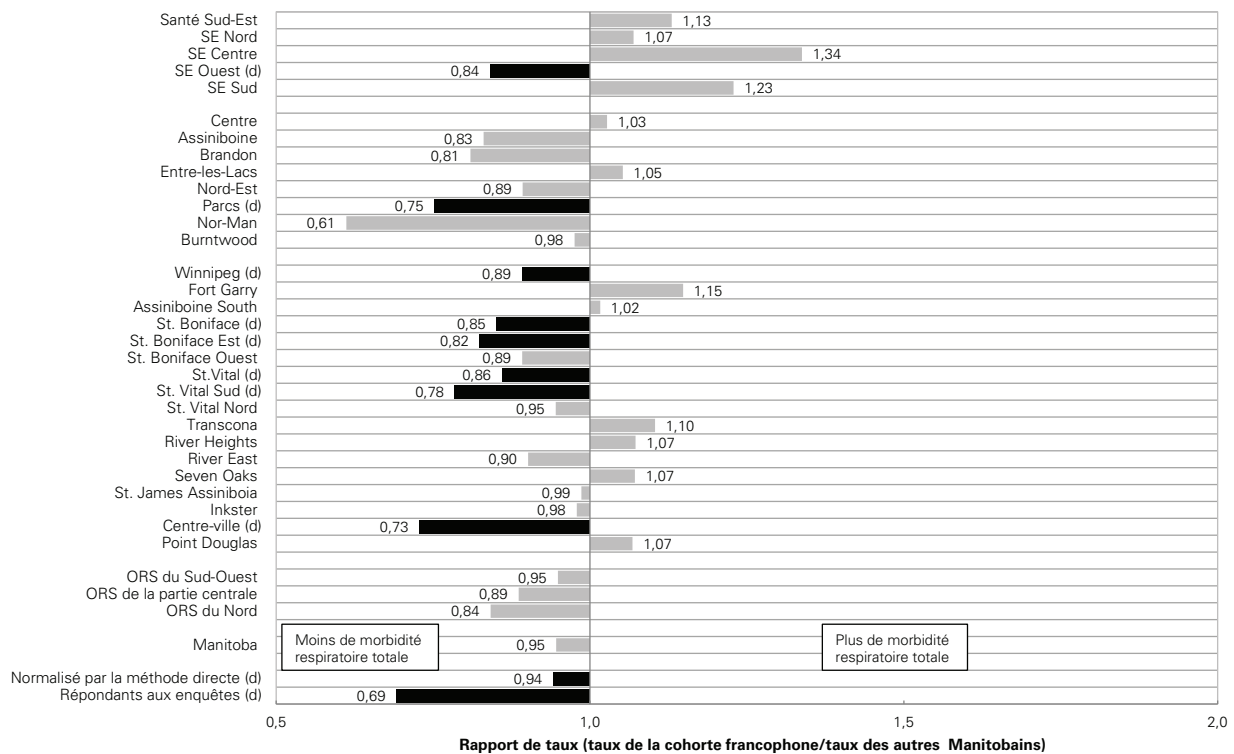
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de morbidité respiratoire totale entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,95), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,69)⁶.

6 L'échantillon d'enquête est formé de peu de répondants, d'où la variation (écart considérable) dans les taux des divers échantillons.

Figure 5.7.1 : Morbidité respiratoire totale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

- Dans bien des régions, les taux de morbidité respiratoire totale de la cohorte francophone sont nettement moins élevés, notamment dans le district Ouest de Santé Sud–Est (rapport de taux : 0,84), à l'ORS des Parcs (0,75), à l'ORS de Winnipeg (0,89), à Saint–Boniface (0,85), à Saint–Vital (0,86) et au centre–ville (0,73).
- Les taux de morbidité respiratoire totale des francophones de toutes les régions sont similaires au taux provincial des francophones, à l'exception de ceux du district Ouest de Santé Sud–Est, dont le taux est moins élevé que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Point Douglas, dont le taux est plus élevé (Tableau 5.12.7).

5.8 Arthrite

L'**arthrite** est un ensemble de troubles qui affectent la santé des articulations du corps. La définition d'arthrite s'applique à la proportion de résidents de 19 ans et plus qui, au cours d'une période de deux ans, ont reçu un diagnostic d'arthrite (**polyarthrite rhumatoïde** ou ostéo–arthrite) :

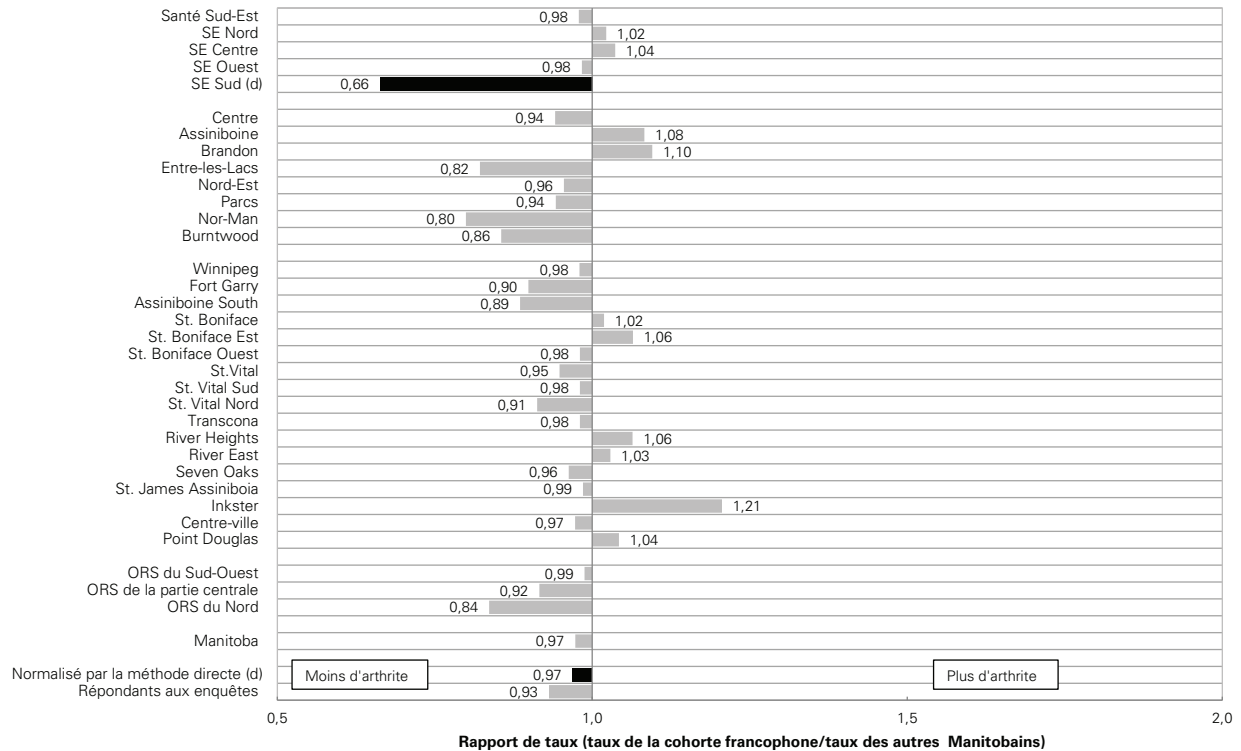
- soit après au moins deux visites chez le médecin ou une hospitalisation (Annexe 1);
- soit après une visite chez le médecin ou après s'être faits prescrire des médicaments pour l'arthrite à au moins deux reprises (Annexe 1).

Les taux ont été calculés sur une période de deux ans (2007–2008 et 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.8.1 : Arthrite — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'arthrite entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,97)⁷, ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,93).
- On constate une différence significative dans le district Sud de Santé Sud–Est, où le taux d'arthrite de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,66).
- Les taux d'arthrite des francophones de toutes les régions sont similaires au taux provincial des francophones, à l'exception de ceux d'Inkster et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés que les taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.8).

7 Il convient de noter que lorsque le rapport de taux du groupe témoin est normalisé par la méthode directe afin de permettre une comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, une différence significative ressort. Cela pourrait être dû aux différences dans les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

5.9 Ostéoporose

L'**ostéoporose** est une maladie qui entraîne une réduction de la densité osseuse, ce qui rend les os plus vulnérables aux fractures. La définition d'ostéoporose s'applique à la proportion de résidents de 50 ans et plus qui, au cours d'une période de trois ans, ont reçu un diagnostic d'ostéoporose :

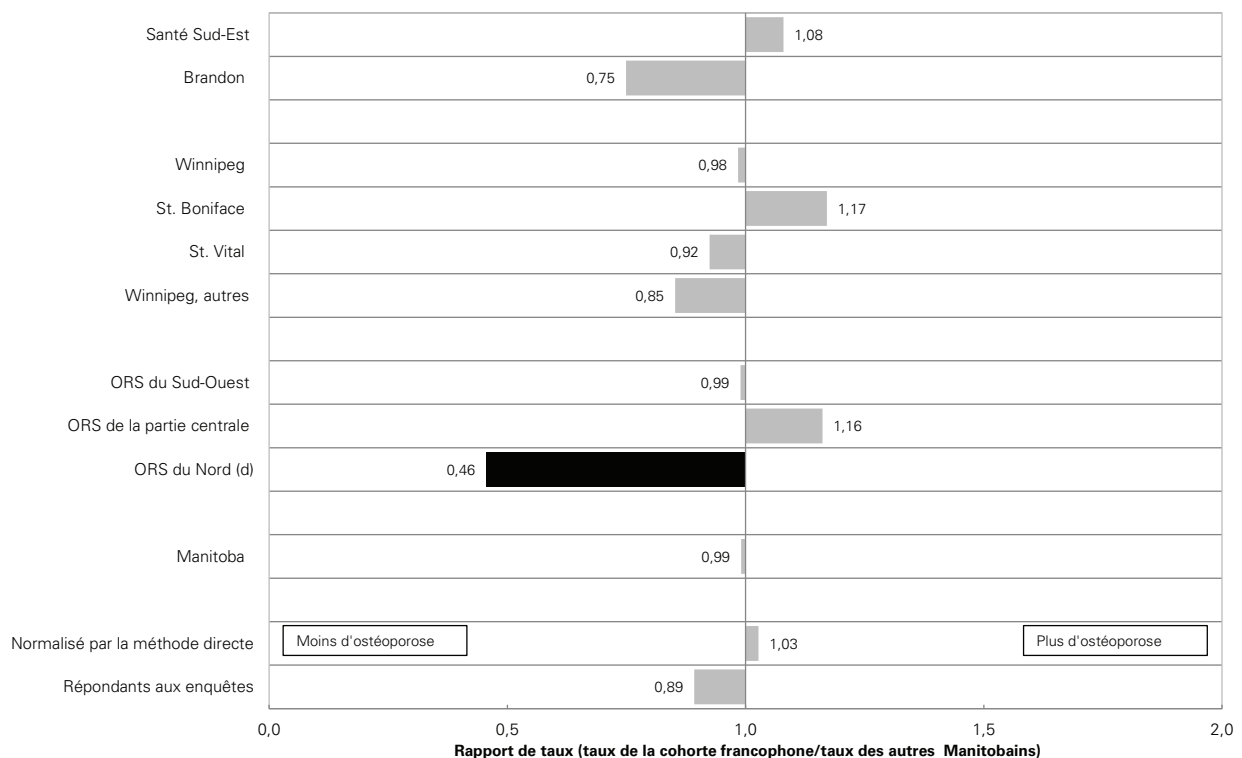
- soit après au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation à la suite d'un des diagnostics suivants : ostéoporose, fracture à la hanche, fracture des vertèbres, fracture de l'humérus, fracture du poignet (radius, cubitus et os du carpe);
- après s'être faits prescrire des médicaments pour traiter l'ostéoporose à au moins une reprise (Annexe 1).

Les taux ont été calculés sur une période de trois ans (2006–2007 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 5.9.1 : Ostéoporose — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 50 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'ostéoporose entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,99), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,89).

- On constate cependant certaines différences significatives dans les ORS du Nord, où le taux d'ostéoporose de la cohorte francophone est moins élevés que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,46).
- Les taux d'ostéoporose des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 5.12.9).

5.10 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles. Il convient de noter qu'il y a moins de différences apparentes entre les rapports de taux d'indicateurs communs, comme l'hypertension et l'arthrite, que d'indicateurs moins communs, comme l'initiation à la dialyse et l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Tableau 5.10.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Hypertension	2008-2009	23,15%	23,94%	0,97 (d)	22,86%	25,24%	0,91 (d)
Arthrite	2007-2008 et 2008-2009	18,32%	18,91%	0,97 (d)	17,64%	18,94%	0,93
Maladie respiratoire	2008-2009	8,93%	9,48%	0,94 (d)	8,78%	12,69%	0,69 (d)
Diabète	2006-2007 à 2008-2009	8,54%	8,55%	1,00	8,31%	8,17%	1,02
Cardiopathie ischémique	2004-2005 à 2008-2009	8,89%	8,41%	1,06 (d)	7,20%	7,81%	0,92
Ostéoporose	2006-2007 à 2008-2009	11,48%	11,18%	1,03	10,13%	11,36%	0,89
Initiation à la dialyse	2004-2005 à 2008-2009	0,29%	0,29%	0,99	0,23%	0,28%	0,82
Infarctus aigu du myocarde (taux par 1 000 années-pers.)	1999-2000 à 2007-2008	4,21	3,98	1,06	4,25	3,93	1,08
Accident vasculaire cérébral (taux par 1 000 années-pers.)	1999-2000 à 2007-2008	3,01	3,32	0,91	2,12	2,85	0,75

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source : Manitoba Centre for Health Policy, 2012

5.11 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

Hypertension

- Joffres et MacLean ont constaté qu'au Québec, la prévalence de l'hypertension chez les hommes était beaucoup moins élevée (19 %) que dans les autres provinces (23 %) (1999).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a rapporté des taux d'hypertension légèrement plus élevés chez les francophones (francophones : 11,2 %; ensemble de l'Ontario : 10,1 %; anglophones : 9,5 % (2010).

- *Dans la présente étude, les taux d'hypertension de la cohorte francophone sont légèrement moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,96). Nous avons analysé de nouveau ces résultats auprès d'un échantillon plus petit à l'aide de données d'enquête représentatives qui prenaient en compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie. La relation entre le fait d'être francophone et un taux d'hypertension moins élevé demeure statistiquement significative, mais l'ajout de ces facteurs en atténue l'effet.*

Diabète

- Après avoir examiné 588 dossiers pédiatriques provenant de 12 hôpitaux de Montréal, Collège, Siemiatycki, West, Crepeau, Poirier et Wilkins ont observé que l'incidence de diabète insulino-dépendant était moins élevée chez les enfants canadiens-français que chez les autres enfants. Lorsqu'on tenait compte de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux, aucune différence n'a toutefois été notée entre les Canadiens-Français et les autres groupes (1981).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS n'a rapporté aucune différence entre les taux de diabète des francophones (3,4 %), des anglophones (3,1 %) et de l'ensemble de l'Ontario (3,2 %) (2010).
- *Dans la présente étude, il n'y a pas de différence à l'échelle provinciale dans les taux de diabète entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,96), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,02). Nous avons analysé de nouveau ces résultats auprès d'un échantillon plus petit à l'aide de données d'enquêtes représentatives qui prenaient en compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie. La relation entre le fait d'être francophone et le diabète s'est alors accentuée après l'ajout de ces facteurs, les taux des francophones devenant alors statistiquement inférieurs à ceux des autres Manitobains.*
- *Lorsque les taux sont examinés par cohorte de naissance (chapitre 17), les taux de diabète des francophones d'âge moyen et plus jeunes sont moins élevés comparativement à ceux des autres Manitobains. Chez les francophones et les autres Manitobains plus âgés, on observe des taux similaires.*

Maladie cardiovasculaire

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a constaté que même si les francophones semblaient avoir des taux de maladie cardiovasculaire plus élevés, ces taux n'étaient pas statistiquement significatifs (francophones : 5,4 %; ensemble de l'Ontario : 4,2 %; anglophones : 4,1 %) (2010).
- Au Québec, Joffres et MacLean ont rapporté un taux d'infarctus du myocarde plus élevé que dans les autres provinces. Ils ont établi que cela allait de pair avec des taux d'usage du tabac plus élevés et une prévalence de dyslipidémie plus élevée. La prévalence de dyslipidémie était de 48 % au Québec et de 43 % dans les autres provinces (1999).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est observée dans les taux de cardiopathie ischémique (rapport de taux : 1,02) et d'infarctus aigu du myocarde (rapport de taux : 1,03) entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Il convient de noter qu'au Manitoba, les taux d'usage du tabac chez les francophones et les autres Manitobains sont similaires.*

Taux d'accident vasculaire cérébral (AVC)

- Dans les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), les taux d'accident vasculaire cérébral des francophones et des anglophones sont similaires (francophones : 1,1 %, un pourcentage à interpréter toutefois avec prudence; ensemble de l'Ontario : 1,0 %; anglophones : 1,0 %) (IRSS, 2010).
- Joffres et MacLean ont rapporté qu'il y avait moins de maladies cérébrovasculaires au Québec que dans les autres provinces (1999).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'accident vasculaire cérébral de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,90).*

5.12 Tableaux supplémentaires

Tableau 5.12.1 : Hypertension, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,97 (0,90 - 1,04)	19,27 (17,98 - 20,66)	19,96 (19,09 - 20,88)
SE Nord	1,02 (0,92 - 1,13)	19,86 (18,08 - 21,81)	19,47 (18,21 - 20,82)
SE Centre	1,01 (0,77 - 1,32)	20,45 (15,78 - 26,49)	20,28 (18,73 - 21,96)
SE Ouest	0,94 (0,83 - 1,06)	18,32 (16,51 - 20,33)	19,46 (18,06 - 20,98)
SE Sud	0,89 (0,68 - 1,16)	20,16 (15,78 - 25,76)	22,68 (20,33 - 25,30)
Centre	0,91 (0,82 - 1,01)	18,49 (16,86 - 20,28)	20,31 (19,22 - 21,46)
Assiniboine	1,02 (0,87 - 1,19)	21,37 (18,55 - 24,63)	21,04 (19,38 - 22,85)
Brandon (f)	1,10 (0,87 - 1,41)	26,40 (21,45 - 32,49)	23,90 (20,99 - 27,21)
Entre-les-Lacs	0,94 (0,78 - 1,13)	21,18 (17,96 - 24,99)	22,52 (20,50 - 24,73)
Nord-Est (f)	0,99 (0,85 - 1,14)	24,07 (21,11 - 27,43)	24,43 (22,60 - 26,41)
Parcs	0,95 (0,80 - 1,14)	22,62 (19,32 - 26,49)	23,69 (21,63 - 25,95)
Nor-Man (d)	0,72 (0,53 - 0,98)	19,12 (14,53 - 25,15)	26,48 (22,96 - 30,53)
Burntwood	0,94 (0,70 - 1,28)	23,51 (18,04 - 30,63)	24,92 (21,35 - 29,08)
Winnipeg	0,97 (0,91 - 1,02)	19,18 (18,12 - 20,30)	19,86 (19,06 - 20,70)
Fort Garry	0,97 (0,83 - 1,14)	18,67 (16,16 - 21,57)	19,26 (17,75 - 20,90)
Assiniboine South	1,09 (0,80 - 1,49)	20,37 (15,36 - 27,02)	18,68 (16,19 - 21,55)
St. Boniface	0,95 (0,89 - 1,03)	18,22 (17,02 - 19,50)	19,10 (18,22 - 20,03)
St. Boniface Est	0,89 (0,80 - 1,00)	17,95 (16,18 - 19,92)	20,10 (18,85 - 21,43)
St. Boniface Ouest	1,01 (0,92 - 1,11)	18,34 (16,86 - 19,96)	18,15 (17,01 - 19,37)
St. Vital	0,98 (0,89 - 1,08)	19,60 (17,95 - 21,40)	19,99 (18,91 - 21,12)
St. Vital Sud	0,93 (0,82 - 1,07)	18,69 (16,58 - 21,09)	20,04 (18,61 - 21,59)
St. Vital Nord	1,04 (0,90 - 1,19)	20,62 (18,26 - 23,29)	19,89 (18,40 - 21,50)
Transcona	1,10 (0,86 - 1,42)	22,13 (17,79 - 27,53)	20,07 (17,63 - 22,85)
River Heights	0,96 (0,77 - 1,20)	17,76 (14,35 - 21,98)	18,45 (17,06 - 19,96)
River East	0,98 (0,82 - 1,17)	20,88 (17,73 - 24,59)	21,27 (19,68 - 22,97)
Seven Oaks	1,00 (0,74 - 1,35)	22,93 (17,68 - 29,73)	22,94 (19,70 - 26,71)
St. James Assiniboia	0,98 (0,77 - 1,24)	20,44 (16,52 - 25,30)	20,89 (18,65 - 23,40)
Inkster	0,82 (0,53 - 1,27)	20,48 (13,81 - 30,36)	24,98 (20,41 - 30,59)
Centre-ville	0,92 (0,75 - 1,13)	21,17 (17,68 - 25,35)	23,02 (20,78 - 25,51)
Point Douglas	1,00 (0,74 - 1,36)	24,74 (18,99 - 32,23)	24,63 (21,21 - 28,59)
ORS du Sud-Ouest	0,95 (0,87 - 1,04)	19,78 (18,26 - 21,43)	20,78 (19,73 - 21,89)
ORS de la partie centrale (f)	0,97 (0,87 - 1,07)	22,84 (20,79 - 25,08)	23,65 (22,29 - 25,10)
ORS du Nord	0,84 (0,67 - 1,04)	21,56 (17,81 - 26,10)	25,78 (23,13 - 28,74)
Manitoba (d)	0,96 (0,92 - 1,00)	19,66 (18,91 - 20,44)	20,46 (20,17 - 20,74)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,97 (0,94 - 0,99)	23,15 (22,64 - 23,65)	23,94 (23,64 - 24,24)
Répondants aux enquêtes (d)	0,91 (0,82 - 0,99)	22,86 (20,75 - 24,97)	25,24 (24,55 - 25,92)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.2 : Cardiopathie ischémique, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,06 (0,90 - 1,25)	6,26 (5,36 - 7,31)	5,89 (5,20 - 6,67)
SE Nord	0,95 (0,76 - 1,19)	5,79 (4,74 - 7,06)	6,07 (5,17 - 7,13)
SE Centre	1,35 (0,77 - 2,37)	7,87 (4,58 - 13,51)	5,82 (4,80 - 7,05)
SE Ouest	1,11 (0,87 - 1,41)	6,55 (5,32 - 8,07)	5,92 (4,99 - 7,03)
SE Sud	1,31 (0,84 - 2,05)	7,44 (5,01 - 11,03)	5,66 (4,46 - 7,20)
Centre	1,10 (0,89 - 1,35)	6,28 (5,21 - 7,58)	5,73 (4,99 - 6,58)
Assiniboine	0,97 (0,70 - 1,36)	5,17 (3,83 - 6,99)	5,31 (4,43 - 6,35)
Brandon	1,30 (0,80 - 2,11)	7,96 (5,30 - 11,96)	6,13 (4,61 - 8,15)
Entre-les-Lacs (d)	1,45 (1,04 - 2,01)	8,85 (6,69 - 11,72)	6,12 (4,99 - 7,50)
Nord-Est	1,17 (0,88 - 1,54)	8,18 (6,41 - 10,44)	7,01 (5,89 - 8,33)
Parcs	0,76 (0,56 - 1,04)	8,21 (6,18 - 10,91)	10,78 (9,07 - 12,82)
Nor-Man	1,19 (0,69 - 2,06)	7,18 (4,51 - 11,43)	6,02 (4,44 - 8,15)
Burntwood	0,99 (0,57 - 1,70)	8,44 (5,29 - 13,45)	8,53 (6,33 - 11,50)
Winnipeg	1,02 (0,89 - 1,16)	7,10 (6,18 - 8,16)	6,99 (6,20 - 7,89)
St. Boniface	0,98 (0,84 - 1,14)	6,73 (5,82 - 7,77)	6,76 (5,98 - 7,64)
St. Boniface Est	0,93 (0,73 - 1,17)	6,19 (5,01 - 7,66)	6,68 (5,72 - 7,81)
St. Boniface Ouest	1,04 (0,87 - 1,25)	7,16 (6,08 - 8,43)	6,87 (5,94 - 7,95)
St. Vital	1,09 (0,89 - 1,32)	6,88 (5,72 - 8,27)	6,33 (5,51 - 7,27)
St. Vital Sud	1,06 (0,79 - 1,41)	6,12 (4,75 - 7,89)	5,77 (4,81 - 6,93)
St. Vital Nord	1,12 (0,87 - 1,44)	8,05 (6,45 - 10,05)	7,19 (6,09 - 8,48)
Winnipeg, autres	1,06 (0,90 - 1,25)	7,86 (6,69 - 9,24)	7,43 (6,56 - 8,40)
ORS du Sud-Ouest	1,08 (0,90 - 1,30)	6,13 (5,14 - 7,30)	5,68 (4,95 - 6,51)
ORS de la région centrale	1,05 (0,85 - 1,28)	8,31 (6,87 - 10,05)	7,95 (6,85 - 9,22)
ORS du Nord	1,07 (0,72 - 1,58)	7,61 (5,39 - 10,74)	7,14 (5,66 - 9,01)
Manitoba	1,02 (0,91 - 1,14)	6,90 (6,17 - 7,71)	6,75 (6,57 - 6,93)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,06 (1,00 - 1,11)	8,89 (8,54 - 9,23)	8,41 (8,21 - 8,60)
Répondants aux enquêtes	0,92 (0,76 - 1,08)	7,20 (6,01 - 8,38)	7,81 (7,37 - 8,25)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.3 : Infarctus aigu du myocarde, 1999–2000 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,10 (0,81 - 1,50)	4,09 (3,22 - 5,19)	3,84 (3,29 - 4,49)
SE Nord	0,76 (0,52 - 1,11)	3,47 (2,49 - 4,85)	4,56 (3,66 - 5,68)
SE Centre (s)	s	s	3,73 (2,72 - 5,11)
SE Ouest (d)	1,55 (1,01 - 2,37)	4,93 (3,52 - 6,91)	3,18 (2,38 - 4,24)
SE Sud	1,12 (0,45 - 2,74)	3,91 (1,74 - 8,79)	3,51 (2,33 - 5,28)
Brandon	1,98 (0,00 - 4,86)	6,70 (3,32 - 13,52)	3,38 (1,91 - 5,99)
Winnipeg	1,00 (0,85 - 1,17)	4,20 (3,55 - 4,98)	4,20 (3,75 - 4,69)
St. Boniface	1,01 (0,76 - 1,33)	3,63 (2,88 - 4,58)	3,44 (2,89 - 4,10)
St. Boniface Est	1,05 (0,64 - 1,72)	2,91 (1,89 - 4,48)	2,77 (2,11 - 3,65)
St. Boniface Ouest	0,97 (0,74 - 1,27)	4,19 (3,32 - 5,28)	4,31 (3,56 - 5,20)
St. Vital	0,92 (0,63 - 1,33)	3,80 (2,70 - 5,34)	4,15 (3,40 - 5,06)
St. Vital Sud	0,69 (0,39 - 1,23)	2,86 (1,70 - 4,81)	4,13 (3,12 - 5,47)
St. Vital Nord	1,32 (0,86 - 2,01)	5,50 (3,84 - 7,88)	4,17 (3,24 - 5,37)
Winnipeg Other	1,05 (0,82 - 1,35)	4,80 (3,76 - 6,13)	4,56 (4,00 - 5,19)
ORS du Sud-Ouest	1,21 (0,91 - 1,61)	4,39 (3,37 - 5,71)	3,63 (3,07 - 4,28)
ORS de la partie centrale	1,00 (0,71 - 1,42)	4,74 (3,46 - 6,51)	4,73 (3,91 - 5,71)
ORS du Nord (s)	s	s	5,10 (3,46 - 7,51)
Manitoba	1,03 (0,91 - 1,17)	4,21 (3,72 - 4,77)	4,09 (3,87 - 4,32)
Normalisé par la méthode directe	1,06 (0,96 - 1,18)	4,21 (3,82 - 4,59)	3,98 (3,77 - 4,20)
Répondants aux enquêtes	1,08 (0,53 - 1,63)	4,25 (2,21 - 6,29)	3,93 (3,28 - 4,58)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.4 : Accident vasculaire cérébral (AVC), 1999–2000 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (d)	1,56 (1,15 - 2,11)	3,83 (2,92 - 5,03)	3,16 (2,62 - 3,80)
SE Nord (f,d)	1,69 (1,14 - 2,52)	4,96 (3,67 - 6,69)	2,93 (2,17 - 3,94)
SE Centre (f,d)	3,34 (1,50 - 7,44)	15,40 (7,25 - 32,72)	4,61 (3,40 - 6,25)
SE Ouest	1,14 (0,63 - 2,07)	2,51 (1,53 - 4,11)	2,20 (1,52 - 3,17)
SE Sud (s)	s	s	4,71 (3,27 - 6,80)
Brandon (s)	s	s	2,94 (1,57 - 5,52)
Winnipeg	0,91 (0,75 - 1,10)	3,00 (2,45 - 3,67)	3,29 (2,87 - 3,76)
St. Boniface	1,01 (0,73 - 1,41)	2,73 (2,09 - 3,57)	2,61 (2,12 - 3,22)
St. Boniface Est	1,01 (0,56 - 1,85)	2,35 (1,39 - 3,96)	2,31 (1,66 - 3,23)
St. Boniface Ouest	1,02 (0,75 - 1,38)	3,01 (2,33 - 3,88)	2,96 (2,37 - 3,71)
St. Vital	0,90 (0,60 - 1,34)	3,20 (2,21 - 4,62)	3,57 (2,87 - 4,45)
St. Vital Sud	0,70 (0,38 - 1,28)	2,87 (1,67 - 4,93)	4,09 (3,02 - 5,54)
St. Vital Nord	1,23 (0,75 - 2,01)	3,69 (2,41 - 5,63)	3,00 (2,25 - 4,00)
Winnipeg Other	0,82 (0,60 - 1,12)	2,94 (2,16 - 4,00)	3,58 (3,10 - 4,14)
ORS du Sud-Ouest (d)	0,59 (0,40 - 0,87)	2,16 (1,49 - 3,15)	3,66 (3,07 - 4,36)
ORS de la partie centrale	0,81 (0,54 - 1,20)	3,79 (2,60 - 5,51)	4,69 (3,82 - 5,76)
ORS du Nord (s)	s	s	4,36 (2,78 - 6,86)
Manitoba	0,90 (0,77 - 1,05)	3,13 (2,69 - 3,65)	3,48 (3,27 - 3,68)
Normalisé par la méthode directe	0,91 (0,79 - 1,00)	3,01 (2,69 - 3,33)	3,32 (3,12 - 3,52)
Répondants aux enquêtes	0,75 (0,19 - 1,30)	2,12 (0,70 - 3,54)	2,85 (2,17 - 3,53)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.5 : Diabète sucré, 2006–2007 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,96 (0,82 - 1,12)	6,47 (5,57 - 7,52)	6,76 (6,01 - 7,61)
SE Nord	1,00 (0,82 - 1,23)	6,53 (5,44 - 7,83)	6,52 (5,66 - 7,51)
SE Centre	1,10 (0,70 - 1,73)	7,19 (4,66 - 11,10)	6,54 (5,57 - 7,67)
SE Ouest	0,88 (0,70 - 1,11)	5,74 (4,68 - 7,03)	6,51 (5,58 - 7,59)
SE Sud	1,40 (0,95 - 2,08)	10,94 (7,67 - 15,61)	7,80 (6,36 - 9,57)
Centre	0,93 (0,76 - 1,14)	6,12 (5,08 - 7,36)	6,57 (5,76 - 7,49)
Assiniboine	1,00 (0,76 - 1,32)	8,00 (6,22 - 10,28)	8,01 (6,81 - 9,42)
Brandon	0,98 (0,64 - 1,52)	8,30 (5,67 - 12,14)	8,44 (6,67 - 10,69)
Entre-les-Lacs (f)	1,01 (0,76 - 1,35)	10,04 (7,74 - 13,01)	9,94 (8,37 - 11,79)
Nord-Est (d)	0,74 (0,56 - 0,97)	7,76 (6,04 - 9,96)	10,52 (9,03 - 12,26)
Parcs (d)	0,53 (0,37 - 0,75)	5,63 (4,06 - 7,81)	10,66 (9,04 - 12,57)
Nor-Man	0,74 (0,46 - 1,17)	8,91 (5,88 - 13,52)	12,07 (9,57 - 15,22)
Burntwood	0,76 (0,47 - 1,22)	9,39 (6,13 - 14,38)	12,37 (9,73 - 15,75)
Winnipeg	1,03 (0,91 - 1,16)	7,23 (6,37 - 8,21)	7,02 (6,31 - 7,82)
Fort Garry	1,05 (0,79 - 1,39)	6,98 (5,42 - 8,99)	6,64 (5,62 - 7,83)
Assiniboine South	1,20 (0,66 - 2,18)	5,69 (3,33 - 9,72)	4,74 (3,56 - 6,32)
St. Boniface	1,12 (0,97 - 1,31)	7,18 (6,22 - 8,28)	6,38 (5,65 - 7,20)
St. Boniface Est	0,95 (0,77 - 1,18)	6,03 (4,95 - 7,35)	6,33 (5,50 - 7,28)
St. Boniface Ouest (d)	1,22 (1,02 - 1,45)	7,81 (6,69 - 9,13)	6,42 (5,60 - 7,36)
St. Vital	1,00 (0,83 - 1,22)	6,50 (5,43 - 7,77)	6,49 (5,68 - 7,40)
St. Vital Sud	0,90 (0,70 - 1,17)	5,70 (4,52 - 7,20)	6,33 (5,42 - 7,40)
St. Vital Nord	1,11 (0,87 - 1,42)	7,30 (5,86 - 9,11)	6,58 (5,62 - 7,70)
Transcona	1,26 (0,85 - 1,87)	9,44 (6,72 - 13,26)	7,50 (5,96 - 9,44)
River Heights	0,84 (0,56 - 1,25)	5,67 (3,87 - 8,30)	6,74 (5,75 - 7,90)
River East	0,88 (0,64 - 1,20)	7,02 (5,23 - 9,44)	8,00 (6,85 - 9,34)
Seven Oaks	0,74 (0,43 - 1,25)	7,03 (4,36 - 11,32)	9,52 (7,38 - 12,29)
St. James Assiniboia	1,02 (0,69 - 1,52)	7,93 (5,57 - 11,31)	7,74 (6,30 - 9,52)
Inkster	1,09 (0,59 - 1,98)	11,60 (6,88 - 19,55)	10,68 (7,75 - 14,71)
Centre-ville	1,01 (0,73 - 1,41)	9,03 (6,76 - 12,05)	8,90 (7,39 - 10,72)
Point Douglas	1,02 (0,64 - 1,62)	10,21 (6,79 - 15,36)	10,05 (7,84 - 12,88)
ORS du Sud-Ouest	0,95 (0,81 - 1,13)	6,76 (5,76 - 7,93)	7,10 (6,30 - 7,99)
ORS de la partie centrale (d)	0,74 (0,61 - 0,90)	7,83 (6,52 - 9,41)	10,53 (9,27 - 11,96)
ORS du Nord	0,75 (0,53 - 1,05)	9,10 (6,68 - 12,41)	12,21 (10,16 - 14,68)
Manitoba	0,96 (0,86 - 1,07)	7,12 (6,39 - 7,94)	7,39 (7,21 - 7,58)
Normalisé par la méthode directe	1,00 (0,95 - 1,05)	8,54 (8,20 - 8,87)	8,55 (8,35 - 8,74)
Répondants aux enquêtes	1,02 (0,81 - 1,23)	8,31 (6,67 - 9,95)	8,17 (7,71 - 8,63)

*f indicates the area's rate for the Francophone cohort was statistically different from the Francophone cohort average

d' indicates that there was a difference between the two groups' rates

's' indicates data suppressed due to small numbers

'D' indicates the survey respondents rate ratio was statistically different from the directly standardized rate ratio

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.6 : Initiation à la dialyse, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,69 (0,86 - 3,34)	0,25 (0,14 - 0,45)	0,15 (0,09 - 0,23)
ORS de Winnipeg	1,06 (0,70 - 1,59)	0,26 (0,17 - 0,41)	0,25 (0,19 - 0,33)
ORS du Nord + partie centrale	0,98 (0,43 - 2,20)	0,27 (0,13 - 0,57)	0,28 (0,18 - 0,43)
ORS du Sud-Ouest (s)	s	s	0,26 (0,18 - 0,39)
Manitoba	1,00 (0,73 - 1,38)	0,24 (0,17 - 0,32)	0,23 (0,20 - 0,27)
Normalisé par la méthode directe	0,99 (0,74 - 1,32)	0,29 (0,22 - 0,35)	0,29 (0,25 - 0,33)
Répondants aux enquêtes	0,82 (0,00 - 1,78)	0,23 (0,00 - 0,46)	0,28 (0,19 - 0,36)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.7 : Morbidité respiratoire totale, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,13 (0,99 - 1,29)	8,15 (7,20 - 9,23)	7,21 (6,50 - 8,00)
SE Nord	1,07 (0,94 - 1,22)	9,13 (8,17 - 10,19)	8,53 (7,86 - 9,27)
SE Centre	1,34 (0,97 - 1,84)	7,38 (5,43 - 10,02)	5,51 (5,00 - 6,08)
SE Ouest (f,d)	0,84 (0,71 - 0,99)	6,40 (5,56 - 7,35)	7,60 (6,87 - 8,42)
SE Sud	1,23 (0,83 - 1,82)	8,58 (5,98 - 12,31)	6,98 (5,94 - 8,20)
Centre	1,03 (0,88 - 1,20)	8,01 (6,92 - 9,28)	7,80 (6,97 - 8,73)
Assiniboine	0,83 (0,64 - 1,07)	6,93 (5,49 - 8,75)	8,35 (7,23 - 9,63)
Brandon	0,81 (0,60 - 1,09)	10,71 (8,18 - 14,01)	13,23 (11,23 - 15,58)
Entre-les-Lacs	1,05 (0,81 - 1,37)	9,78 (7,75 - 12,34)	9,30 (7,96 - 10,86)
Nord-Est	0,89 (0,71 - 1,12)	10,68 (8,70 - 13,12)	11,97 (10,47 - 13,69)
Parcs (d)	0,75 (0,58 - 0,98)	7,59 (5,95 - 9,68)	10,09 (8,72 - 11,67)
Nor-Man	0,61 (0,32 - 1,18)	4,70 (2,58 - 8,56)	7,68 (5,72 - 10,31)
Burntwood	0,98 (0,62 - 1,53)	8,51 (5,76 - 12,57)	8,73 (6,87 - 11,08)
Winnipeg (d)	0,89 (0,84 - 0,95)	8,99 (8,41 - 9,60)	10,08 (9,65 - 10,54)
Fort Garry	1,15 (0,93 - 1,42)	9,86 (8,15 - 11,92)	8,59 (7,50 - 9,83)
Assiniboine South	1,02 (0,69 - 1,50)	11,05 (7,78 - 15,68)	10,87 (8,93 - 13,24)
St. Boniface (d)	0,85 (0,75 - 0,97)	7,86 (6,95 - 8,89)	9,24 (8,33 - 10,24)
St. Boniface Est (d)	0,82 (0,72 - 0,94)	7,73 (6,83 - 8,76)	9,38 (8,73 - 10,08)
St. Boniface Ouest	0,89 (0,78 - 1,02)	8,07 (7,22 - 9,02)	9,05 (8,31 - 9,85)
St. Vital (d)	0,86 (0,74 - 1,00)	8,65 (7,50 - 9,97)	10,06 (9,03 - 11,20)
St. Vital Sud (d)	0,78 (0,67 - 0,92)	7,72 (6,64 - 8,97)	9,83 (9,05 - 10,68)
St. Vital Nord	0,95 (0,79 - 1,13)	9,76 (8,34 - 11,41)	10,32 (9,40 - 11,33)
Transcona	1,10 (0,82 - 1,49)	11,32 (8,71 - 14,71)	10,26 (8,61 - 12,21)
River Heights	1,07 (0,82 - 1,40)	10,36 (8,05 - 13,33)	9,66 (8,51 - 10,97)
River East	0,90 (0,72 - 1,13)	10,14 (8,22 - 12,52)	11,25 (9,98 - 12,69)
Seven Oaks	1,07 (0,71 - 1,61)	10,69 (7,53 - 15,18)	9,98 (7,97 - 12,48)
St. James Assiniboia	0,99 (0,73 - 1,33)	10,72 (8,21 - 13,99)	10,87 (9,25 - 12,78)
Inkster	0,98 (0,63 - 1,53)	13,36 (9,03 - 19,75)	13,65 (10,77 - 17,28)
Centre-ville (d)	0,73 (0,57 - 0,93)	8,90 (7,14 - 11,09)	12,21 (10,65 - 14,01)
Point Douglas (f)	1,07 (0,80 - 1,43)	16,58 (12,81 - 21,45)	15,52 (13,09 - 18,41)
ORS du Sud-Ouest	0,95 (0,85 - 1,06)	7,99 (7,22 - 8,84)	8,42 (7,92 - 8,96)
ORS de la partie centrale	0,89 (0,77 - 1,02)	9,32 (8,22 - 10,57)	10,52 (9,78 - 11,32)
ORS du Nord	0,84 (0,59 - 1,21)	6,97 (5,08 - 9,58)	8,28 (6,96 - 9,87)
Manitoba	0,95 (0,86 - 1,04)	8,69 (7,89 - 9,57)	9,19 (9,02 - 9,36)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,94 (0,91 - 0,98)	8,93 (8,64 - 9,22)	9,48 (9,31 - 9,66)
Répondants aux enquêtes (d)	0,69 (0,47 - 0,92)	8,78 (6,43 - 11,12)	12,69 (10,28 - 15,09)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.8 : Arthrite, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 19 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,98 (0,91 - 1,06)	16,58 (15,39 - 17,86)	16,94 (16,13 - 17,79)
SE Nord	1,02 (0,92 - 1,14)	17,59 (15,97 - 19,37)	17,21 (16,06 - 18,44)
SE Centre	1,04 (0,80 - 1,34)	17,91 (13,91 - 23,05)	17,28 (16,00 - 18,66)
SE Ouest	0,98 (0,86 - 1,12)	15,79 (14,16 - 17,60)	16,05 (14,80 - 17,42)
SE Sud (d)	0,66 (0,46 - 0,96)	11,62 (8,20 - 16,47)	17,53 (15,50 - 19,83)
Centre	0,94 (0,84 - 1,05)	15,70 (14,20 - 17,34)	16,68 (15,69 - 17,73)
Assiniboine	1,08 (0,90 - 1,30)	17,99 (15,36 - 21,07)	16,61 (15,11 - 18,27)
Brandon	1,10 (0,83 - 1,44)	19,88 (15,72 - 25,13)	18,15 (15,67 - 21,01)
Entre-les-Lacs	0,82 (0,67 - 1,01)	16,77 (13,92 - 20,21)	20,41 (18,45 - 22,57)
Nord-Est	0,96 (0,81 - 1,13)	20,25 (17,43 - 23,51)	21,20 (19,42 - 23,14)
Parcs	0,94 (0,78 - 1,14)	19,00 (16,04 - 22,50)	20,16 (18,29 - 22,23)
Nor-Man	0,80 (0,56 - 1,14)	16,12 (11,75 - 22,13)	20,17 (16,99 - 23,94)
Burntwood	0,86 (0,61 - 1,20)	18,38 (13,64 - 24,77)	21,48 (18,21 - 25,35)
Winnipeg	0,98 (0,93 - 1,03)	17,50 (16,53 - 18,54)	17,87 (17,16 - 18,60)
Fort Garry	0,90 (0,75 - 1,07)	15,37 (13,11 - 18,01)	17,10 (15,65 - 18,68)
Assiniboine South	0,89 (0,64 - 1,23)	18,27 (13,51 - 24,70)	20,63 (17,90 - 23,79)
St. Boniface	1,02 (0,94 - 1,10)	16,92 (15,74 - 18,20)	16,61 (15,77 - 17,50)
St. Boniface Est	1,06 (0,95 - 1,19)	17,63 (15,93 - 19,50)	16,56 (15,51 - 17,68)
St. Boniface Ouest	0,98 (0,88 - 1,09)	16,42 (15,00 - 17,96)	16,74 (15,64 - 17,92)
St. Vital	0,95 (0,86 - 1,05)	16,95 (15,42 - 18,63)	17,87 (16,85 - 18,96)
St. Vital Sud	0,98 (0,85 - 1,13)	16,69 (14,76 - 18,87)	17,02 (15,78 - 18,37)
St. Vital Nord	0,91 (0,79 - 1,06)	17,28 (15,12 - 19,76)	18,94 (17,49 - 20,50)
Transcona	0,98 (0,75 - 1,29)	16,49 (12,99 - 20,91)	16,81 (14,67 - 19,27)
River Heights	1,06 (0,86 - 1,31)	20,08 (16,50 - 24,44)	18,87 (17,43 - 20,44)
River East	1,03 (0,86 - 1,24)	18,22 (15,37 - 21,60)	17,71 (16,31 - 19,24)
Seven Oaks	0,96 (0,69 - 1,34)	18,36 (13,75 - 24,50)	19,07 (16,15 - 22,53)
St. James Assiniboia	0,99 (0,77 - 1,26)	18,91 (15,18 - 23,57)	19,19 (17,03 - 21,63)
Inkster (f)	1,21 (0,82 - 1,77)	27,41 (19,81 - 37,93)	22,73 (18,52 - 27,90)
Centre-ville	0,97 (0,79 - 1,19)	19,26 (16,08 - 23,07)	19,80 (17,80 - 22,03)
Point Douglas (f)	1,04 (0,79 - 1,37)	26,75 (21,05 - 33,99)	25,66 (22,26 - 29,57)
ORS du Sud-Ouest	0,99 (0,90 - 1,08)	16,55 (15,20 - 18,01)	16,75 (15,88 - 17,68)
ORS de la partie centrale	0,92 (0,82 - 1,02)	18,84 (17,01 - 20,86)	20,56 (19,33 - 21,87)
ORS du Nord	0,84 (0,66 - 1,07)	17,49 (14,08 - 21,73)	20,91 (18,53 - 23,61)
Manitoba	0,97 (0,93 - 1,02)	17,25 (16,53 - 18,00)	17,73 (17,46 - 18,00)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,97 (0,94 - 1,00)	18,32 (17,86 - 18,78)	18,91 (18,63 - 19,18)
Répondants aux enquêtes	0,93 (0,79 - 1,07)	17,64 (15,01 - 20,27)	18,94 (18,28 - 19,60)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 5.12.9 : Ostéoporose, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 50 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,08 (0,88 - 1,32)	9,24 (7,68 - 11,12)	8,56 (7,48 - 9,79)
Brandon	0,75 (0,37 - 1,51)	8,97 (4,78 - 16,83)	11,97 (8,62 - 16,64)
Winnipeg	0,98 (0,86 - 1,12)	10,64 (9,27 - 12,21)	10,81 (9,72 - 12,02)
St. Boniface	1,17 (0,99 - 1,38)	11,59 (9,93 - 13,53)	9,90 (8,70 - 11,27)
St. Vital	0,92 (0,73 - 1,17)	9,80 (7,92 - 12,13)	10,60 (9,17 - 12,25)
Winnipeg, autres	0,85 (0,70 - 1,04)	9,82 (8,07 - 11,95)	11,52 (10,27 - 12,93)
ORS du Sud-Ouest	0,99 (0,80 - 1,23)	9,52 (7,79 - 11,65)	9,63 (8,42 - 11,01)
ORS de la partie centrale	1,16 (0,88 - 1,53)	9,97 (7,78 - 12,78)	8,59 (7,26 - 10,15)
ORS du Nord (d)	0,46 (0,21 - 0,97)	4,78 (2,37 - 9,65)	10,48 (7,78 - 14,13)
Manitoba	0,99 (0,88 - 1,11)	9,98 (8,89 - 11,21)	10,08 (9,72 - 10,43)
Normalisé par la méthode directe	1,03 (0,96 - 1,10)	11,48 (10,84 - 12,12)	11,18 (10,81 - 11,55)
Répondants aux enquêtes	0,89 (0,65 - 1,13)	10,13 (7,55 - 12,71)	11,36 (10,61 - 12,11)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 6 : Prévalence de la maladie mentale (10 ans et plus)

Indicateurs dans ce chapitre :

- 6.1 Cumul des troubles de santé mentale
- 6.2 Dépression
- 6.3 Anxiété
- 6.4 Toxicomanie
- 6.5 Troubles de la personnalité
- 6.6 Schizophrénie
- 6.7 Démence (55+)
- 6.8 Comparaison des taux entre les échantillons
- 6.9 Constatations de l'analyse documentaire
- 6.10 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, la cohorte francophone a des taux moins élevés de diagnostic de toxicomanie, de **schizophrénie** et de **troubles de la personnalité** que le groupe témoin formé d'autres Manitobains. En ce qui concerne les autres indicateurs de **troubles de santé mentale**, les taux de la cohorte francophone sont similaires à ceux du groupe témoin.
- Des variations substantielles existent dans les différentes régions de la province entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains, et entre les francophones d'une région donnée et la moyenne provinciale.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 6.0 : Sommaire des indicateurs de la prévalence de la maladie mentale comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Prévalence de cumul des troubles de santé mentale		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↓
Parcs (f,d)	↓	↓
Nor-Man (d)	↑	
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
Prévalence de dépression		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↓
Parcs (f)		↓
Nor-Man (d)	↑	
River Heights (f)		↑
St. James Assiniboia (f)		↑
Centre-ville (f,d)	↑	↑
Point Douglas (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Prévalence de troubles anxieux		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↓
Centre (d)	↑	
Parcs (f,d)	↓	↓
Point Douglas (f)		↑
ORS de la partie centrale (f,d)	↓	↓
Prévalence de toxicomanie		
Manitoba (d)	↓	
Santé Sud-Est (d)	↓	
Centre (f,d)	↓	↓
Nord-Est (f)		↑
Parcs (d)	↓	
Nor-Man (f)		↑
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↓	
St. Vital		
St. Vital Sud (f)		↓
Seven Oaks (f,d)	↑	↑
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
ORS du Sud-Ouest (f,d)	↓	↓
ORS du Nord (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Prévalence de troubles de la personnalité		
Manitoba (d)	↓	
Santé Sud-Est (f)		↓
SE Nord (f)		↓
Winnipeg (d)	↓	
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↓	
Winnipeg, autres (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	
Prévalence de schizophrénie		
Manitoba (d)	↓	
St. Boniface (d)	↓	
St. Boniface Ouest (d)	↓	
ORS du Sud-Ouest (f,d)	↓	↓
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	
Répondants aux enquêtes (d, D)	↑	
Prévalence de démence		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Nord (d)	↑	
Assiniboine (f,d)	↓	↓
Assiniboine South (d)	↓	
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Ouest (d)	↑	
St. James Assiniboia (d)	↓	
ORS du Sud-Ouest (f)		↓

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3)

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

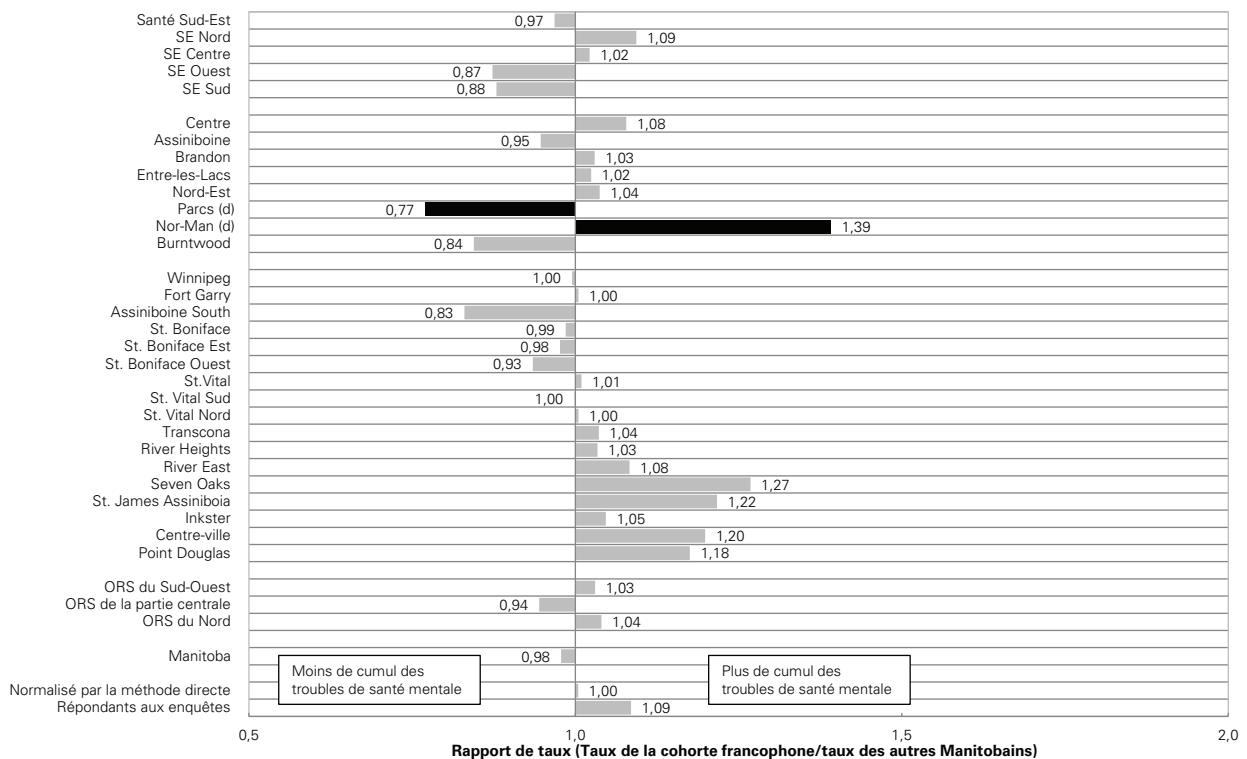
6.1 Cumul des troubles de santé mentale

Le **cumul des troubles de santé mentale** se rapporte aux résidents qui ont suivi un traitement pour au moins une des cinq maladies mentales suivantes : **dépression, troubles anxieux, toxicomanie, trouble de la personnalité et schizophrénie** . Les détails concernant les diagnostics sont fournis dans les parties qui suivent. La définition de cumul des troubles de santé mentale s'applique à la proportion de résidents qui répondent à la définition de l'une ou l'autre des maladies mentales énumérées ci-dessus. La prévalence du cumul des troubles de santé mentale ajustée selon l'âge et le sexe a été mesurée auprès des résidents âgés de 10 ans et plus sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009). Le dénominateur comprend tous les résidents du Manitoba âgés de 10 ans et plus au cours de la période de cinq ans qui étaient inscrits de façon continue au régime d'assurance-maladie du Manitoba pendant au moins un an durant cette période.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 6.1.1 : Cumul des troubles de santé mentale — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de cumul des troubles de santé mentale entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,09).
- On constate cependant certaines différences significatives dans la région des Parcs (rapport de taux : 0,77), où le taux de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains, ainsi que dans la région de NOR-MAN (rapport de taux : 1,39), où le taux de cumul des troubles de santé mentale de la cohorte francophone est plus élevé.
- Les taux de cumul des troubles de santé mentale des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux du district Ouest de Santé Sud-Est et de la région des Parcs, dont les taux sont moins élevés que la moyenne provinciale des francophones, et ceux du centre-ville et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 6.10.1).

6.2 Dépression

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par un sentiment de tristesse et un manque d'intérêt envers les activités qui persiste au point de nuire à la vie quotidienne pendant une période prolongée. La définition de dépression s'applique à la proportion de résidents âgés de 10 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans, ont reçu un diagnostic de dépression :

- soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de trouble dépressif, de psychose affective, de dépression névrotique ou de réaction d'ajustement (Annexe 1);
- soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de trouble dépressif, de psychose affective ou de réaction d'ajustement (Annexe 1);
- soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de trouble anxieux et après s'être fait prescrire au moins à une reprise un **antidépresseur** ou un régulateur de l'humeur (Annexe 1);
- soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de trouble anxieux et après s'être fait prescrire au moins à une reprise un antidépresseur ou un régulateur de l'humeur (Annexe 1).

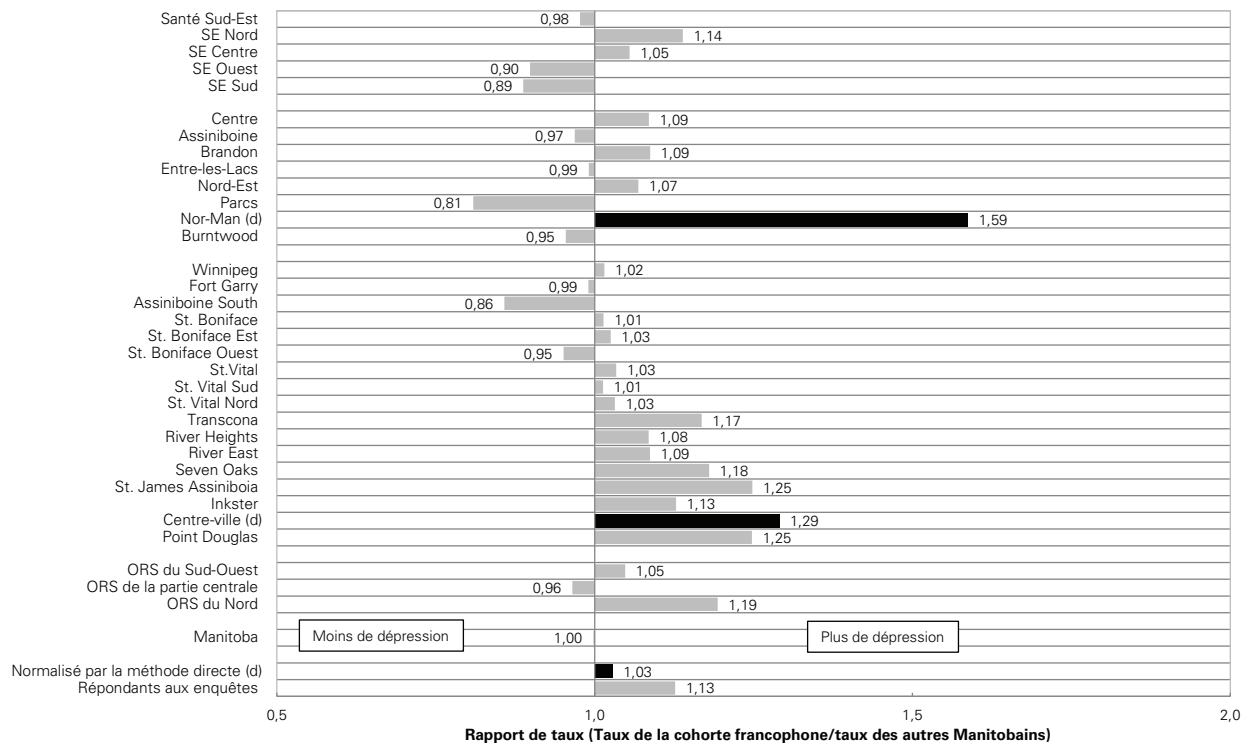
Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de dépression entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,00), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,13).
- On constate toutefois des différences significatives dans la région de NOR-MAN (rapport de taux : 1,59) et au centre-ville (rapport de taux : 1,29) où les taux de dépression de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de dépression des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux du district Ouest de Santé Sud-Est et de la région des Parcs, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de certains SC de Winnipeg (River Heights, St. James Assiniboia, centre-ville et Point Douglas), dont les taux sont plus élevés (Tableau 6.10.2).

Figure 6.2.1 : Dépression — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

6.3 Troubles anxieux

Les troubles anxieux se caractérisent par un sentiment d'appréhension ou de crainte qui persiste au point de nuire à la vie quotidienne pendant une période prolongée. La définition de troubles anxieux s'applique à la proportion de résidents âgés de 10 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans, ont reçu un diagnostic de trouble anxieux :

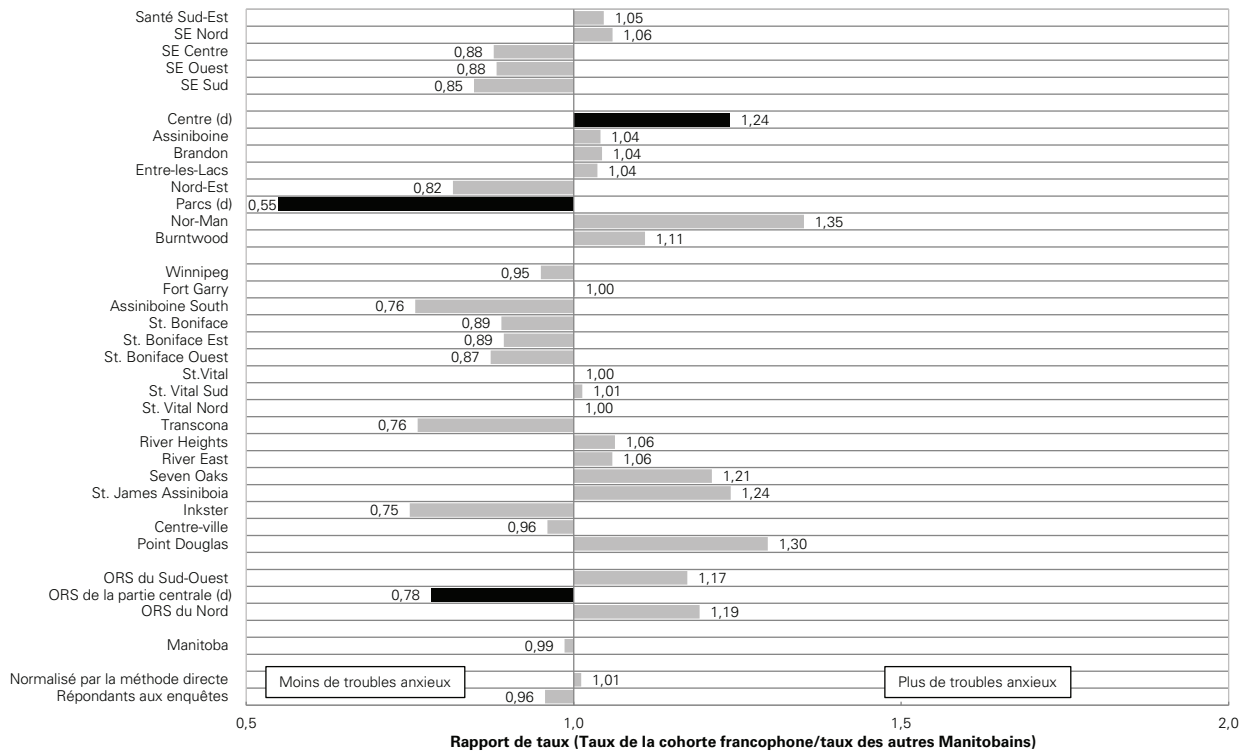
- soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic d'état anxieux, de trouble phobique ou de trouble obsessionno-compulsif (Annexe 1);
- soit après au moins trois visites chez le médecin avec un diagnostic de trouble anxieux (Annexe 1).

Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 6.3.1 : Troubles anxieux — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de troubles anxieux entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,99), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,96).
- On constate toutefois des différences significatives dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 0,78) et la région des Parcs (rapport de taux : 0,55), où les taux de troubles anxieux de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et dans la région du Centre (rapport de taux : 1,24), où les taux de la cohorte francophone sont plus élevés.
- Les taux de troubles anxieux des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS de la partie centrale, du district Ouest de Santé Sud-Est et de la région des Parcs, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Point Douglas, dont le taux est plus élevé (Tableau 6.10.3).

6.4 Toxicomanie

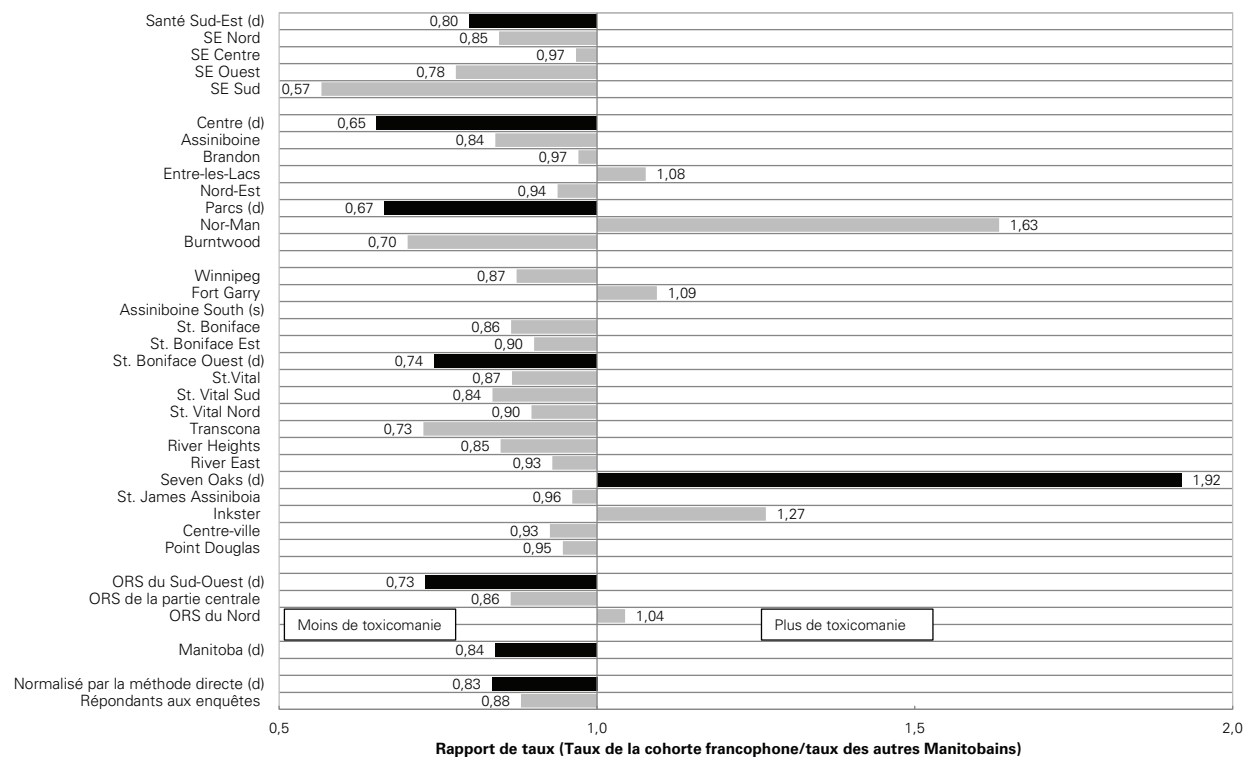
La toxicomanie se rapporte à la consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments et à la dépendance à ces produits, ce qui a des effets néfastes sur la santé et le bien-être de la personne concernée ou sur le bien-être d'autrui. La définition de toxicomanie s'applique au pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans, ont reçu un diagnostic de toxicomanie, soit après au moins une visite chez le médecin ou hospitalisation avec un diagnostic de psychose due à l'alcool ou aux drogues, de dépendance à l'alcool ou aux drogues ou de consommation excessive de drogue sans dépendance (Annexe 1).

Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 6.4.1 : Toxicomanie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de toxicomanie de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,84). Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative, elle est conforme aux résultats obtenus auprès de l'échantillon d'enquêtes (rapport de taux : 0,88).⁸

⁸ En raison de la taille réduite de l'échantillon d'enquêtes, une signification statistique n'a pu être démontrée.

- Bien que les taux de toxicomanie de la cohorte francophone semblent être moins élevés dans l'ensemble des régions, ils le sont tout particulièrement dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 0,73), dans les régions du Sud-Est (0,80), du Centre (0,65) et des Parcs (0,67) ainsi qu'à Saint-Boniface Ouest (0,74). Seven Oaks fait exception (rapport de taux : 1,92), où le taux de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de toxicomanie des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Sud-Ouest, de l'ORS du Centre et de Saint-Vital Sud, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux des ORS du Nord, des régions du Nord-Est et de NOR-MAN, de Seven Oaks, de centre-ville, et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 6.10.4).

Tableau 6.4.1 : Régression logistique prévoyant la probabilité de toxicomanie 5

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,94 (0,60 - 1,47)
Âge	0,99 (0,99 - 1,00)
Hommes (vs femmes)	1,51 (1,19 - 1,93)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	0,78 (0,60 - 1,03)
Sud-Ouest	0,78 (0,60 - 1,03)
Partie centrale	1,01 (0,71 - 1,45)
Nord	2,04 (1,57 - 2,64)
Brandon	1,14 (0,72 - 1,81)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.4.2 : Régression logistique prévoyant la probabilité de toxicomanie

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,84 (0,76 - 0,93)	0,0031
Âge	1,00 (0,99 - 1,00)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	1,71 (1,63 - 1,79)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	0,83 (0,78 - 0,88)	<0,0001
Partie centrale	1,02 (0,95 - 1,10)	0,5469
Nord	1,73 (1,62 - 1,84)	<0,0001
Brandon	1,14 (1,08 - 1,21)	0,0001
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	0,89 (0,84 - 0,94)	0,0005
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,00 (1,00 - 1,00)	0,0258
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,93 (0,89 - 0,97)	0,0047
Occupe un emploi (vs non)	0,81 (0,77 - 0,86)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	0,78 (0,65 - 0,94)	0,0173
Usage du tabac (vs non)	5,72 (4,92 - 6,64)	<0,0001
Indice de masse corporelle	1,01 (1,00 - 1,01)	0,0005
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,72 (0,65 - 0,79)	<0,0001
Modérément actif	0,52 (0,50 - 0,55)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	0,83 (0,58 - 1,19)	0,2615

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les tableaux ci-dessus rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et un diagnostic de toxicomanie est établi après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base ne vont pas vraiment de pair avec les résultats de l'analyse initiale. Bien que les taux de toxicomanie des francophones semblent être moins élevés que ceux des autres Manitobains (rapport de cotes : 0,94), cette tendance n'est pas statistiquement significative. Cette différence dans les résultats s'expliquerait par les différentes méthodes utilisées dans l'analyse initiale et la présente analyse.

Dans le modèle complet, lorsqu'on intègre les facteurs supplémentaires pour tenir compte de leurs effets, le fait d'être francophone est associé à des taux de toxicomanie moins élevés (rapport de cotes : 0,84). Les études précédentes ont déjà établi une association entre la toxicomanie et des facteurs socioéconomiques et des facteurs liés au style de vie. L'ajout de ces facteurs a eu pour effet de raffermir le lien entre le fait d'être francophone et des taux de toxicomanie moins élevés. Cela laisse entendre que le fait d'être francophone, ou d'avoir d'autres caractéristiques associées au fait d'être francophone, est associé à un taux de toxicomanie moins élevé.

6.5 Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité constituent une catégorie de maladies mentales caractérisées par des types de comportement et de relations qui sont souvent à l'origine de problèmes personnels et sociaux graves, ainsi que d'une incapacité générale à fonctionner. La définition des troubles de la personnalité s'applique au pourcentage de résidents de 10 ans et plus dont un diagnostic de trouble de la personnalité est mentionné au moins une fois dans leur dossier d'hospitalisation ou dans les données de facturation du médecin (Annexe 1). Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

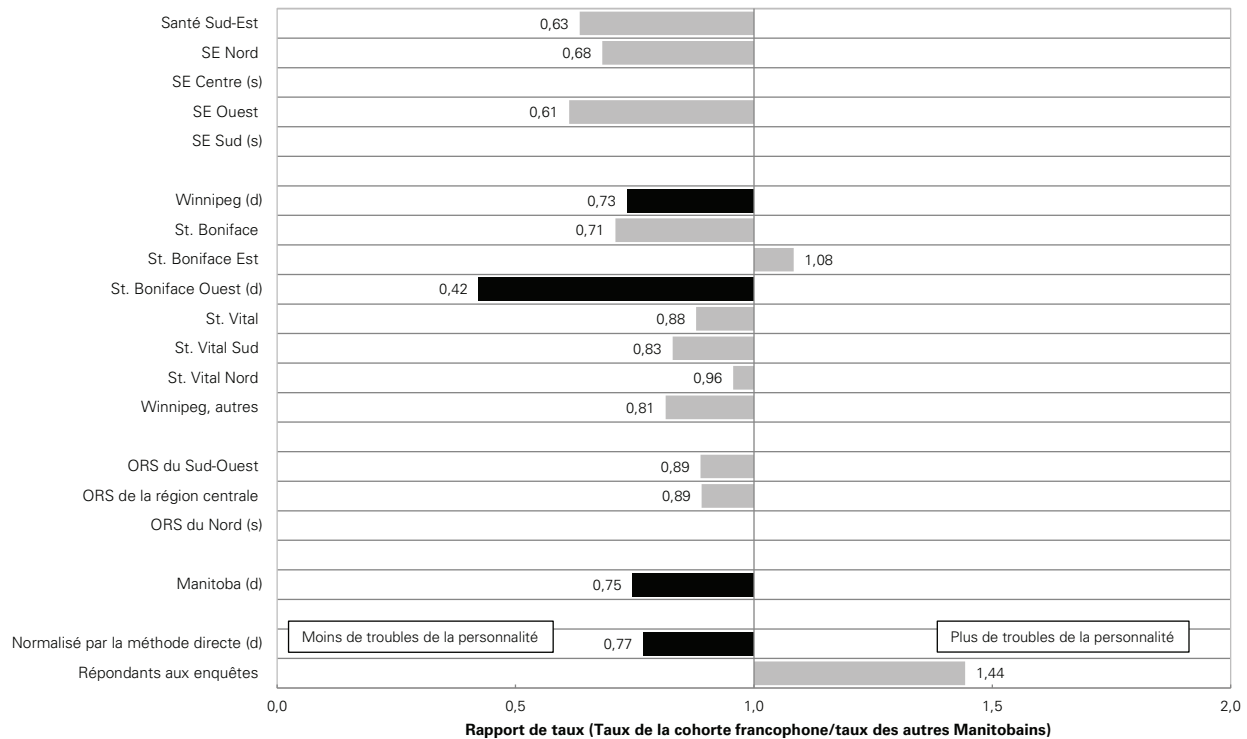
Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de troubles de la personnalité de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,75).⁹
- Bien que les taux de troubles de la personnalité de la cohorte francophone semblent être moins élevés dans l'ensemble des régions, ce n'est qu'à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 0,73), plus particulièrement à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 0,42) qu'ils sont nettement moins élevés que les taux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de troubles de la personnalité des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux relevant de Santé Sud-Est, notamment du district Nord de Santé Sud-Est, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale et ceux de SC de Winnipeg (autres que Saint-Boniface et Saint-Vital) dont les taux sont supérieurs (Tableau 6.10.5).

9 Comme la taille de l'échantillon d'enquêtes était beaucoup plus réduite, les intervalles de confiance sont très larges et une signification statistique n'a pu être démontrée.

Figure 6.5.1 : Troubles de la personnalité — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

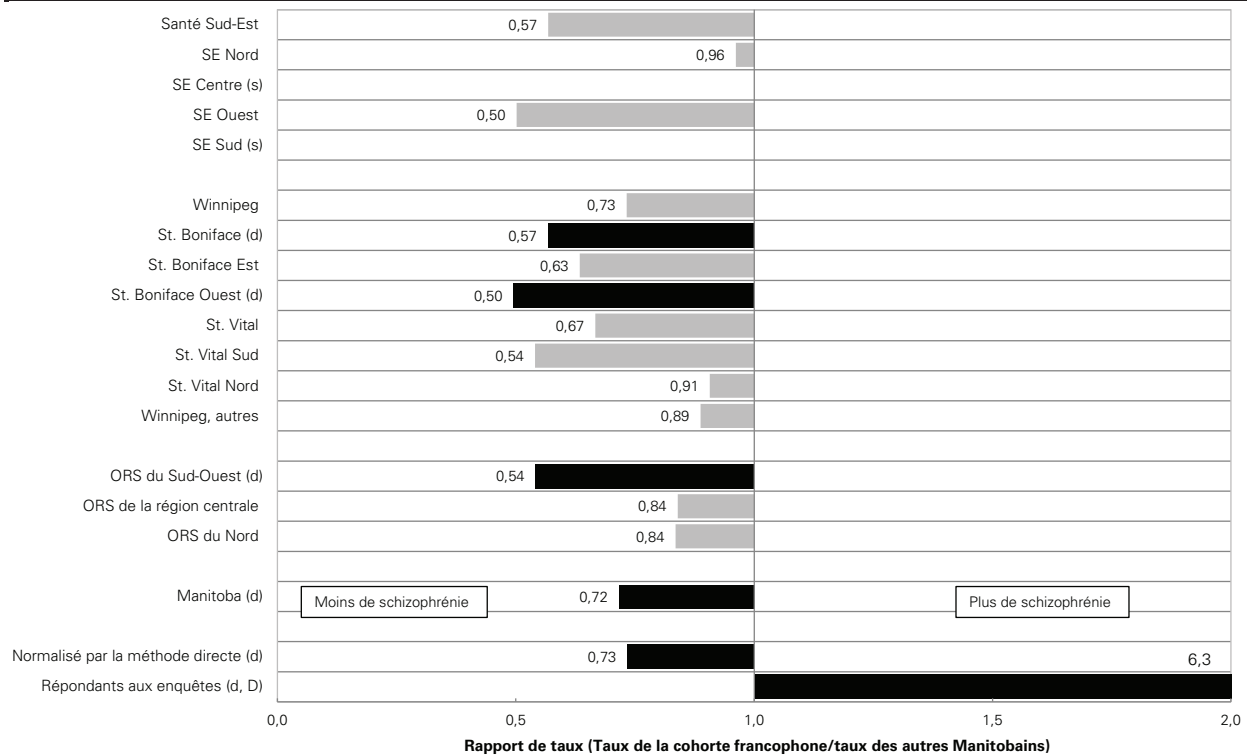
6.6 Schizophrénie

La schizophrénie est une **maladie mentale** à long terme qui affecte la façon de penser, d'agir et de se sentir. Les symptômes de cette maladie sont des hallucinations auditives, de la difficulté à exprimer ses émotions, un discours incohérent et (ou) une désorganisation de la pensée. La définition de schizophrénie s'applique au pourcentage de résidents de 10 ans et plus dont le diagnostic de schizophrénie est mentionné dans leur dossier d'hospitalisation ou dans les données de facturation du médecin (Annexe 1). Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 6.6.1 : Schizophrénie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de schizophrénie de la cohorte francophone est moins élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,72). Les résultats obtenus auprès de l'échantillon d'enquêtes sont toutefois très différents, car ils rapportent un taux de schizophrénie beaucoup plus élevé chez les francophones (rapport de taux : 6,26). La prudence est donc de mise dans l'interprétation de cet indicateur. Le Tableau supplémentaire 6.10.6 montre que les taux obtenus auprès du groupe témoin et de l'échantillon d'enquêtes sont très différents.¹⁰
- Bien que les taux de schizophrénie de la cohorte francophone semblent être moins élevés dans l'ensemble des régions, ils sont nettement moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains dans les ORS du Sud–Ouest (rapport de taux : 0,54), à Saint–Boniface (rapport de taux : 0,57) et à Saint–Boniface Ouest (rapport de taux : 0,50).
- Les taux de schizophrénie des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Sud–Ouest, dont le taux est moins élevé que le taux provincial (Tableau 6.10.6).

10 Une plus grande variation est associée aux résultats de l'échantillon d'enquêtes, notamment dans le cas des maladies relativement rares. Les échantillons d'enquêtes n'ont pas tendance à comprendre des personnes en établissement ou en moins bonne santé. Une maladie comme la schizophrénie affecte les processus cognitifs et est associée à une incapacité grave (contrairement à la dépression et à l'anxiété qui affectent l'état émotif). Nous constatons que les taux de schizophrénie des francophones et des autres Manitobains de cet échantillon d'enquêtes sont beaucoup moins élevés que les taux rapportés dans le Tableau supplémentaire 6.10.6 Schizophrénie.

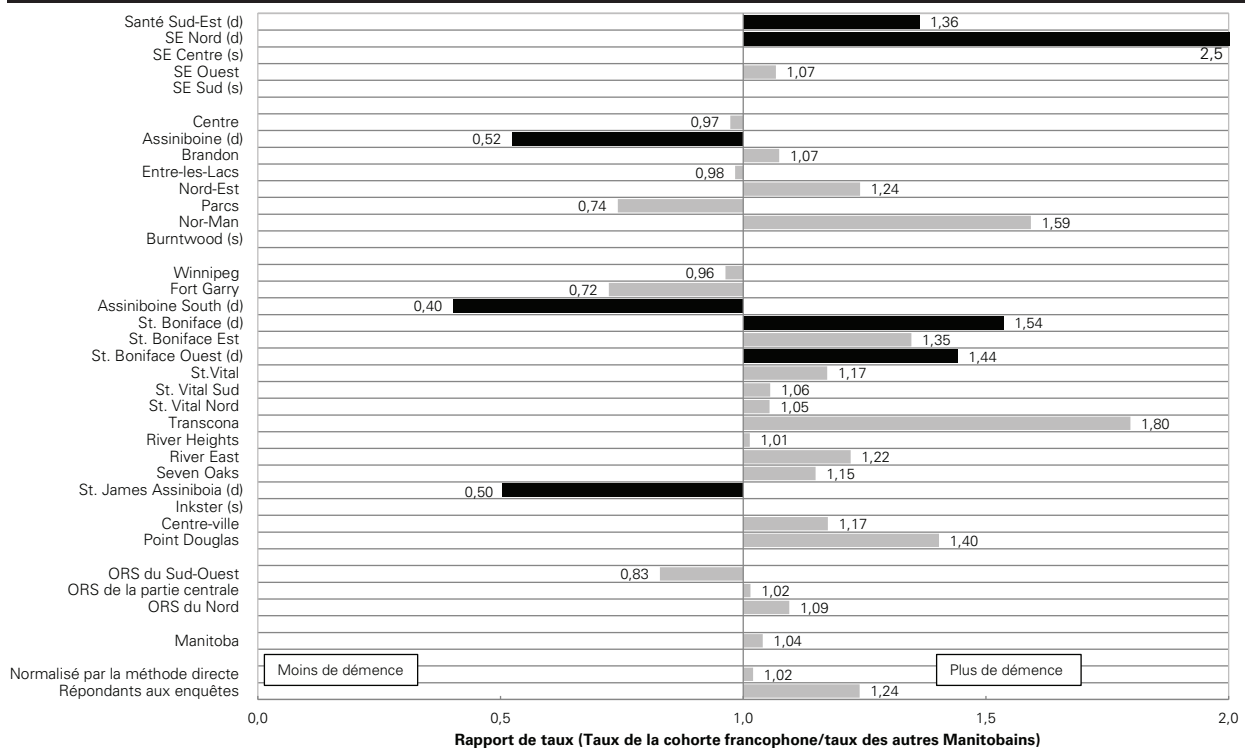
6.7 Démence (55+)

La **démence** est une perte des fonctions cérébrales. Il ne s'agit pas d'une maladie unique. En fait, la démence se rapporte à un groupe de maladies qui entraînent des problèmes de mémoire, de comportement, d'apprentissage et de communication. La perte des fonctions cérébrales est progressive, ce qui veut dire qu'elle empire avec le temps. La définition de démence s'applique à la proportion de résidents de 55 ans et plus avec un diagnostic de démence ayant entraîné au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation (Annexe 1). Les valeurs ont été calculées sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 6.7.1 : Démence — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 55 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de démence entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,04), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,24).
- On constate toutefois des différences significatives à l'ORS Assiniboine (rapport de taux : 0,52), dans le SC d'Assiniboine (rapport de taux : 0,40), et celui de St-James Assiniboia (rapport de taux : 0,50) où les taux de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres

Manitobains, et à Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,36), dans le district Nord de Santé Sud–Est, (rapport de taux : 2,53), à Saint–Boniface (rapport de taux : 1,54) et à Saint–Boniface Ouest (rapport de taux : 1,44), où les taux de démence de la cohorte francophone sont plus élevés.

- Les taux de démence des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Sud–Ouest et de l'ORS Assiniboine, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 6.10.7).

6.8 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci–dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non–francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule pour la grande majorité des indicateurs signale qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles. Cependant, la lettre « D » en majuscule est inscrite à côté de « Schizophrénie » (voir la note en bas de page de la partie 6.6, Schizophrénie).

Tableau 6.8.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Cumul des troubles de santé mentale	2004-2005 à 2008-2009	24,83%	24,72%	1,00	25,39%	23,40%	1,09
Dépression	2004-2005 à 2008-2009	20,29%	19,73%	1,03 (d)	21,00%	18,64%	1,13
Anxiété	2004-2005 à 2008-2009	8,21%	8,12%	1,01	7,22%	7,55%	0,96
Toxicomanie	2004-2005 à 2008-2009	3,62%	4,33%	0,83 (d)	3,43%	3,90%	0,88
Troubles de la personnalité	2004-2005 à 2008-2009	0,71%	0,92%	0,77 (d)	0,94%	0,65%	1,44
Schizophrénie (D)	2004-2005 à 2008-2009	0,88%	1,19%	0,73 (d)	0,41%	0,07%	6,26 (d)
Démence (55+)	2004-2005 à 2008-2009	14,55%	14,26%	1,02	9,44%	7,61%	1,24

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source : Manitoba Centre for Health Policy, 2012

6.9 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Tempier et Vasiliadis (2010a, 2010b) ont examiné les taux de prévalence de maladie mentale chez les francophones vivant au Québec (n=7 571), les francophones du Canada vivant à l'extérieur du Québec (n=500), les francophones vivant en Belgique (n=389) et les francophones vivant en France (n=1 436).
 - Les taux de prévalence de maladie mentale (épisodes de dépression majeure, troubles anxieux ou toxicomanie/dépendance) étaient similaires parmi les populations francophones étudiées au Canada, en France et en Belgique.

- À l'intérieur du Canada, le taux de maladie mentale des francophones était moins élevé que celui des anglophones (7,2 % et 10,0 %). Il n'y avait pas de différence entre les francophones et les anglophones du Québec. Lorsque des analyses de régression logistique étaient effectuées pour déterminer l'effet de la langue sur la prévalence de maladie mentale, les auteurs ont établi que le fait d'être anglophone était associé avec un risque accru de troubles anxieux et de toxicomanie ou dépendance, mais pas avec des épisodes de dépression majeure.
- Les auteurs ont constaté que l'accès aux services de santé mentale parmi les francophones avec un diagnostic psychiatrique variait de 42,8 %, en France, à 62,0 % chez les francophones du Canada (à l'extérieur du Québec).
- Ils ont aussi rapporté que les francophones canadiens de tous les groupes d'âge étaient plus portés à recourir aux services de fournisseurs de soins de santé mentale que les Européens (de 48,4 % parmi les Canadiens du groupe d'âge le plus jeune à 27,1 % parmi ceux du groupe le plus âgé, comparativement à 13,2 % à 5,7 % en France et en Belgique).
- Clark, Colantonio, Rhodes et Escobar (2008) ont divisé leur échantillon formé de 61 673 personnes en anglophones blancs (44 %), francophones blancs (31 %), blancs nés à l'étranger (11 %), membres d'une minorité visible (13 %) et Autochtones (1,3 %).
 - Ils ont constaté que les francophones blancs et les membres d'une minorité visible étaient moins portés à souffrir de dépression et à consommer de l'alcool de façon excessive (et à développer une dépendance) que les anglophones blancs (2008b).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a rapporté que les francophones (en Ontario) étaient plus portés à avoir eu un épisode de dépression majeure au cours des 12 mois précédents que les non-francophones. Une petite proportion de francophones (5 %) avaient vécu une dépression, mais elle était nettement plus élevée que celle des non-francophones (4 %) (2010).
- Streiner, Cairney et Veldhuizen ont rapporté que la prévalence des troubles de l'humeur au cours de la vie était plus élevée chez les francophones que chez les anglophones des deux sexes. En ce qui concerne les troubles anxieux, les taux des hommes francophones de tous les groupes d'âge étaient moins élevés que leurs homologues anglophones, mais aucune différence n'a été constatée entre les groupes linguistiques chez les femmes (2006).
- *Dans la présente étude, les taux de santé mentale se rapportent à des résidents ayant reçu un diagnostic d'un médecin, donc plus portés à avoir besoin d'aide. Cela pourrait expliquer certaines des différences entre les études précédentes et celle-ci. Aucune différence n'est observée entre les francophones et les autres Manitobains en ce qui concerne les taux de dépression, de troubles anxieux et de démence. Cependant, les francophones ont des taux moins élevés de toxicomanie, de schizophrénie et de troubles de la personnalité. Après une nouvelle analyse des taux de toxicomanie auprès d'un échantillon plus petit à l'aide de données d'enquêtes représentatives et après la prise en compte de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie, la relation entre le fait d'être francophone et un taux de toxicomanie moins élevé demeure statistiquement significative.*

6.10 Tableaux supplémentaires

Tableau 6.10.1 : Cumul des troubles de santé mentale, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,97 (0,85 - 1,10)	21,18 (18,63 - 24,08)	21,88 (19,44 - 24,62)
SE Nord	1,09 (0,94 - 1,27)	24,16 (20,95 - 27,87)	22,10 (19,35 - 25,23)
SE Centre	1,02 (0,81 - 1,30)	24,39 (19,39 - 30,69)	23,87 (20,82 - 27,36)
SE Ouest (f)	0,87 (0,74 - 1,03)	17,81 (15,28 - 20,76)	20,40 (17,78 - 23,40)
SE Sud	0,88 (0,63 - 1,23)	16,20 (11,84 - 22,17)	18,43 (15,65 - 21,70)
Centre	1,08 (0,93 - 1,25)	21,30 (18,54 - 24,48)	19,76 (17,48 - 22,34)
Assiniboine	0,95 (0,78 - 1,15)	18,90 (15,75 - 22,67)	19,95 (17,38 - 22,90)
Brandon	1,03 (0,81 - 1,31)	27,77 (22,35 - 34,51)	26,98 (22,97 - 31,68)
Entre-les-Lacs	1,02 (0,83 - 1,27)	21,18 (17,45 - 25,71)	20,68 (17,84 - 23,97)
Nord-Est	1,04 (0,86 - 1,25)	25,36 (21,35 - 30,13)	24,45 (21,33 - 28,03)
Parcs (f,d)	0,77 (0,62 - 0,95)	18,40 (15,13 - 22,36)	23,88 (20,75 - 27,49)
Nor-Man (d)	1,39 (1,01 - 1,91)	27,00 (20,67 - 35,28)	19,40 (15,75 - 23,89)
Burntwood	0,84 (0,62 - 1,16)	20,93 (15,83 - 27,69)	24,78 (20,63 - 29,78)
Winnipeg	1,00 (0,87 - 1,13)	25,85 (22,65 - 29,50)	25,97 (22,89 - 29,46)
Fort Garry	1,00 (0,84 - 1,20)	24,60 (20,87 - 28,99)	24,48 (21,47 - 27,91)
Assiniboine South	0,83 (0,62 - 1,12)	23,42 (17,82 - 30,78)	28,21 (23,99 - 33,18)
St. Boniface	0,99 (0,87 - 1,12)	24,00 (21,18 - 27,20)	24,36 (21,66 - 27,40)
St. Boniface Est	0,98 (0,83 - 1,14)	22,51 (19,40 - 26,12)	23,05 (20,21 - 26,29)
St. Boniface Ouest	0,93 (0,81 - 1,08)	24,77 (21,60 - 28,42)	26,50 (23,30 - 30,14)
St. Vital	1,01 (0,88 - 1,16)	24,22 (21,14 - 27,75)	23,99 (21,25 - 27,08)
St. Vital Sud	1,00 (0,84 - 1,18)	23,15 (19,80 - 27,08)	23,18 (20,23 - 26,57)
St. Vital Nord	1,00 (0,85 - 1,19)	25,16 (21,43 - 29,53)	25,04 (21,87 - 28,66)
Transcona	1,04 (0,82 - 1,31)	27,14 (22,02 - 33,46)	26,20 (22,41 - 30,62)
River Heights	1,03 (0,85 - 1,26)	30,44 (25,12 - 36,88)	29,44 (25,93 - 33,41)
River East	1,08 (0,90 - 1,30)	27,80 (23,34 - 33,12)	25,67 (22,56 - 29,21)
Seven Oaks	1,27 (0,96 - 1,68)	30,70 (24,10 - 39,10)	24,20 (20,15 - 29,07)
St. James Assiniboia	1,22 (0,98 - 1,52)	30,71 (25,18 - 37,44)	25,23 (21,71 - 29,32)
Inkster	1,05 (0,71 - 1,54)	23,16 (16,56 - 32,39)	22,12 (17,69 - 27,66)
Centre-ville (f)	1,20 (0,99 - 1,45)	34,08 (28,76 - 40,39)	28,43 (24,72 - 32,69)
Point Douglas (f)	1,18 (0,91 - 1,51)	36,36 (29,15 - 45,34)	30,93 (26,15 - 36,58)
ORS du Sud-Ouest	1,03 (0,89 - 1,19)	21,14 (18,40 - 24,28)	20,52 (18,10 - 23,26)
ORS de la partie centrale	0,94 (0,80 - 1,11)	21,75 (18,60 - 25,42)	23,02 (20,08 - 26,38)
ORS du Nord	1,04 (0,81 - 1,33)	23,58 (18,91 - 29,39)	22,67 (19,09 - 26,92)
Manitoba	0,98 (0,87 - 1,10)	23,80 (21,23 - 26,68)	24,33 (24,06 - 24,60)
Normalisé par la méthode directe	1,00 (0,98 - 1,03)	24,83 (24,36 - 25,31)	24,72 (24,45 - 25,00)
Répondants aux enquêtes	1,09 (0,95 - 1,22)	25,39 (22,20 - 28,59)	23,40 (22,61 - 24,18)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.2 : Dépression, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,98 (0,85 - 1,12)	16,81 (14,70 - 19,22)	17,20 (15,23 - 19,43)
SE Nord	1,14 (0,97 - 1,34)	18,70 (16,11 - 21,72)	16,42 (14,32 - 18,84)
SE Centre	1,05 (0,82 - 1,36)	21,36 (16,76 - 27,22)	20,25 (17,61 - 23,29)
SE Ouest (f)	0,90 (0,75 - 1,07)	14,32 (12,19 - 16,83)	15,94 (13,82 - 18,39)
SE Sud	0,89 (0,61 - 1,28)	12,87 (9,09 - 18,24)	14,50 (12,18 - 17,27)
Centre	1,09 (0,93 - 1,27)	17,57 (15,19 - 20,33)	16,19 (14,25 - 18,39)
Assiniboine	0,97 (0,78 - 1,20)	15,61 (12,84 - 18,98)	16,12 (13,94 - 18,64)
Brandon	1,09 (0,83 - 1,42)	23,06 (18,26 - 29,14)	21,21 (17,85 - 25,21)
Entre-les-Lacs	0,99 (0,79 - 1,25)	17,36 (14,08 - 21,39)	17,52 (15,00 - 20,46)
Nord-Est	1,07 (0,87 - 1,31)	21,18 (17,64 - 25,44)	19,82 (17,16 - 22,88)
Parcs (f)	0,81 (0,64 - 1,02)	14,62 (11,82 - 18,08)	18,07 (15,55 - 21,00)
Nor-Man (d)	1,59 (1,10 - 2,30)	19,72 (14,55 - 26,73)	12,42 (9,75 - 15,82)
Burntwood	0,95 (0,67 - 1,36)	16,39 (11,99 - 22,39)	17,16 (13,95 - 21,11)
Winnipeg	1,02 (0,89 - 1,16)	21,19 (18,51 - 24,27)	20,87 (18,35 - 23,74)
Fort Garry	0,99 (0,82 - 1,20)	19,48 (16,34 - 23,24)	19,68 (17,15 - 22,58)
Assiniboine South	0,86 (0,63 - 1,18)	20,73 (15,53 - 27,68)	24,16 (20,36 - 28,66)
St. Boniface	1,01 (0,89 - 1,16)	19,90 (17,47 - 22,66)	19,62 (17,38 - 22,16)
St. Boniface Est	1,03 (0,87 - 1,21)	18,78 (16,10 - 21,91)	18,32 (16,00 - 20,96)
St. Boniface Ouest	0,95 (0,82 - 1,11)	20,53 (17,81 - 23,66)	21,59 (18,91 - 24,64)
St. Vital	1,03 (0,89 - 1,20)	19,79 (17,16 - 22,82)	19,14 (16,88 - 21,70)
St. Vital Sud	1,01 (0,85 - 1,21)	19,06 (16,18 - 22,45)	18,81 (16,34 - 21,64)
St. Vital Nord	1,03 (0,86 - 1,24)	20,34 (17,18 - 24,08)	19,71 (17,13 - 22,68)
Transcona	1,17 (0,91 - 1,51)	22,67 (18,10 - 28,39)	19,40 (16,37 - 22,99)
River Heights (f)	1,08 (0,88 - 1,34)	25,94 (21,16 - 31,79)	23,91 (20,95 - 27,29)
River East	1,09 (0,89 - 1,32)	23,15 (19,22 - 27,88)	21,30 (18,62 - 24,36)
Seven Oaks	1,18 (0,86 - 1,61)	23,04 (17,56 - 30,22)	19,52 (16,03 - 23,77)
St. James Assiniboia (f)	1,25 (0,99 - 1,58)	26,27 (21,27 - 32,44)	21,05 (17,97 - 24,66)
Inkster	1,13 (0,74 - 1,72)	19,27 (13,38 - 27,76)	17,08 (13,34 - 21,87)
Centre-ville (f,d)	1,29 (1,05 - 1,58)	27,28 (22,73 - 32,74)	21,14 (18,20 - 24,55)
Point Douglas (f)	1,25 (0,95 - 1,65)	29,31 (23,05 - 37,28)	23,50 (19,58 - 28,20)
ORS du Sud-Ouest	1,05 (0,90 - 1,21)	17,43 (15,10 - 20,11)	16,63 (14,63 - 18,90)
ORS de la partie centrale	0,96 (0,81 - 1,15)	17,88 (15,18 - 21,06)	18,53 (16,09 - 21,34)
ORS du Nord	1,19 (0,90 - 1,58)	17,85 (13,99 - 22,77)	14,96 (12,37 - 18,08)
Manitoba	1,00 (0,89 - 1,12)	19,42 (17,27 - 21,85)	19,46 (19,21 - 19,71)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,03 (1,00 - 1,05)	20,29 (19,85 - 20,73)	19,73 (19,48 - 19,98)
Répondants aux enquêtes	1,13 (0,97 - 1,29)	21,00 (18,09 - 23,92)	18,64 (17,96 - 19,32)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.3 : Troubles anxieux, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,05 (0,89 - 1,24)	7,34 (6,24 - 8,63)	7,02 (6,10 - 8,07)
SE Nord	1,06 (0,87 - 1,29)	9,12 (7,62 - 10,90)	8,60 (7,35 - 10,07)
SE Centre	0,88 (0,57 - 1,35)	5,45 (3,60 - 8,25)	6,20 (5,23 - 7,36)
SE Ouest (f)	0,88 (0,70 - 1,11)	5,88 (4,78 - 7,23)	6,67 (5,60 - 7,94)
SE Sud	0,85 (0,46 - 1,57)	4,22 (2,35 - 7,57)	4,98 (3,90 - 6,36)
Centre (d)	1,24 (1,02 - 1,51)	7,83 (6,52 - 9,41)	6,32 (5,43 - 7,37)
Assiniboine	1,04 (0,76 - 1,43)	5,68 (4,26 - 7,56)	5,46 (4,48 - 6,64)
Brandon	1,04 (0,71 - 1,53)	9,72 (6,96 - 13,58)	9,32 (7,42 - 11,70)
Entre-les-Lacs	1,04 (0,74 - 1,45)	6,74 (4,99 - 9,09)	6,50 (5,28 - 8,00)
Nord-Est	0,82 (0,59 - 1,12)	5,91 (4,43 - 7,89)	7,24 (6,00 - 8,74)
Parcs (f,d)	0,55 (0,38 - 0,79)	4,56 (3,26 - 6,39)	8,30 (6,88 - 10,01)
Nor-Man	1,35 (0,82 - 2,22)	9,94 (6,57 - 15,05)	7,36 (5,43 - 9,97)
Burntwood	1,11 (0,66 - 1,86)	7,37 (4,73 - 11,47)	6,64 (4,94 - 8,93)
Winnipeg	0,95 (0,81 - 1,11)	8,38 (7,17 - 9,79)	8,82 (7,65 - 10,17)
Fort Garry	1,00 (0,77 - 1,30)	8,35 (6,58 - 10,59)	8,33 (7,01 - 9,89)
Assiniboine South	0,76 (0,45 - 1,29)	6,21 (3,82 - 10,10)	8,20 (6,39 - 10,52)
St. Boniface	0,89 (0,75 - 1,05)	7,77 (6,62 - 9,10)	8,73 (7,59 - 10,04)
St. Boniface Est	0,89 (0,73 - 1,10)	7,91 (6,52 - 9,58)	8,85 (7,58 - 10,33)
St. Boniface Ouest	0,87 (0,72 - 1,06)	7,63 (6,39 - 9,11)	8,74 (7,48 - 10,21)
St. Vital	1,00 (0,83 - 1,21)	8,23 (6,88 - 9,84)	8,21 (7,08 - 9,52)
St. Vital Sud	1,01 (0,81 - 1,27)	8,23 (6,68 - 10,13)	8,12 (6,87 - 9,59)
St. Vital Nord	1,00 (0,78 - 1,28)	8,25 (6,60 - 10,32)	8,25 (6,96 - 9,77)
Transcona	0,76 (0,53 - 1,09)	8,59 (6,21 - 11,89)	11,28 (9,21 - 13,83)
River Heights	1,06 (0,78 - 1,44)	9,87 (7,38 - 13,21)	9,28 (7,88 - 10,95)
River East	1,06 (0,80 - 1,41)	8,29 (6,35 - 10,83)	7,83 (6,62 - 9,27)
Seven Oaks	1,21 (0,77 - 1,91)	9,94 (6,74 - 14,66)	8,21 (6,26 - 10,77)
St. James Assiniboia	1,24 (0,87 - 1,76)	9,71 (7,14 - 13,19)	7,83 (6,31 - 9,71)
Inkster	0,75 (0,37 - 1,53)	5,54 (2,92 - 10,51)	7,39 (5,24 - 10,44)
Centre-ville	0,96 (0,72 - 1,28)	10,29 (7,96 - 13,30)	10,72 (8,93 - 12,87)
Point Douglas (f)	1,30 (0,88 - 1,90)	13,44 (9,69 - 18,66)	10,37 (8,15 - 13,19)
ORS du Sud-Ouest	1,17 (0,98 - 1,41)	7,53 (6,33 - 8,97)	6,42 (5,54 - 7,44)
ORS de la partie centrale (f,d)	0,78 (0,62 - 0,99)	5,75 (4,62 - 7,17)	7,36 (6,23 - 8,68)
ORS du Nord	1,19 (0,82 - 1,74)	8,45 (6,10 - 11,70)	7,09 (5,56 - 9,02)
Manitoba	0,99 (0,86 - 1,13)	7,85 (6,87 - 8,97)	7,96 (7,78 - 8,13)
Normalisé par la méthode directe	1,01 (0,97 - 1,06)	8,21 (7,91 - 8,52)	8,12 (7,95 - 8,29)
Répondants aux enquêtes	0,96 (0,72 - 1,19)	7,22 (5,53 - 8,91)	7,55 (7,06 - 8,04)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.4 : Toxicomanie, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (d)	0,80 (0,65 - 0,99)	3,03 (2,47 - 3,73)	3,80 (3,22 - 4,47)
SE Nord	0,85 (0,65 - 1,10)	3,38 (2,66 - 4,30)	4,00 (3,31 - 4,82)
SE Centre	0,97 (0,58 - 1,60)	3,62 (2,21 - 5,92)	3,74 (3,07 - 4,56)
SE Ouest	0,78 (0,57 - 1,06)	2,62 (2,00 - 3,45)	3,37 (2,73 - 4,17)
SE Sud	0,57 (0,26 - 1,24)	2,48 (1,16 - 5,30)	4,39 (3,38 - 5,70)
Centre (f,d)	0,65 (0,49 - 0,87)	2,35 (1,80 - 3,07)	3,60 (3,01 - 4,30)
Assiniboine	0,84 (0,56 - 1,25)	3,31 (2,30 - 4,76)	3,94 (3,13 - 4,95)
Brandon	0,97 (0,56 - 1,69)	4,19 (2,57 - 6,84)	4,32 (3,17 - 5,87)
Entre-les-Lacs	1,08 (0,70 - 1,66)	3,94 (2,69 - 5,79)	3,66 (2,82 - 4,74)
Nord-Est (f)	0,94 (0,67 - 1,32)	5,59 (4,10 - 7,62)	5,96 (4,82 - 7,35)
Parcs (d)	0,67 (0,45 - 0,99)	3,88 (2,69 - 5,59)	5,82 (4,69 - 7,23)
Nor-Man (f)	1,63 (0,94 - 2,84)	9,29 (5,91 - 14,60)	5,69 (3,98 - 8,13)
Burntwood	0,70 (0,39 - 1,26)	4,92 (2,89 - 8,39)	7,01 (5,24 - 9,39)
Winnipeg	0,87 (0,74 - 1,04)	4,03 (3,37 - 4,80)	4,61 (3,97 - 5,35)
Fort Garry	1,09 (0,72 - 1,67)	2,81 (1,93 - 4,08)	2,57 (1,99 - 3,30)
Assiniboine South (s)	s	s	3,54 (2,42 - 5,16)
St. Boniface	0,86 (0,70 - 1,07)	3,73 (3,05 - 4,57)	4,31 (3,65 - 5,09)
St. Boniface Est	0,90 (0,68 - 1,19)	2,91 (2,24 - 3,77)	3,23 (2,67 - 3,90)
St. Boniface Ouest (d)	0,74 (0,59 - 0,94)	4,32 (3,46 - 5,40)	5,81 (4,86 - 6,95)
St. Vital	0,87 (0,67 - 1,13)	3,15 (2,46 - 4,03)	3,63 (3,03 - 4,35)
St. Vital Sud (f)	0,84 (0,59 - 1,19)	2,37 (1,72 - 3,28)	2,84 (2,30 - 3,51)
St. Vital Nord	0,90 (0,65 - 1,24)	4,18 (3,11 - 5,63)	4,66 (3,80 - 5,72)
Transcona	0,73 (0,40 - 1,31)	2,68 (1,57 - 4,57)	3,68 (2,74 - 4,95)
River Heights	0,85 (0,56 - 1,29)	4,83 (3,25 - 7,17)	5,69 (4,65 - 6,96)
River East	0,93 (0,65 - 1,32)	4,77 (3,42 - 6,65)	5,13 (4,21 - 6,25)
Seven Oaks (f,d)	1,92 (1,07 - 3,46)	6,83 (4,27 - 10,93)	3,56 (2,42 - 5,24)
St. James Assiniboia	0,96 (0,57 - 1,61)	3,95 (2,50 - 6,26)	4,11 (3,10 - 5,45)
Inkster	1,27 (0,63 - 2,54)	6,69 (3,70 - 12,09)	5,29 (3,53 - 7,92)
Centre-ville (f)	0,93 (0,67 - 1,29)	7,19 (5,32 - 9,72)	7,76 (6,31 - 9,56)
Point Douglas (f)	0,95 (0,62 - 1,44)	10,19 (7,00 - 14,84)	10,77 (8,44 - 13,76)
ORS du Sud-Ouest (f,d)	0,73 (0,57 - 0,93)	2,69 (2,13 - 3,39)	3,68 (3,11 - 4,36)
ORS de la partie centrale	0,86 (0,67 - 1,11)	4,54 (3,57 - 5,76)	5,25 (4,40 - 6,26)
ORS du Nord (f)	1,04 (0,69 - 1,57)	6,81 (4,74 - 9,79)	6,53 (5,09 - 8,36)
Manitoba (d)	0,84 (0,72 - 0,98)	3,66 (3,13 - 4,28)	4,36 (4,23 - 4,49)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,83 (0,78 - 0,89)	3,62 (3,41 - 3,82)	4,33 (4,20 - 4,46)
Répondants aux enquêtes	0,88 (0,49 - 1,27)	3,43 (1,95 - 4,92)	3,90 (3,52 - 4,28)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.5 : Troubles de la personnalité, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (f)	0,63 (0,33 - 1,21)	0,33 (0,21 - 0,52)	0,48 (0,37 - 0,63)
SE Nord (f)	0,68 (0,32 - 1,44)	0,28 (0,14 - 0,54)	0,40 (0,27 - 0,61)
SE Centre (s)	s	s	0,53 (0,36 - 0,79)
SE Ouest	0,61 (0,31 - 1,23)	0,40 (0,22 - 0,74)	0,65 (0,44 - 0,98)
SE Sud (s)	s	s	0,31 (0,13 - 0,70)
Winnipeg (d)	0,73 (0,56 - 0,96)	0,87 (0,66 - 1,17)	1,19 (0,96 - 1,48)
St. Boniface	0,71 (0,50 - 1,00)	0,71 (0,50 - 1,00)	0,99 (0,78 - 1,26)
St. Boniface Est	1,08 (0,66 - 1,78)	0,80 (0,51 - 1,26)	0,74 (0,54 - 1,01)
St. Boniface Ouest (d)	0,42 (0,27 - 0,67)	0,65 (0,42 - 1,00)	1,53 (1,16 - 2,01)
St. Vital	0,88 (0,56 - 1,39)	0,73 (0,47 - 1,13)	0,83 (0,63 - 1,10)
St. Vital Sud	0,83 (0,44 - 1,57)	0,64 (0,36 - 1,14)	0,77 (0,54 - 1,11)
St. Vital Nord	0,96 (0,51 - 1,81)	0,89 (0,50 - 1,58)	0,93 (0,65 - 1,34)
Winnipeg, autres (f)	0,81 (0,59 - 1,13)	1,18 (0,84 - 1,66)	1,45 (1,16 - 1,82)
ORS du Sud-Ouest	0,89 (0,57 - 1,39)	0,61 (0,40 - 0,93)	0,68 (0,51 - 0,91)
ORS de la région centrale	0,89 (0,47 - 1,67)	0,52 (0,29 - 0,93)	0,59 (0,41 - 0,84)
ORS du Nord (s)	s	s	0,69 (0,36 - 1,33)
Manitoba (d)	0,75 (0,58 - 0,95)	0,68 (0,53 - 0,87)	0,92 (0,86 - 0,98)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,77 (0,66 - 0,89)	0,71 (0,62 - 0,80)	0,92 (0,86 - 0,98)
Répondants aux enquêtes	1,44 (0,24 - 2,65)	0,94 (0,22 - 1,66)	0,65 (0,50 - 0,80)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.6 : Schizophrénie, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 10 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,57 (0,30 - 1,08)	0,47 (0,30 - 0,75)	0,73 (0,54 - 1,00)
SE Nord	0,96 (0,54 - 1,72)	0,71 (0,42 - 1,20)	0,74 (0,48 - 1,13)
SE Centre (s)	s	s	0,74 (0,46 - 1,18)
SE Ouest	0,50 (0,22 - 1,13)	0,33 (0,16 - 0,69)	0,65 (0,40 - 1,05)
SE Sud (s)	s	s	0,94 (0,53 - 1,67)
Winnipeg	0,73 (0,52 - 1,04)	1,04 (0,72 - 1,50)	1,42 (1,04 - 1,94)
St. Boniface (d)	0,57 (0,38 - 0,84)	0,83 (0,56 - 1,24)	1,34 (0,98 - 1,84)
St. Boniface Est	0,63 (0,34 - 1,17)	0,62 (0,35 - 1,11)	0,98 (0,66 - 1,46)
St. Boniface Ouest (d)	0,50 (0,31 - 0,78)	1,04 (0,67 - 1,63)	2,11 (1,48 - 3,01)
St. Vital	0,67 (0,39 - 1,14)	0,75 (0,44 - 1,28)	1,12 (0,79 - 1,59)
St. Vital Sud	0,54 (0,24 - 1,21)	0,48 (0,23 - 1,02)	0,89 (0,57 - 1,40)
St. Vital Nord	0,91 (0,50 - 1,64)	1,44 (0,83 - 2,49)	1,58 (1,06 - 2,37)
Winnipeg, autres	0,89 (0,59 - 1,34)	1,31 (0,86 - 2,00)	1,48 (1,07 - 2,06)
ORS du Sud-Ouest (f,d)	0,54 (0,30 - 0,97)	0,37 (0,21 - 0,65)	0,69 (0,47 - 1,00)
ORS de la région centrale	0,84 (0,47 - 1,50)	0,75 (0,43 - 1,29)	0,89 (0,60 - 1,32)
ORS du Nord	0,84 (0,31 - 2,24)	0,93 (0,39 - 2,25)	1,12 (0,64 - 1,96)
Manitoba (d)	0,72 (0,51 - 1,00)	0,79 (0,57 - 1,10)	1,10 (1,03 - 1,17)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,73 (0,64 - 0,84)	0,88 (0,77 - 0,98)	1,19 (1,12 - 1,26)
Répondants aux enquêtes (d, D)	6,26 (0,00 - 12,74)	0,41 (0,13 - 0,69)	0,07 (0,03 - 0,10)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 6.10.7 : Démence, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 55 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (d)	1,36 (1,06 - 1,75)	15,42 (12,32 - 19,32)	11,32 (9,37 - 13,67)
SE Nord (d)	2,53 (1,82 - 3,51)	18,87 (15,36 - 23,17)	7,47 (5,69 - 9,80)
SE Centre (s)	s	s	15,72 (12,78 - 19,34)
SE Ouest	1,07 (0,73 - 1,56)	11,45 (8,38 - 15,65)	10,73 (8,54 - 13,49)
SE Sud (s)	s	s	13,14 (9,65 - 17,90)
Centre	0,97 (0,70 - 1,35)	11,64 (8,64 - 15,69)	11,96 (9,74 - 14,69)
Assiniboine (f,d)	0,52 (0,30 - 0,91)	7,92 (4,71 - 13,32)	15,11 (12,00 - 19,03)
Brandon	1,07 (0,42 - 2,76)	9,99 (4,42 - 22,57)	9,30 (5,65 - 15,30)
Entre-les-Lacs	0,98 (0,57 - 1,70)	15,42 (9,44 - 25,20)	15,68 (11,81 - 20,83)
Nord-Est	1,24 (0,77 - 2,00)	14,05 (9,25 - 21,33)	11,32 (8,59 - 14,92)
Parcs	0,74 (0,37 - 1,47)	9,06 (4,89 - 16,80)	12,22 (8,73 - 17,11)
Nor-Man	1,59 (0,62 - 4,12)	11,80 (5,51 - 25,28)	7,41 (4,11 - 13,37)
Burntwood (s)	s	s	s
Winnipeg	0,96 (0,89 - 1,05)	17,45 (15,87 - 19,18)	18,12 (17,18 - 19,11)
Fort Garry	0,72 (0,51 - 1,03)	17,56 (12,52 - 24,64)	24,29 (19,99 - 29,51)
Assiniboine South (d)	0,40 (0,19 - 0,84)	12,79 (6,25 - 26,15)	31,74 (25,55 - 39,43)
St. Boniface (d)	1,54 (1,24 - 1,91)	18,44 (15,17 - 22,42)	12,01 (9,99 - 14,43)
St. Boniface Est	1,35 (0,94 - 1,92)	16,03 (11,89 - 21,62)	11,91 (9,62 - 14,74)
St. Boniface Ouest (d)	1,44 (1,21 - 1,72)	17,15 (14,97 - 19,64)	11,90 (10,32 - 13,71)
St.Vital	1,17 (0,91 - 1,51)	20,96 (16,64 - 26,40)	17,87 (14,81 - 21,56)
St. Vital Sud	1,06 (0,80 - 1,40)	21,23 (16,81 - 26,80)	20,11 (16,81 - 24,05)
St. Vital Nord	1,05 (0,80 - 1,38)	17,87 (14,10 - 22,65)	16,95 (14,51 - 19,80)
Transcona	1,80 (0,85 - 3,79)	22,36 (12,11 - 41,30)	12,44 (7,90 - 19,58)
River Heights	1,01 (0,65 - 1,58)	25,19 (16,33 - 38,85)	24,86 (20,58 - 30,03)
River East	1,22 (0,78 - 1,92)	21,23 (13,84 - 32,57)	17,39 (13,97 - 21,63)
Seven Oaks	1,15 (0,55 - 2,42)	20,31 (10,68 - 38,60)	17,67 (11,74 - 26,60)
St. James Assiniboia (d)	0,50 (0,27 - 0,93)	14,67 (8,12 - 26,49)	29,08 (23,23 - 36,40)
Inkster (s)	s	s	24,97 (13,88 - 44,91)
Centre-ville	1,17 (0,74 - 1,85)	21,14 (14,15 - 31,58)	18,00 (13,74 - 23,57)
Point Douglas	1,40 (0,66 - 2,97)	25,08 (13,42 - 46,88)	17,87 (11,45 - 27,88)
ORS du Sud-Ouest (f)	0,83 (0,65 - 1,06)	10,63 (8,46 - 13,36)	12,83 (11,36 - 14,49)
ORS de la partie centrale	1,02 (0,75 - 1,37)	12,62 (9,63 - 16,55)	12,43 (10,72 - 14,42)
ORS du Nord	1,09 (0,45 - 2,64)	8,70 (4,14 - 18,29)	7,95 (4,93 - 12,80)
Manitoba	1,04 (0,89 - 1,22)	16,61 (14,20 - 19,43)	15,97 (15,44 - 16,49)
Normalisé par la méthode directe	1,02 (0,96 - 1,09)	14,55 (13,68 - 15,42)	14,26 (13,76 - 14,76)
Répondants aux enquêtes	1,24 (0,82 - 1,66)	9,44 (6,37 - 12,51)	7,61 (6,94 - 8,28)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 7: Services de prévention

Indicateurs dans ce chapitre :

- 7.1 Calendrier de vaccination complète (enfants de deux ans)
- 7.2 Vaccination contre la grippe chez les adultes
- 7.3 Mammographie
- 7.4 Dépistage du cancer du col utérin
- 7.5 Comparaison des taux entre les échantillons
- 7.6 Constatations de l'analyse documentaire
- 7.7 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, la cohorte francophone a des taux plus élevés de soins préventifs que le groupe témoin formé d'autres Manitobains en ce qui concerne la vaccination contre la grippe, la mammographie et le dépistage du cancer du col utérin, et des taux similaires en ce qui concerne la vaccination chez les enfants.
- Lorsqu'on s'attarde aux différentes régions de la province, les taux de soins préventifs sont généralement plus élevés parmi la cohorte francophone. Les taux de vaccination chez les enfants de la cohorte francophone de bien des SC de Winnipeg sont moins élevés, mais ils sont plus élevés dans plusieurs ORS des régions rurales.
- Parmi les francophones, il existe quelques variations selon la région où ils vivent.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour presque chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 7.0 : Sommaire des indicateurs des services de prévention comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Proportion d'enfants de deux ans ayant suivi le calendrier de vaccination complète		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f,d)	↑	↑
Centre (f,d)	↑	↑
Burntwood (d)	↑	
Winnipeg (f,d)	↓	↓
St. Boniface (f,d)	↓	↓
St. Boniface Est (d)	↓	
St. Vital (f,d)	↓	↓
St. Vital Sud (d)	↓	
Point Douglas (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Proportion d'adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
St. Boniface (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Répondants aux enquêtes (d)	↑	
Prévalence de mammographie		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Ouest (d)	↑	
Centre (d)	↑	
Nord-Est (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Est (f,d)	↑	↑
St. Boniface Ouest (d)	↑	↓
Centre-ville (f)	↑	↓
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
ORS de la partie centrale (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Répondants aux enquêtes (d)	↑	
Dépistage du cancer du col utérin		
Manitoba (d)	↑	
Centre (d)	↑	
Assiniboine (f)	↑	↓
Brandon (d)	↑	
Nor-Man (f)	↑	↓
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface	↑	
St. Boniface Ouest (d)	↑	
Centre-ville (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
ORS du Nord (f)	↑	↓
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3)

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

7.1 Calendrier de vaccination complète (enfants de deux ans)

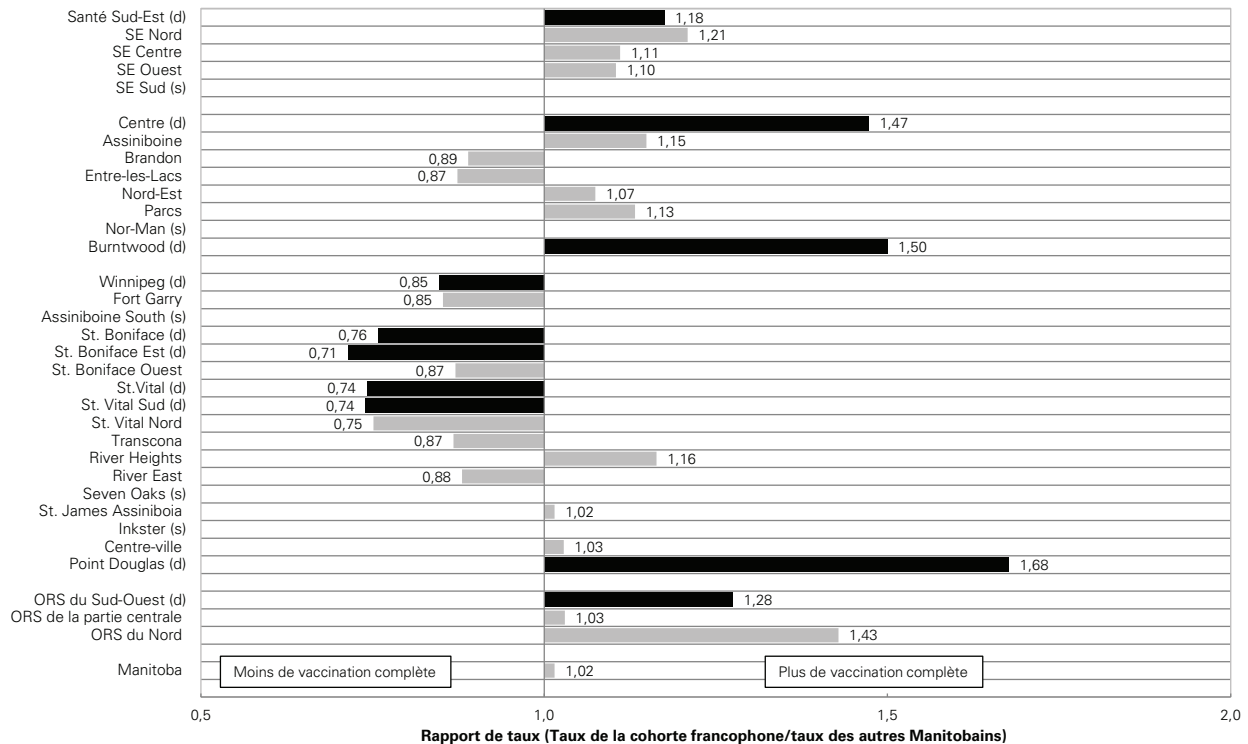
Le **calendrier de vaccination** recommandé pour les enfants change avec le temps. Les lignes directrices utilisées pour ce rapport sont celles recommandées en 2006–2007 (Lutte contre les maladies transmissibles (Manitoba, 2011). Il est recommandé que les enfants de deux ans aient reçu les **vaccins** suivants :

- quatre vaccins contre la **diphtérie**, la **coqueluche** acellulaire et le **tétanos**;
- trois vaccins contre la polio;
- quatre vaccins contre le ***Haemophilus Influenzae de type B***;
- un vaccin contre la rougeole, la **rubéole** et les **oreillons**;
- un vaccin contre la **varicelle**;
- quatre vaccins conjugués heptavalents contre le pneumocoque.

La définition de calendrier de vaccination complète s'applique au pourcentage d'enfants de deux ans (nés en 2005–2006) ayant continuellement été inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba jusqu'à leur deuxième anniversaire et qui ont reçu tous les vaccins recommandés à cet âge. Les valeurs ont été calculées à partir des données des années du civile 2007 et 2008, puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 7.1.1 : Enfants de deux ans ayant suivi le calendrier de vaccination complète — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains
Ajusté selon le sexe, enfants de deux ans nés en 2005–2006 (années civiles)



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de vaccination chez les enfants entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02). Cependant, les taux des enfants de la cohorte francophone sont plus élevés dans certaines régions rurales et moins élevés dans la plupart des régions urbaines.
- On constate des différences significatives dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,28), à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,18), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,47), à l'ORS de Burntwood (rapport de taux : 1,50) et à Point Douglas (rapport de taux : 1,68), où les taux de vaccination des enfants francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, ainsi qu'à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 0,85), à Saint-Boniface (rapport de taux : 0,76), à Saint-Boniface Est (rapport de taux : 0,71) et à Saint-Vital (rapport de taux : 0,74), où les taux de vaccination des enfants francophones sont moins élevés.
- Les taux de vaccination chez les enfants francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, sauf ceux de Santé Sud-Est et de l'ORS du Centre, dont les taux sont plus élevés que celui des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Winnipeg, de Saint-Boniface et de Saint-Vital, dont les taux sont moins élevés (Tableau 7.7.1).

7.2 Vaccination contre la grippe chez les adultes

La vaccination contre la grippe est un moyen efficace de prévenir la grippe et ses complications parmi les populations à risque élevé, comme les personnes âgées. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande la vaccination contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus (2003).

La définition de vaccination contre la grippe chez les adultes s'applique à la proportion de résidents de 65 ans et plus ayant été vaccinés contre la grippe au cours d'une année donnée. Les vaccinations contre la grippe sont définies au moyen des codes tarifaires des médecins faisant partie des données du Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (Annexe 1). Les valeurs ont été calculées sur une période d'un an (2007–2008), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

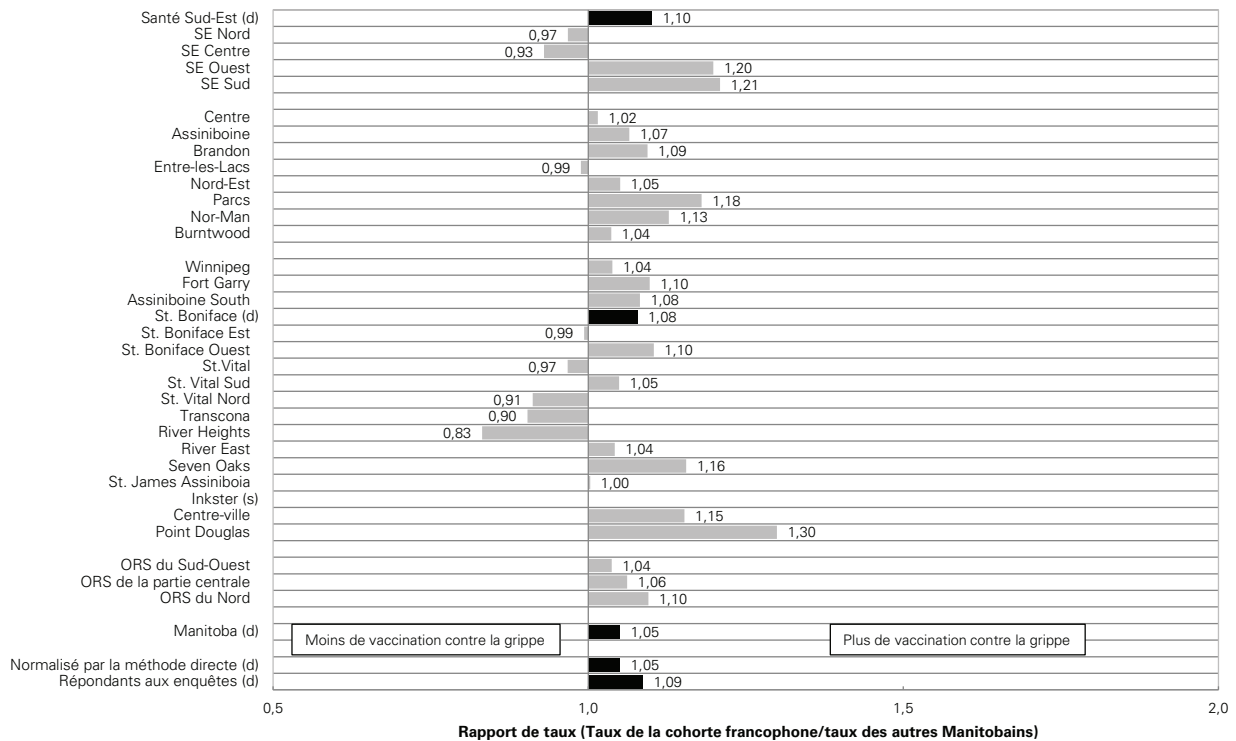
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de vaccination contre la grippe chez les adultes de la cohorte francophone est légèrement plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,05) et que celui de l'échantillon d'enquêtes (rapport de taux : 1,09).
- Bien que les taux de vaccination contre la grippe chez les adultes de la cohorte francophone semblent être plus élevés dans la plupart des régions, ils sont nettement plus élevés à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,10) et à Saint-Boniface (rapport de taux : 1,08).
- Les taux de vaccination contre la grippe chez les adultes francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 7.7.2).

Figure 7.2.1 : Adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2007–2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 65 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

7.3 Mammographie

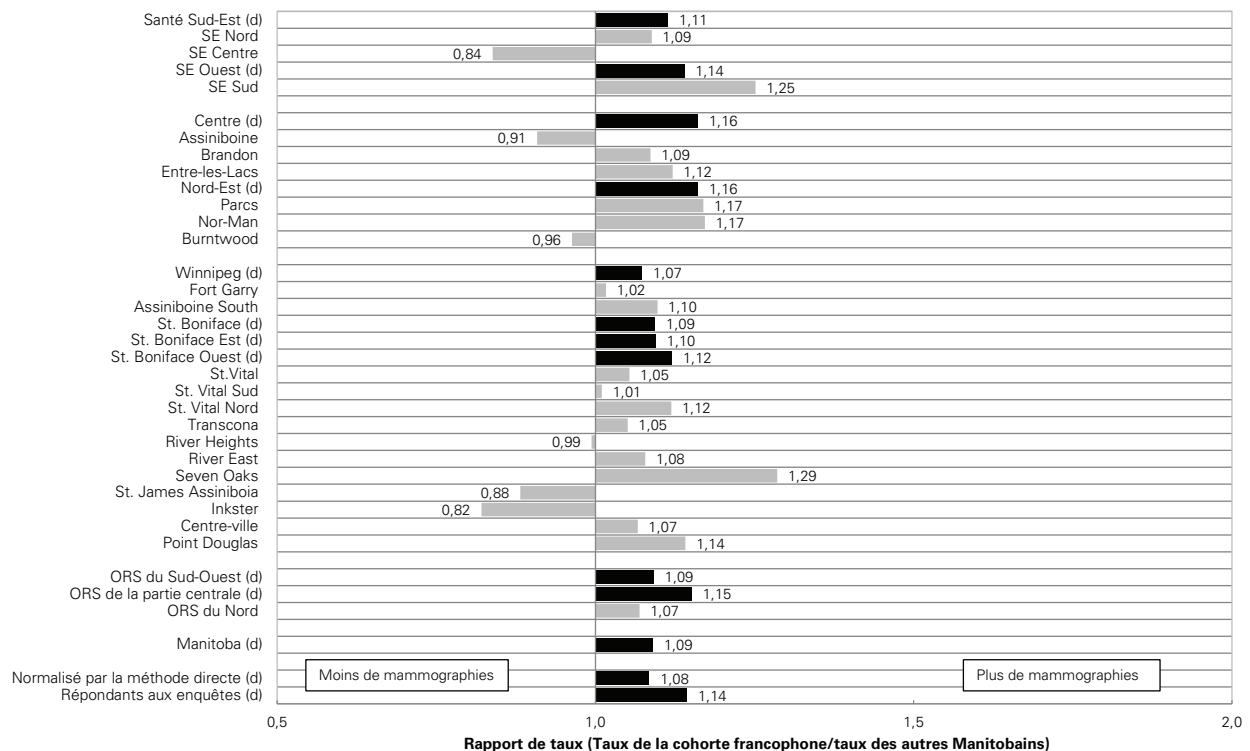
La mammographie est couramment utilisée comme test de **dépistage du cancer du sein**. En 1995, le Manitoba a établi un programme de dépistage du cancer du sein à la grandeur de la province, dont le fonctionnement est assuré par Action cancer Manitoba. Il est recommandé que toutes les femmes de 50 à 69 ans passent un test de dépistage du cancer du sein tous les deux ans.

La définition de mammographie s'applique à la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont eu au moins une mammographie dans une période de deux ans. Cela comprend les mammographies de dépistage et les mammographies diagnostiques. Les taux ont été calculés sur deux périodes de deux ans (2005–2006 et 2006–2007, 2007–2008 et 2008–2009), puis ajustés selon l'âge.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 7.3.1 : Mammographie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2005–2006 et 2006–2007, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge, femmes de 50 à 69 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de mammographie de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,09) et que celui de l'échantillon d'enquêtes (rapport de taux : 1,14).
- Les taux de mammographie sont plus élevés chez les francophones de la plupart des régions. Ils sont cependant nettement plus élevés dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,09), dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 1,15), à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,11), notamment dans le district Ouest (rapport de taux : 1,14), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,16), à l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 1,16), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,07) et à Saint-Boniface (rapport de taux : 1,09).
- Les taux de mammographie des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception du secteur communautaire du centre-ville, où le taux est nettement inférieur et à Saint-Boniface Est où le taux est plus élevé (Tableau 7.7.3).

7.4 Dépistage du cancer du col utérin

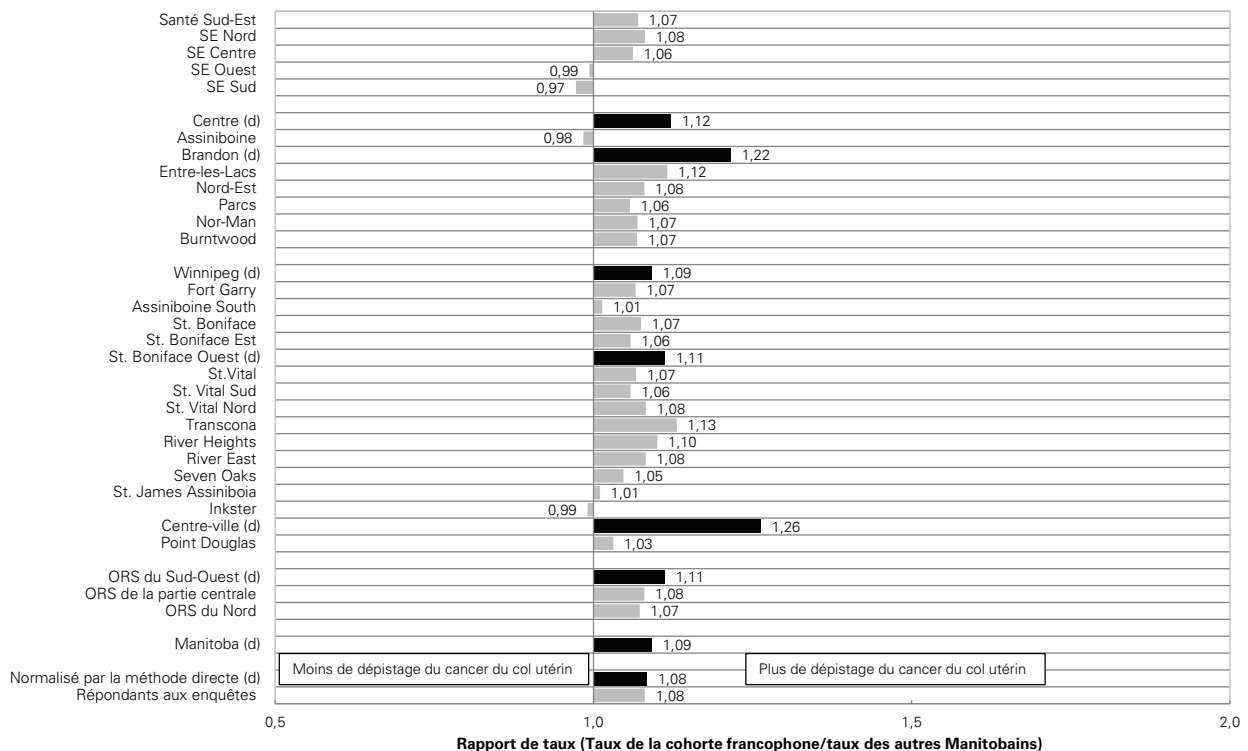
Le test de Papanicolaou (ou test Pap), qui est effectué avant tout à des fins de dépistage du cancer du col utérin, est un examen des cellules du col de l'utérus afin d'y détecter la présence de tumeurs précancéreuses ou cancéreuses, ainsi que la présence d'affections non-cancéreuses comme une inflammation due à une infection. La définition de dépistage du cancer du col utérin s'applique à la

proportion de femmes de 18 à 69 ans qui ont passé au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans. Les taux ont été calculés sur une période de trois ans (2006–2007 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 7.4.1 : Dépistage du cancer du col utérin — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains et à l'échantillon d'enquêtes, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge, femmes de 18 à 69 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de dépistage du cancer du col utérin de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,09). Les différences ne sont pas statistiquement significatives, mais elles sont conformes aux résultats obtenus auprès de l'échantillon d'enquêtes (rapport de taux : 1,08).¹¹
- Les taux de dépistage du cancer du col utérin sont plus élevés chez les francophones de la plupart des régions. Ils sont cependant nettement plus élevés dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,11), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,12), à l'ORS de Brandon (rapport de taux : 1,22), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,09), à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 1,11) et au centre-ville (rapport de taux : 1,26).

11 En raison de la taille réduite de l'échantillon, une signification statistique n'a pu être démontrée.

- Les taux de dépistage du cancer du col utérin des francophones de presque toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux des ORS du Nord, de l'ORS Assiniboine et de l'ORS de NOR-MAN, dont les taux sont nettement inférieurs (Tableau 7.7.4).

7.5 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 7.5.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Vaccination contre la grippe chez les adultes	2007-2008	64,80%	61,68%	1,05 (d)	68,27%	62,81%	1,09 (d)
Dépistage du cancer du sein	2005-2006 et 2006-2007 2007-2008 et 2008-2009	65,57%	60,44%	1,08 (d)	73,34%	64,10%	1,14 (d)
Dépistage du cancer du col utérin	2006-2007 à 2008-2009	68,86%	63,50%	1,08 (d)	69,40%	64,21%	1,08

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

7.6 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

Vaccination contre la grippe chez les adultes

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a établi que les différences n'étaient pas significatives entre les taux de vaccination contre la grippe des adultes francophones plus âgés et ceux de l'ensemble des personnes de 65 ans et plus (55 % et 60 %) (2010).

Dépistage du cancer du sein

- Woloshin, Schwartz, Katz et Welch ont examiné l'influence de la langue sur l'utilisation des services de prévention auprès de trois groupes de femmes tirées de leur échantillon : celles parlant anglais (90 %), celles parlant français (4 %) et celles parlant une langue autre que le français ou l'anglais (6 %). Après un ajustement tenant compte de facteurs socioéconomiques, des prises de contact avec le système de santé et de mesures culturelles, ils ont établi que les femmes parlant français étaient moins portées à passer des examens des seins ou mammographies, tandis que les femmes parlant une autre langue étaient moins portées à passer un test Pap (1997).

- L'IRSS n'a constaté aucune différence significative entre les femmes francophones et anglophones au chapitre des taux d'examen des seins par un professionnel (francophones : 65 %; anglophones : 69 %), des taux de mammographie au cours des deux années précédentes (francophones : 66 %; anglophones : 68 %) et des taux d'autoexamen des seins (francophones : 43 %; anglophones : 40 %) (2010).
- Picard et Allaire ont constaté que les femmes francophones (de 50 à 69 ans) avaient plus de mammographies que la population non-francophone de l'Ontario (93 % et 87 %) (2005).

Dépistage du cancer du col utérin

- En Ontario, il n'y avait pas de différence significative entre les femmes francophones et anglophones dans les taux de tests Pap effectués au cours des trois années précédentes (francophones : 74 %; anglophones : 76 %) (IRSS, 2010).
- *Dans la présente étude, la cohorte francophone est plus portée à recourir aux services de prévention que les autres Manitobains. Cette cohorte a des taux légèrement plus élevés que le groupe témoin formé d'autres Manitobains en ce qui a trait à la vaccination contre la grippe chez les adultes (rapport de taux : 1,05), à la mammographie (rapport de taux : 1,09) et au dépistage du cancer du col utérin (rapport de taux : 1,09). Les taux de vaccination chez les enfants de la cohorte francophone des régions urbaines sont moins élevés, mais ceux des enfants de la cohorte francophone des régions rurales sont plus élevés.*

7.7 Tableaux supplémentaires

Tableau 7.7.1 : Enfants de deux ans ayant suivi le calendrier de vaccination complète

Ajusté selon le sexe, enfants de deux ans nés en 2005–2006 (années civiles)

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (f,d)	1,18 (1,08 - 1,28)	82,05 (75,35 - 89,33)	69,83 (66,21 - 73,64)
SE Nord	1,21 (0,99 - 1,48)	84,08 (70,65 - 100,06)	69,54 (61,39 - 78,76)
SE Centre	1,11 (0,78 - 1,59)	71,25 (50,70 - 100,14)	64,15 (56,28 - 73,12)
SE Ouest	1,10 (0,89 - 1,37)	83,02 (69,41 - 99,31)	75,16 (65,83 - 85,81)
SE Sud (s)	s	s	77,80 (59,86 - 101,11)
Centre (f,d)	1,47 (1,27 - 1,71)	83,28 (73,37 - 94,53)	56,54 (51,81 - 61,71)
Assiniboine	1,15 (0,90 - 1,46)	70,51 (57,25 - 86,83)	61,36 (53,92 - 69,84)
Brandon	0,89 (0,67 - 1,18)	68,40 (53,26 - 87,83)	76,90 (66,68 - 88,70)
Entre-les-Lacs	0,87 (0,63 - 1,20)	55,60 (41,84 - 73,89)	63,65 (54,66 - 74,12)
Nord-Est	1,07 (0,78 - 1,49)	55,42 (41,71 - 73,65)	51,57 (43,75 - 60,78)
Parcs	1,13 (0,85 - 1,52)	81,18 (63,21 - 104,25)	71,70 (61,29 - 83,86)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (d)	1,50 (1,04 - 2,16)	90,00 (66,72 - 121,42)	60,00 (48,58 - 74,10)
Winnipeg (f,d)	0,85 (0,78 - 0,92)	56,21 (51,79 - 61,00)	66,37 (63,43 - 69,45)
Fort Garry	0,85 (0,64 - 1,14)	54,62 (42,11 - 70,84)	64,07 (55,45 - 74,03)
Assiniboine South (s)	s	s	s
St. Boniface (f,d)	0,76 (0,67 - 0,85)	52,41 (46,95 - 58,50)	69,15 (64,97 - 73,59)
St. Boniface Est (d)	0,71 (0,57 - 0,90)	53,93 (43,66 - 66,61)	75,43 (67,80 - 83,92)
St. Boniface Ouest	0,87 (0,67 - 1,14)	50,73 (40,42 - 63,68)	58,26 (49,90 - 68,02)
St. Vital (f,d)	0,74 (0,64 - 0,87)	51,28 (44,43 - 59,17)	69,11 (64,23 - 74,37)
St. Vital Sud (d)	0,74 (0,56 - 0,97)	56,07 (43,56 - 72,17)	75,78 (66,70 - 86,09)
St. Vital Nord	0,75 (0,51 - 1,11)	43,79 (30,80 - 62,26)	58,29 (48,61 - 69,90)
Transcona	0,87 (0,64 - 1,18)	57,92 (44,15 - 75,97)	66,73 (57,65 - 77,24)
River Heights	1,16 (0,84 - 1,61)	74,82 (55,46 - 100,94)	64,29 (56,34 - 73,36)
River East	0,88 (0,68 - 1,14)	60,89 (47,84 - 77,51)	69,16 (62,27 - 76,80)
Seven Oaks (s)	s	s	66,63 (53,27 - 83,33)
St. James Assiniboia	1,02 (0,72 - 1,43)	81,77 (60,61 - 110,30)	80,55 (67,31 - 96,40)
Inkster (s)	s	s	s
Centre-ville	1,03 (0,76 - 1,39)	57,12 (44,04 - 74,09)	55,54 (47,69 - 64,67)
Point Douglas (d)	1,68 (1,12 - 2,50)	72,68 (52,92 - 99,81)	43,33 (33,82 - 55,53)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,28 (1,08 - 1,51)	77,68 (66,77 - 90,37)	60,92 (55,23 - 67,19)
ORS de la partie centrale	1,03 (0,85 - 1,25)	63,41 (53,17 - 75,61)	61,56 (55,57 - 68,19)
ORS du Nord	1,43 (0,98 - 2,08)	90,85 (66,47 - 124,17)	63,59 (51,29 - 78,85)
Manitoba	1,02 (0,97 - 1,06)	66,94 (63,85 - 70,19)	65,93 (63,90 - 67,97)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 7.7.2 : Adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe, 2007–2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 65 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (d)	1,10 (1,02 - 1,19)	64,03 (59,74 - 68,63)	58,15 (55,63 - 60,78)
SE Nord	0,97 (0,81 - 1,16)	60,48 (51,98 - 70,38)	62,49 (56,31 - 69,35)
SE Centre	0,93 (0,46 - 1,90)	48,57 (24,25 - 97,26)	52,23 (44,06 - 61,92)
SE Ouest	1,20 (0,99 - 1,45)	71,01 (60,46 - 83,41)	59,25 (52,79 - 66,50)
SE Sud	1,21 (0,81 - 1,82)	64,77 (45,43 - 92,34)	53,56 (43,63 - 65,74)
Centre	1,02 (0,92 - 1,12)	64,75 (59,09 - 70,94)	63,77 (60,46 - 67,27)
Assiniboine	1,07 (0,91 - 1,24)	66,39 (57,86 - 76,18)	62,33 (57,83 - 67,19)
Brandon	1,09 (0,82 - 1,45)	68,92 (53,93 - 88,06)	63,00 (54,42 - 72,93)
Entre-les-Lacs	0,99 (0,81 - 1,20)	64,39 (54,26 - 76,42)	65,14 (59,17 - 71,71)
Nord-Est	1,05 (0,90 - 1,23)	65,79 (57,34 - 75,49)	62,62 (57,83 - 67,81)
Parcs	1,18 (0,96 - 1,45)	66,21 (55,33 - 79,23)	56,11 (50,28 - 62,62)
Nor-Man	1,13 (0,85 - 1,50)	67,41 (52,99 - 85,74)	59,76 (51,18 - 69,77)
Burntwood	1,04 (0,70 - 1,53)	66,77 (47,85 - 93,17)	64,42 (52,33 - 79,30)
Winnipeg	1,04 (0,99 - 1,09)	67,33 (63,94 - 70,89)	64,84 (62,88 - 66,85)
Fort Garry	1,10 (0,95 - 1,26)	75,32 (66,40 - 85,43)	68,62 (64,11 - 73,46)
Assiniboine South	1,08 (0,81 - 1,45)	76,54 (57,90 - 101,19)	70,73 (63,81 - 78,40)
St. Boniface (d)	1,08 (1,01 - 1,15)	67,37 (63,58 - 71,39)	62,48 (59,82 - 65,27)
St. Boniface Est	0,99 (0,80 - 1,23)	64,20 (53,21 - 77,47)	64,62 (57,64 - 72,44)
St. Boniface Ouest	1,10 (0,98 - 1,24)	67,84 (61,40 - 74,95)	61,44 (56,61 - 66,68)
St. Vital	0,97 (0,88 - 1,07)	64,66 (59,20 - 70,63)	66,85 (63,31 - 70,59)
St. Vital Sud	1,05 (0,83 - 1,33)	69,55 (56,79 - 85,17)	66,29 (57,91 - 75,90)
St. Vital Nord	0,91 (0,74 - 1,12)	61,13 (50,89 - 73,43)	67,05 (60,22 - 74,64)
Transcona	0,90 (0,62 - 1,31)	58,06 (41,61 - 81,01)	64,25 (54,53 - 75,69)
River Heights	0,83 (0,65 - 1,07)	52,86 (41,37 - 67,55)	63,56 (59,90 - 67,44)
River East	1,04 (0,85 - 1,27)	67,32 (55,71 - 81,35)	64,61 (59,92 - 69,65)
Seven Oaks	1,16 (0,83 - 1,61)	76,21 (57,65 - 100,75)	65,95 (55,28 - 78,68)
St. James Assiniboia	1,00 (0,80 - 1,26)	74,05 (59,92 - 91,51)	73,81 (66,95 - 81,37)
Inkster (s)	s	s	64,72 (48,27 - 86,77)
Centre-ville	1,15 (0,92 - 1,45)	64,10 (52,70 - 77,98)	55,60 (49,31 - 62,70)
Point Douglas	1,30 (0,92 - 1,83)	76,27 (56,84 - 102,35)	58,70 (49,02 - 70,27)
ORS du Sud-Ouest	1,04 (0,91 - 1,18)	65,48 (58,15 - 73,74)	63,13 (58,96 - 67,60)
ORS de la partie centrale	1,06 (0,94 - 1,19)	65,50 (58,90 - 72,85)	61,68 (57,98 - 65,62)
ORS du Nord	1,10 (0,85 - 1,42)	67,20 (53,93 - 83,73)	61,35 (53,33 - 70,57)
Manitoba (d)	1,05 (1,02 - 1,08)	66,25 (64,17 - 68,40)	63,06 (62,07 - 64,05)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,05 (1,02 - 1,08)	64,80 (63,12 - 66,48)	61,68 (60,68 - 62,67)
Répondants aux enquêtes (d)	1,09 (1,00 - 1,17)	68,27 (63,24 - 73,29)	62,81 (61,11 - 64,51)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 7.7.3 : Mammographie, 2005–2006 et 2006–2007, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge, femmes de 50 à 69 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est (d)	1,11 (1,05 - 1,19)	66,92 (63,08 - 70,99)	60,04 (57,90 - 62,26)
SE Nord	1,09 (0,99 - 1,20)	66,90 (61,34 - 72,98)	61,47 (58,15 - 64,97)
SE Centre	0,84 (0,61 - 1,14)	50,54 (37,39 - 68,33)	60,27 (55,46 - 65,50)
SE Ouest (d)	1,14 (1,03 - 1,27)	69,16 (63,32 - 75,53)	60,67 (56,91 - 64,68)
SE Sud	1,25 (0,92 - 1,70)	61,97 (47,07 - 81,57)	49,51 (43,26 - 56,66)
Centre (d)	1,16 (1,06 - 1,28)	60,26 (55,35 - 65,61)	51,88 (49,19 - 54,71)
Assiniboine	0,91 (0,76 - 1,08)	57,79 (49,54 - 67,41)	63,60 (58,47 - 69,18)
Brandon	1,09 (0,84 - 1,40)	63,43 (51,00 - 78,89)	58,38 (51,06 - 66,74)
Entre-les-Lacs	1,12 (0,94 - 1,34)	69,72 (59,92 - 81,12)	62,17 (56,62 - 68,26)
Nord-Est (d)	1,16 (1,00 - 1,35)	72,88 (64,12 - 82,83)	62,73 (57,91 - 67,97)
Parcs	1,17 (0,98 - 1,40)	65,22 (55,91 - 76,08)	55,77 (50,70 - 61,36)
Nor-Man	1,17 (0,89 - 1,55)	67,94 (53,47 - 86,32)	57,97 (49,92 - 67,32)
Burntwood	0,96 (0,70 - 1,32)	53,49 (40,74 - 70,24)	55,54 (47,38 - 65,10)
Winnipeg (d)	1,07 (1,01 - 1,14)	64,84 (60,95 - 68,97)	60,38 (57,70 - 63,18)
Fort Garry	1,02 (0,87 - 1,18)	68,81 (60,24 - 78,59)	67,69 (62,67 - 73,11)
Assiniboine South	1,10 (0,79 - 1,53)	71,17 (53,57 - 94,55)	64,85 (54,71 - 76,86)
St. Boniface (d)	1,09 (1,03 - 1,17)	66,91 (63,10 - 70,95)	61,15 (58,90 - 63,48)
St. Boniface Est (f,d)	1,10 (1,00 - 1,20)	73,59 (67,87 - 79,79)	67,19 (63,94 - 70,60)
St. Boniface Ouest (d)	1,12 (1,01 - 1,24)	60,48 (55,43 - 65,98)	53,96 (50,85 - 57,25)
St.Vital	1,05 (0,97 - 1,14)	67,98 (63,09 - 73,25)	64,53 (61,72 - 67,47)
St. Vital Sud	1,01 (0,90 - 1,13)	68,96 (62,23 - 76,43)	68,27 (64,32 - 72,46)
St. Vital Nord	1,12 (0,98 - 1,28)	66,78 (59,45 - 75,01)	59,67 (55,52 - 64,13)
Transcona	1,05 (0,82 - 1,34)	62,98 (51,00 - 77,78)	59,94 (53,06 - 67,72)
River Heights	0,99 (0,80 - 1,24)	57,39 (46,91 - 70,21)	57,73 (52,65 - 63,30)
River East	1,08 (0,89 - 1,31)	58,38 (48,97 - 69,60)	54,14 (49,49 - 59,24)
Seven Oaks	1,29 (0,94 - 1,76)	71,78 (55,23 - 93,29)	55,84 (47,07 - 66,24)
St. James Assiniboia	0,88 (0,68 - 1,15)	53,57 (42,37 - 67,75)	60,74 (53,60 - 68,82)
Inkster	0,82 (0,50 - 1,35)	47,41 (30,48 - 73,74)	57,76 (45,71 - 72,97)
Centre-ville (f)	1,07 (0,84 - 1,35)	48,61 (39,67 - 59,55)	45,57 (40,33 - 51,50)
Point Douglas	1,14 (0,77 - 1,68)	47,32 (33,99 - 65,89)	41,46 (33,71 - 50,98)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,09 (1,00 - 1,19)	60,04 (55,59 - 64,84)	54,97 (52,46 - 57,60)
ORS de la partie centrale (d)	1,15 (1,02 - 1,30)	69,54 (62,53 - 77,33)	60,38 (56,26 - 64,79)
ORS du Nord	1,07 (0,83 - 1,37)	59,76 (48,15 - 74,16)	55,87 (48,91 - 63,83)
Manitoba (d)	1,09 (1,06 - 1,12)	64,96 (63,05 - 66,93)	59,56 (58,86 - 60,25)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,08 (1,06 - 1,11)	65,57 (64,41 - 66,73)	60,44 (59,74 - 61,13)
Répondants aux enquêtes (d)	1,14 (1,03 - 1,26)	73,34 (66,58 - 80,11)	64,10 (62,10 - 66,10)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 7.7.4 : Dépistage du cancer du col utérin, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge, femmes de 18 à 69 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,07 (0,99 - 1,15)	67,96 (63,28 - 73,00)	63,51 (59,89 - 67,33)
SE Nord	1,08 (0,98 - 1,19)	70,11 (64,07 - 76,72)	64,85 (60,10 - 69,98)
SE Centre	1,06 (0,88 - 1,28)	65,72 (54,80 - 78,81)	61,87 (57,25 - 66,85)
SE Ouest	0,99 (0,89 - 1,11)	67,26 (61,19 - 73,93)	67,70 (62,35 - 73,51)
SE Sud	0,97 (0,72 - 1,31)	55,86 (42,03 - 74,24)	57,43 (51,19 - 64,44)
Centre (d)	1,12 (1,02 - 1,23)	70,12 (64,40 - 76,36)	62,48 (58,49 - 66,74)
Assiniboine (f)	0,98 (0,83 - 1,16)	56,08 (48,44 - 64,93)	56,98 (51,89 - 62,58)
Brandon (d)	1,22 (1,00 - 1,48)	79,99 (67,77 - 94,40)	65,79 (58,48 - 74,01)
Entre-les-Lacs	1,12 (0,94 - 1,32)	64,97 (56,13 - 75,21)	58,21 (52,70 - 64,30)
Nord-Est	1,08 (0,92 - 1,26)	65,95 (57,42 - 75,75)	61,06 (55,63 - 67,03)
Parcs	1,06 (0,90 - 1,24)	63,15 (54,89 - 72,65)	59,72 (54,44 - 65,52)
Nor-Man (f)	1,07 (0,75 - 1,52)	46,04 (33,95 - 62,44)	43,06 (35,60 - 52,10)
Burntwood	1,07 (0,79 - 1,45)	53,73 (41,37 - 69,78)	50,28 (42,71 - 59,19)
Winnipeg (d)	1,09 (1,01 - 1,18)	74,02 (68,47 - 80,02)	67,78 (63,14 - 72,76)
Fort Garry	1,07 (0,94 - 1,21)	76,36 (68,07 - 85,65)	71,62 (66,08 - 77,62)
Assiniboine South	1,01 (0,78 - 1,32)	72,57 (57,69 - 91,29)	71,59 (62,42 - 82,09)
St. Boniface	1,07 (1,00 - 1,16)	75,34 (70,20 - 80,87)	70,10 (66,02 - 74,44)
St. Boniface Est	1,06 (0,96 - 1,16)	77,02 (70,49 - 84,16)	72,78 (67,78 - 78,14)
St. Boniface Ouest (d)	1,11 (1,01 - 1,23)	73,57 (67,34 - 80,38)	66,12 (61,14 - 71,51)
St. Vital	1,07 (0,98 - 1,16)	75,54 (69,69 - 81,89)	70,79 (66,46 - 75,41)
St. Vital Sud	1,06 (0,95 - 1,18)	76,07 (68,94 - 83,93)	71,87 (66,64 - 77,52)
St. Vital Nord	1,08 (0,96 - 1,23)	74,96 (66,99 - 83,88)	69,27 (63,73 - 75,29)
Transcona	1,13 (0,94 - 1,36)	76,39 (65,09 - 89,65)	67,55 (60,68 - 75,19)
River Heights	1,10 (0,94 - 1,29)	73,16 (62,83 - 85,20)	66,49 (61,34 - 72,07)
River East	1,08 (0,94 - 1,25)	67,26 (58,81 - 76,92)	62,16 (57,51 - 67,19)
Seven Oaks	1,05 (0,81 - 1,35)	68,61 (55,10 - 85,43)	65,51 (57,07 - 75,20)
St. James Assiniboia	1,01 (0,83 - 1,22)	68,82 (58,11 - 81,50)	68,11 (61,27 - 75,72)
Inkster	0,99 (0,72 - 1,36)	63,88 (48,38 - 84,37)	64,48 (54,48 - 76,32)
Centre-ville (d)	1,26 (1,08 - 1,48)	71,82 (62,65 - 82,33)	56,85 (51,56 - 62,69)
Point Douglas	1,03 (0,81 - 1,32)	59,88 (48,29 - 74,24)	58,07 (50,78 - 66,41)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,11 (1,02 - 1,21)	68,68 (63,16 - 74,70)	61,76 (57,64 - 66,17)
ORS de la partie centrale	1,08 (0,96 - 1,21)	65,09 (58,57 - 72,32)	60,27 (55,42 - 65,54)
ORS du Nord (f)	1,07 (0,85 - 1,36)	50,56 (41,12 - 62,16)	47,14 (41,08 - 54,09)
Manitoba (d)	1,09 (1,03 - 1,15)	70,62 (66,79 - 74,67)	64,67 (64,19 - 65,16)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,08 (1,07 - 1,10)	68,86 (68,06 - 69,66)	63,50 (63,02 - 63,99)
Répondants aux enquêtes	1,08 (1,00 - 1,16)	69,40 (64,28 - 74,52)	64,21 (62,79 - 65,63)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 8 : Santé de l'enfant

Indicateurs dans ce chapitre :

- 8.1 Initiation à l'allaitement au sein
- 8.2 Grossesse précoce
- 8.3 Réadmission de nouveaux-nés
- 8.4 Mortalité chez les bébés et les enfants
- 8.5 Hyperactivité avec déficit de l'attention
- 8.6 Prévalence de l'asthme
- 8.7 Facteurs de risque prénataux et familiaux (données de Les familles d'abord)
 - 8.7.1 Trois facteurs de risque familiaux ou plus à la naissance de l'enfant
 - 8.7.2 Consommation d'alcool pendant la grossesse
 - 8.7.3 Usage du tabac pendant la grossesse
 - 8.7.4 Dépression/anxiété maternelle
 - 8.7.5 Détresse dans les relations
 - 8.7.6 Éducation maternelle
- 8.8 Constatations de l'analyse documentaire
- 8.9 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Lorsqu'on compare la cohorte francophone au groupe témoin formé d'autres Manitobains, on constate des taux plus élevés d'**hyperactivité avec déficit de l'attention** diagnostiquée, de consommation d'alcool pendant la grossesse auto-déclarée et de dépression ou d'anxiété auto-déclarée, mais un taux moins élevé de mères francophones qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.
- On observe quelques variations dans les différences entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains selon le lieu de résidence, mais dans la majorité des cas, ces différences sont constantes.
- Parmi les francophones, il existe des différences notables qui sont associées à l'endroit où ils vivent.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux.

Tableau 8.0 : Sommaire des indicateurs de santé de l'enfant comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Initiation à l'allaitement au sein, 2006-2007 à 2008-2009		
Manitoba		
Parcs (d)	↑	
Grossesse précoce, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba		
Winnipeg, autres (f)		↑
Prévalence d'hyperactivité avec déficit de l'attention, 2008-2009		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Centre (d)	↑	
Winnipeg (f,d)	↑	↑
Winnipeg, autres (f,d)	↑	↑
ORS du Sud-Ouest (f)		↓
Prévalence d'asthme, 2006-2007 à 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Centre (d)	↑	
River East (d)	↓	
St. James Assiniboia (d)	↓	
Trois facteurs de risque familiaux ou plus, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (d)	↑	
Centre (d)	↑	
St. Vital (f)		↓
St. Vital Sud (f)		↓
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Mères ayant rapporté avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Centre (d)	↑	

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Usage du tabac pendant la grossesse rapporté, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Centre (d)	↑	
SE Ouest (d)	↑	
Winnipeg (d)	↓	
St. Boniface (f,d)	↓	↓
St. Boniface Ouest (d)	↓	
Inkster (f)		↑
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
ORS du Nord (f)		↑
Mères ayant rapporté souffrir de dépression ou d'anxiété, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Centre (d)	↑	
SE Ouest (d)	↑	
SE Sud (d)	↑	
Détresse dans les relations de la mère, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba		
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires, 2003-2004 à 2007-2008		
Manitoba (d)	↓	
Santé Sud-Est	↓	
SE Nord (d)	↓	
SE Ouest (d)	↓	
St. Vital (d)	↓	
ORS du Sud-Ouest (d)	↓	

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3)

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un

secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

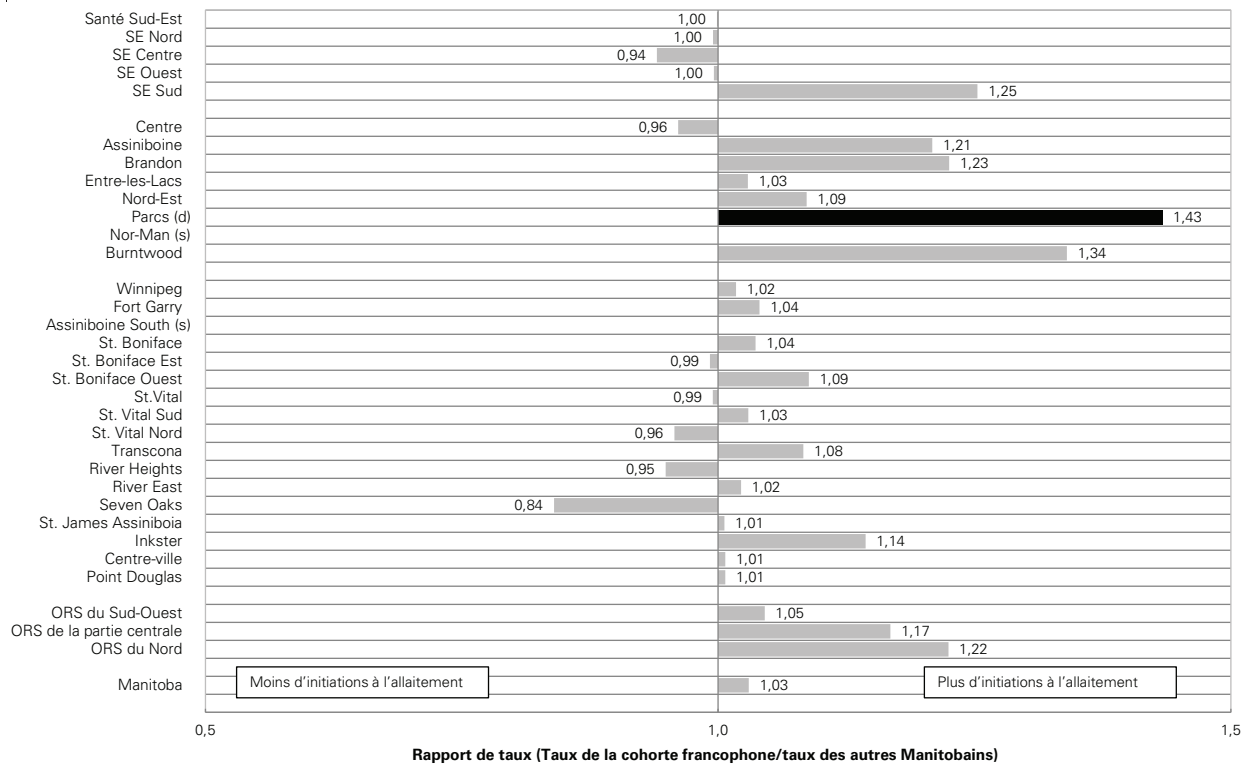
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

8.1 Initiation à l'allaitement au sein

Nous avons mesuré le pourcentage brut de nouveaux-nés (naissances vivantes) allaités exclusivement ou partiellement au sein à leur sortie de l'hôpital sur une période de trois ans (2006–2007 à 2008–2009). Le dénominateur comprend toutes les naissances vivantes dans un hôpital du Manitoba dont le registre de sortie contient des renseignements sur l'allaitement au sein.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.1.1 : Initiation à l'allaitement — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2006–2007 à 2008–2009
Nouveaux-nés allaités au sein à leur sortie de l'hôpital



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'allaitement au sein entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,03).
- Une différence significative n'est constatée qu'à l'ORS des Parcs, où le taux d'allaitement au sein de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux; 1,43).
- Les taux d'allaitement au sein des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.1).

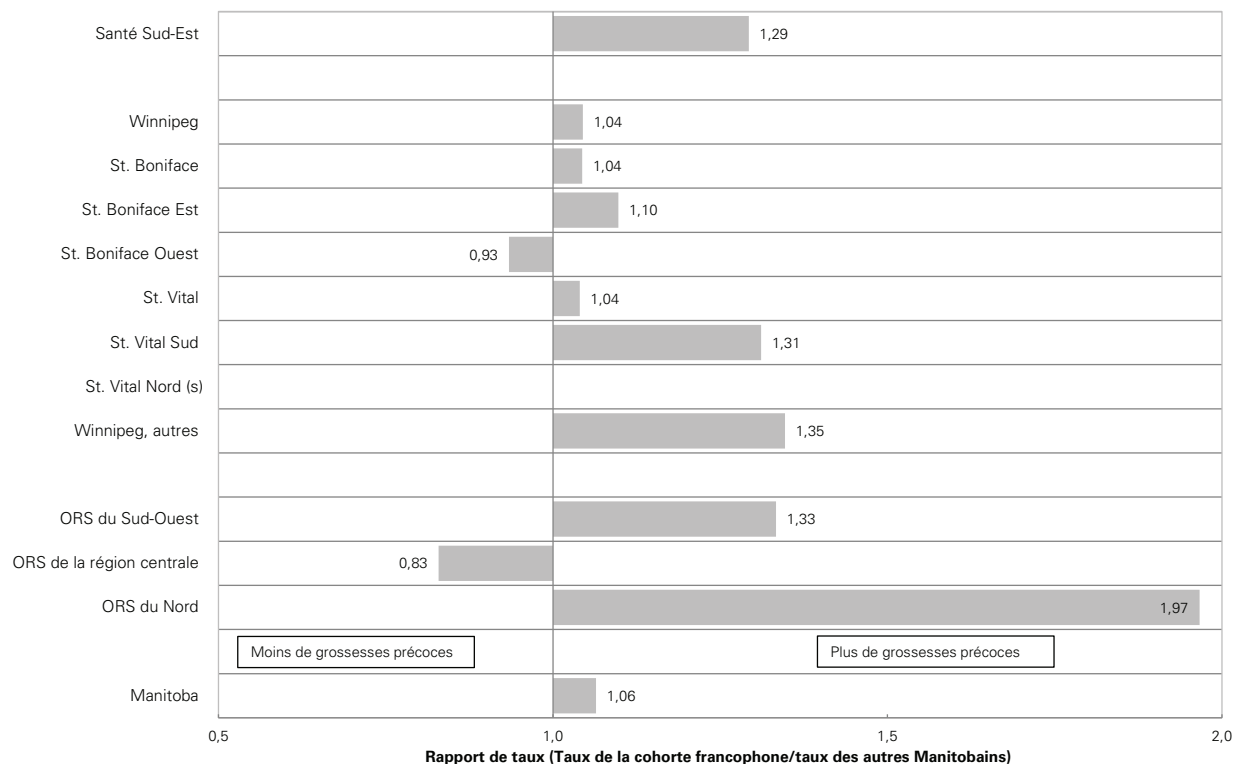
8.2 Grossesse précoce

Le calcul des taux de grossesse précoce pour 1 000 femmes ajustés selon l'âge s'est fait à partir du rapport de taux entre les femmes de 15 à 19 ans qui ont donné naissance, qui ont fait une fausse couche, qui ont subi un avortement et qui ont eu une grossesse ectopique et la population totale des femmes du même âge. Les taux ont été calculés à partir des données des dossiers des hôpitaux sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009).

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.2.1 : Grossesse précoce — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge, filles de 15 à 19 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et dans l'ensemble des régions, aucune différence significative n'est observée dans les taux de grossesse précoce entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,06).
- Les taux de grossesse précoce des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux des SC de Winnipeg (autres que Saint-Boniface et Saint-Vital), dont les taux sont nettement supérieurs (Tableau 8.9.2).

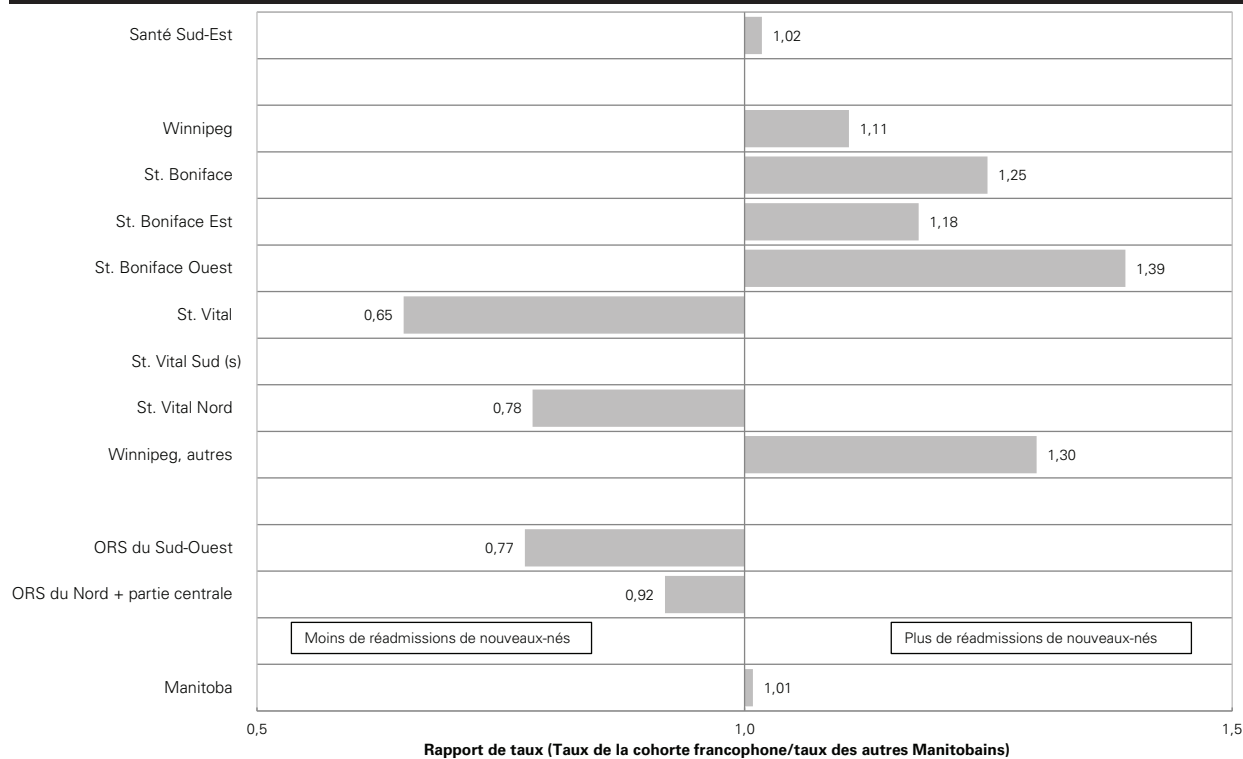
8.3 Réadmission de nouveaux-nés

Le calcul du taux de **réadmission de nouveaux-nés** s'est fait en prenant le nombre de bébés qui ont dû séjourner de nouveau à l'hôpital de 1 à 28 jours après avoir reçu leur congé de l'hôpital à la suite de leur naissance, et en le divisant par le nombre total de bébés ayant reçu leur congé de l'hôpital à la suite de leur naissance. Dans certains cas, les nouveaux-nés sont réadmis à l'hôpital non pas parce qu'ils sont malades, mais parce que leur mère est hospitalisée et que des efforts sont faits pour garder la mère et son **nouveau-né** ensemble. Ces bébés ont été exclus des analyses.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.3.1 : Réadmission de nouveaux-nés – Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999 à 2008 (années civiles)

Ajusté selon l'âge, nouveaux-nés réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur naissance



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et dans l'ensemble des régions, aucune différence significative n'est observée dans les taux de réadmission de nouveaux-nés entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,01).
- Les taux de réadmission de nouveaux-nés des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.3).

8.4 Mortalité chez les bébés et les enfants

La mortalité chez les bébés est un indicateur du nombre de bébés qui meurent dans l'année suivant leur naissance et est perçue comme un indicateur possible de l'état de santé global, de l'accès aux soins de santé dans une région et de l'efficacité des soins prénatals et postnatals. Les taux annuels bruts de mortalité chez les bébés dans l'année suivant leur naissance ont été mesurés sur une période de dix années civiles (1999–2008) par 1 000 nouveaux-nés âgés de 0 à 364 jours. Le dénominateur comprend toutes les naissances vivantes (à l'hôpital) pendant la période à l'étude. Les naissances vivantes ont été répertoriées pendant les années civiles 1999 à 2008 et les décès ont été répertoriés jusqu'au premier anniversaire de chaque enfant.

Le taux brut de **mortalité chez les enfants** correspond au nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 19 ans par 1 000 enfants de ce groupe d'âge pour une année donnée. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2008, années civiles).

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Tableau 8.4.1 : Mortalité chez les bébés et les enfants, 1999 à 2008 (années civiles)

	Rapport de taux bruts (taux brut de la cohorte francophone/taux brut du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux brut de la cohorte francophone par 1 000 (IC à 95 %)	Taux brut du groupe témoin par 1 000 (IC à 95 %)
Mortalité chez les bébés	0,77 (0,49 - 1,21)	5,00 (3,00 - 7,00)	6,45 (5,14 - 7,76)
Mortalité chez les enfants	0,67 (0,41 - 1,08)	0,18 (0,10 - 0,26)	0,27 (0,21 - 0,33)

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de mortalité chez les bébés entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,77), ni dans les taux de mortalité chez les enfants.¹² Les différences apparentes entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains ne sont pas statistiquement significatives.

8.5 Hyperactivité avec déficit de l'attention

L'hyperactivité avec déficit de l'attention est un trouble du développement neurocomportemental qui apparaît habituellement pendant l'enfance et qui se caractérise par de l'impulsivité et un manque d'attention. La prévalence d'hyperactivité avec déficit de l'attention a été mesurée parmi les enfants âgés de 5 à 19 ans sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustée selon l'âge et le sexe.

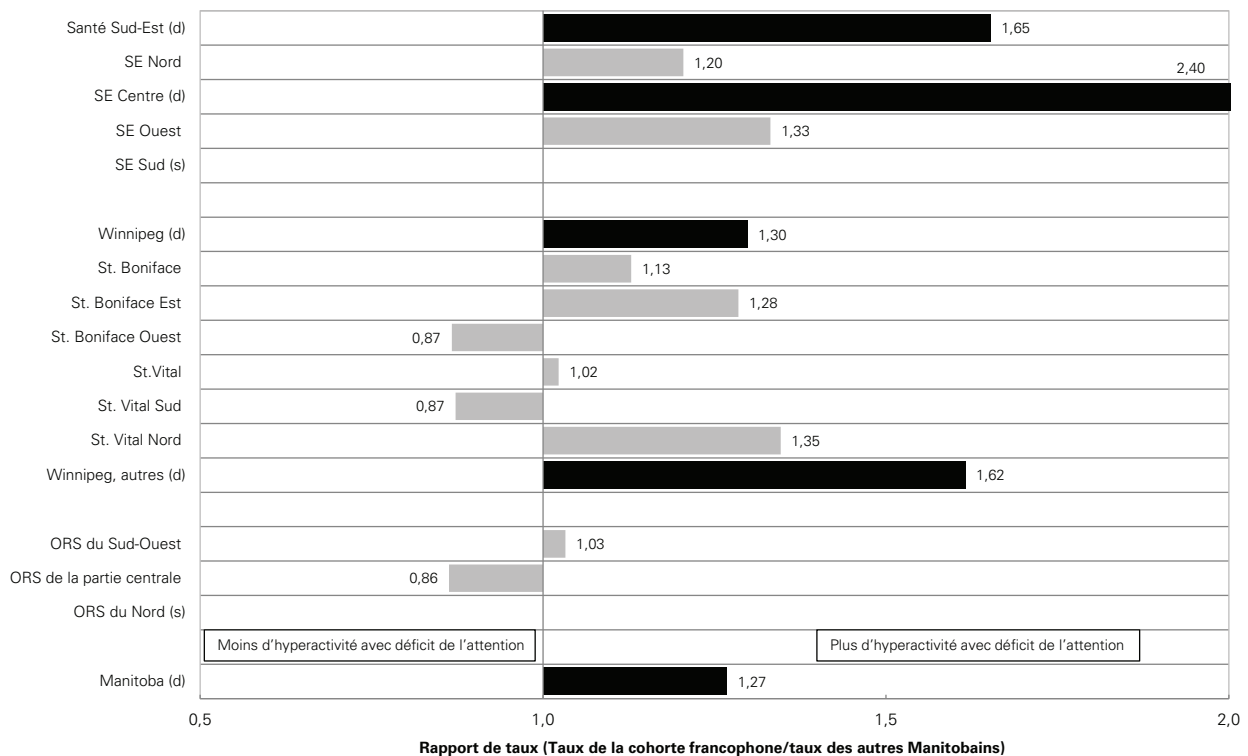
La définition d'hyperactivité avec déficit de l'attention s'applique à au moins une hospitalisation ou visite chez le médecin avec un diagnostic de syndrome hypercinétique ou à au moins deux prescriptions de médicaments utilisés pour traiter l'hyperactivité avec déficit de l'attention sans diagnostic de trouble des conduites, de trouble de l'affectivité et de cataplexie/narcolepsie.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

¹² Cet échantillon est formé de très peu de bébés et d'enfants, en raison du taux de mortalité très faible.

Figure 8.5.1 : Hyperactivité avec déficit de l'attention — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Ajusté selon l'âge, résidents de 5 à 19 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'hyperactivité avec déficit de l'attention de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,27).
- On constate aussi des différences significatives à Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,65), dans le district Centre de Santé Sud–Est (rapport de taux : 2,40), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,30) et dans les SC de Winnipeg hormis Saint–Boniface et Saint–Vital (rapport de taux : 1,62), où les taux des francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'hyperactivité avec déficit de l'attention des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux des ORS du Sud–Ouest (Assiniboine, Brandon et Centre), dont le taux est moins élevé que celui des francophones à l'échelle provinciale. À Winnipeg, notamment dans les SC autres que Saint–Boniface et Saint–Vital, ces taux sont plus élevés (Tableau 8.9.4).

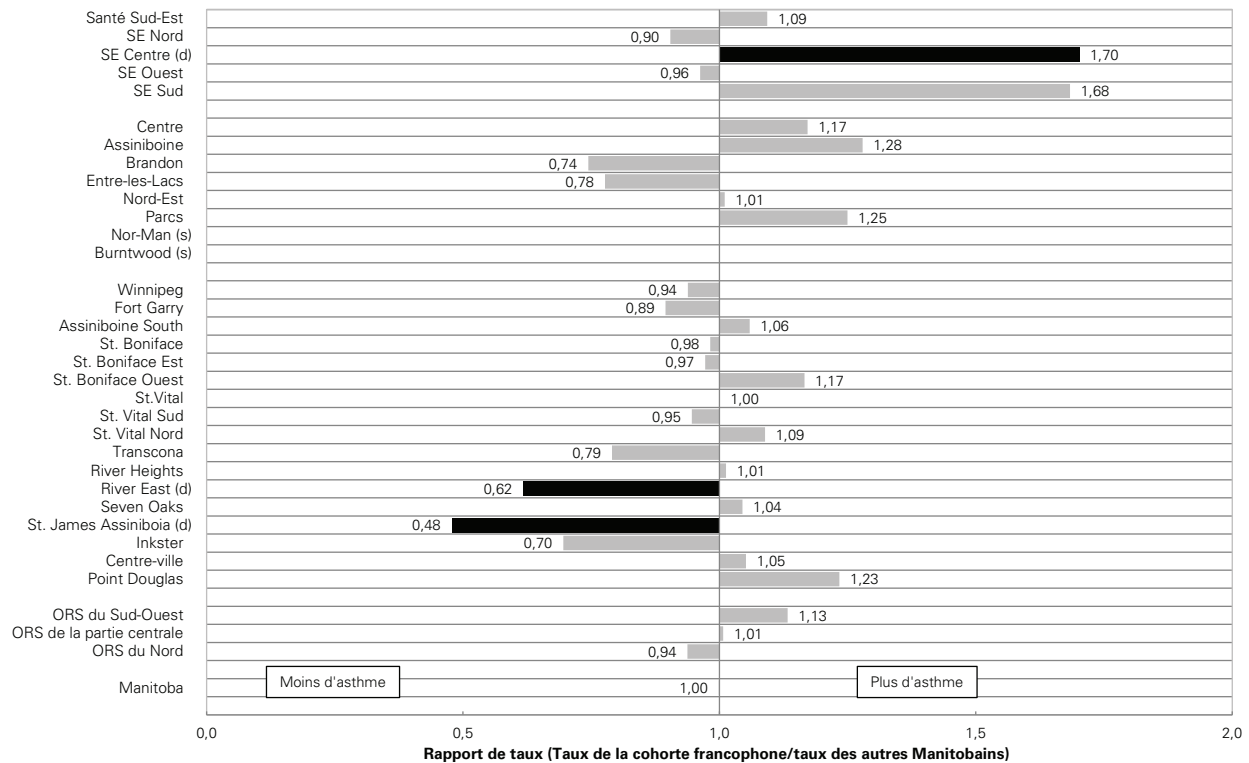
8.6 Prévalence d'asthme

L'asthme est une inflammation des voies aériennes, qui se caractérise par des crises périodiques dont les symptômes sont la toux, l'essoufflement, l'obstruction respiratoire et la respiration sifflante. Les taux de prévalence ont été calculés parmi les enfants âgés de 5 à 19 ans sur une période de trois ans (2006–2007 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.6.1 : Asthme — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, enfants de 5 à 19 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'asthme entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,00).
- On constate toutefois des différences significatives dans le district Centre de Santé Sud-Est, où le taux d'asthme de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,70), ainsi qu'à River East (rapport de taux : 0,62) et à St. James Assiniboia (rapport de taux : 0,48), où les taux d'asthme des francophones sont moins élevés.
- Les taux d'asthme des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.5).

8.7 Facteurs de risque prénataux et familiaux (données du programme Les familles d'abord)

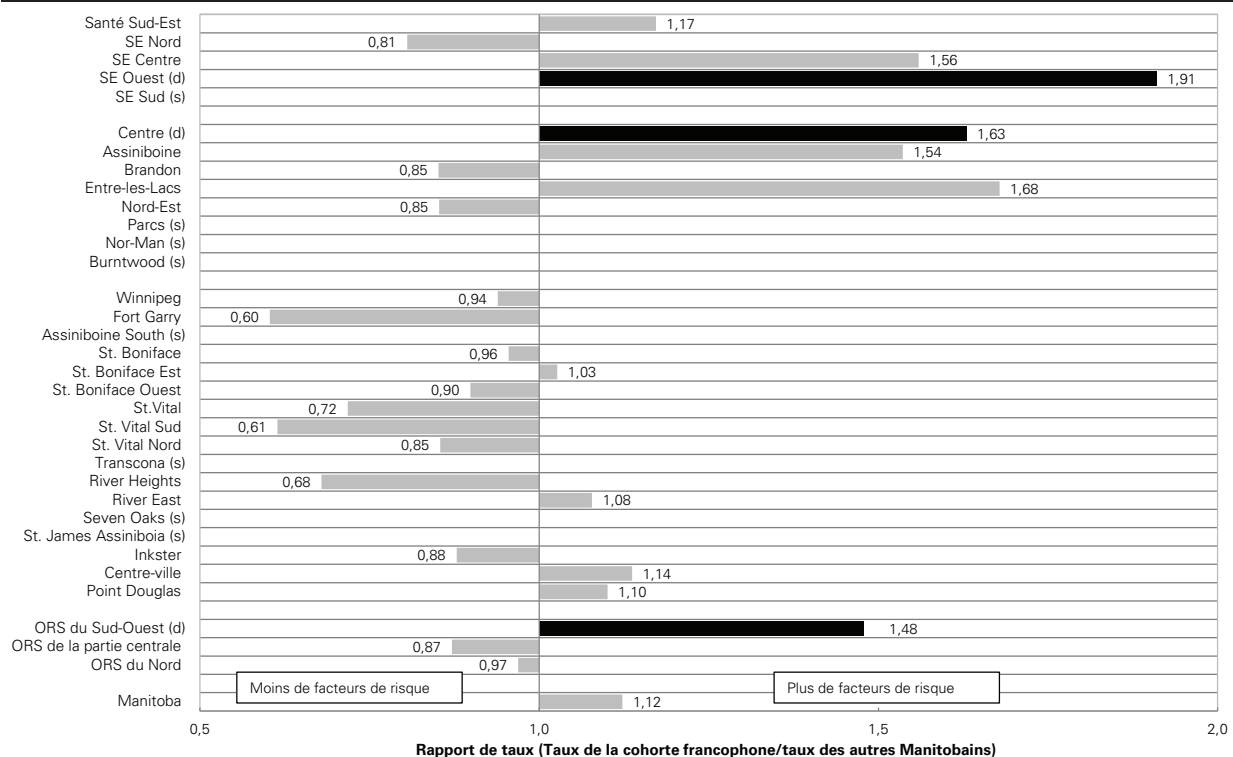
Facteurs de risque associés aux mauvais résultats observés chez l'enfant – La prévalence de facteurs de risque chez les familles avec des nouveaux-nés est établie au moyen du **formulaire de dépistage du programme Les familles d'abord**. Des **infirmières de la santé publique** du Manitoba ont entrepris le dépistage des facteurs de risque biologiques et sociaux associés aux mauvais résultats observés chez l'enfant auprès de toutes les familles avec des nouveaux-nés dans la semaine suivant le congé de l'hôpital. La présence de trois facteurs de risque ou plus indique qu'une famille pourrait avoir besoin de formes de soutien supplémentaires comme des visites à domicile soutenues, un soutien financier, des programmes de formation sur le rôle parental, des services de santé mentale ou des services de garde.

8.7.1 Présence de trois facteurs de risque ou plus à la naissance de l'enfant

Les taux de prévalence des familles avec des nouveaux-nés présentant au moins trois facteurs de risque ont été calculés pour les enfants nés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.1 : Trois facteurs de risque ou plus du programme Les familles d'abord — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

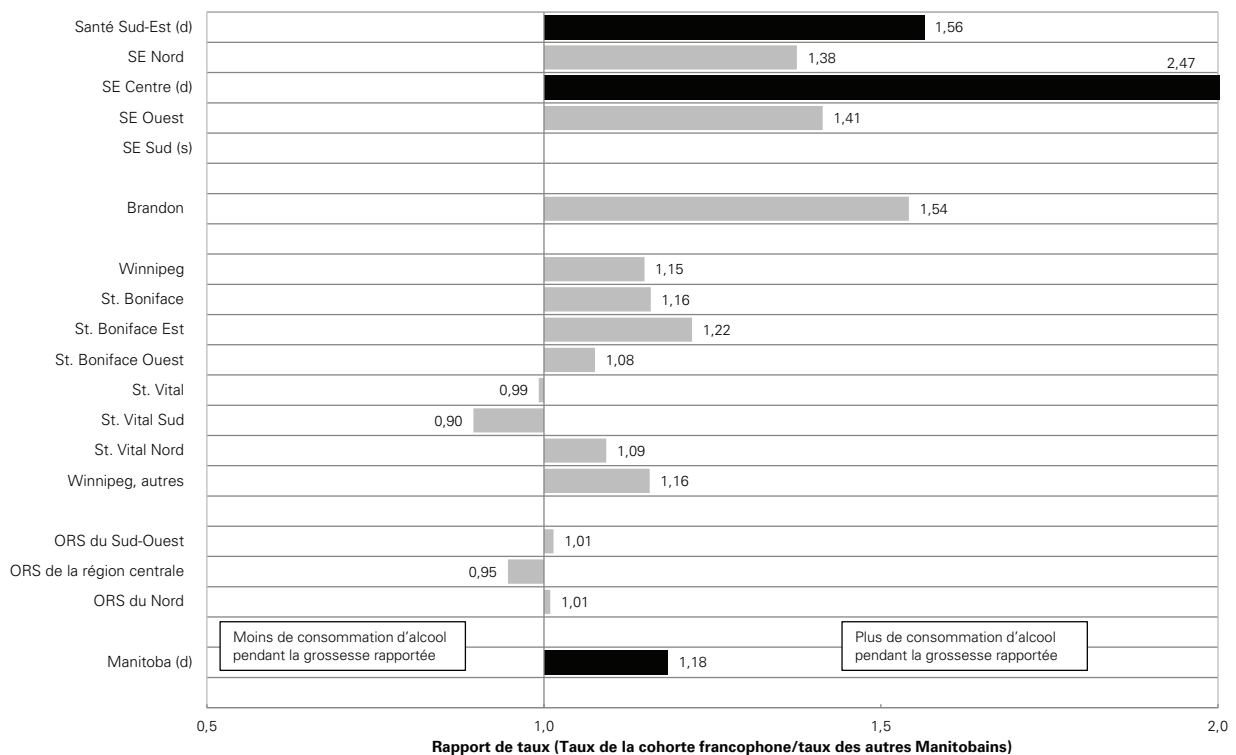
- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux des « trois facteurs de risque ou plus » entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,12).
- On constate toutefois des différences significatives dans le district Ouest de Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,91) , à l'ORS du Sud–Ouest (rapport de taux : 1,48) et à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,63), où les taux des « trois facteurs de risque ou plus » de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux des « trois facteurs de risque ou plus » des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux de Saint–Vital et de Saint–Vital Sud, dont les taux sont inférieurs au taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux du centre–ville et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 8.9.6).

8.7.2 Consommation d'alcool pendant la grossesse

Les taux de prévalence des femmes avec des nouveaux-nés ayant rapporté avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse ont été calculés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.2 : Consommation d'alcool pendant la grossesse — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de consommation d'alcool pendant la grossesse de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,18).
- On constate aussi des différences significatives à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,56) et au district Centre de Santé Sud-Est (rapport de taux : 2,47), où les taux de la cohorte francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.7).

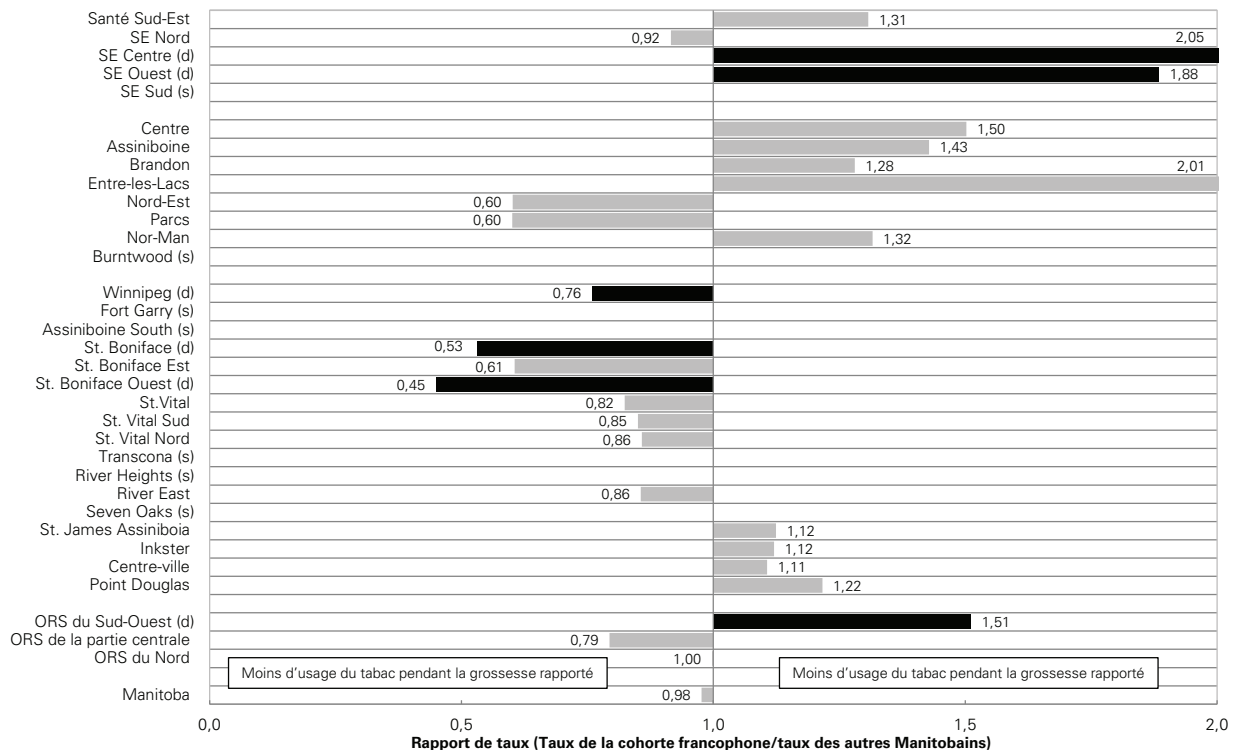
8.7.3 Usage du tabac pendant la grossesse

Les taux de prévalence des femmes avec des nouveaux-nés ayant rapporté avoir fumé pendant la grossesse ont été calculés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.3 : Usage du tabac pendant la grossesse rapporté — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'usage du tabac pendant la grossesse entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98).

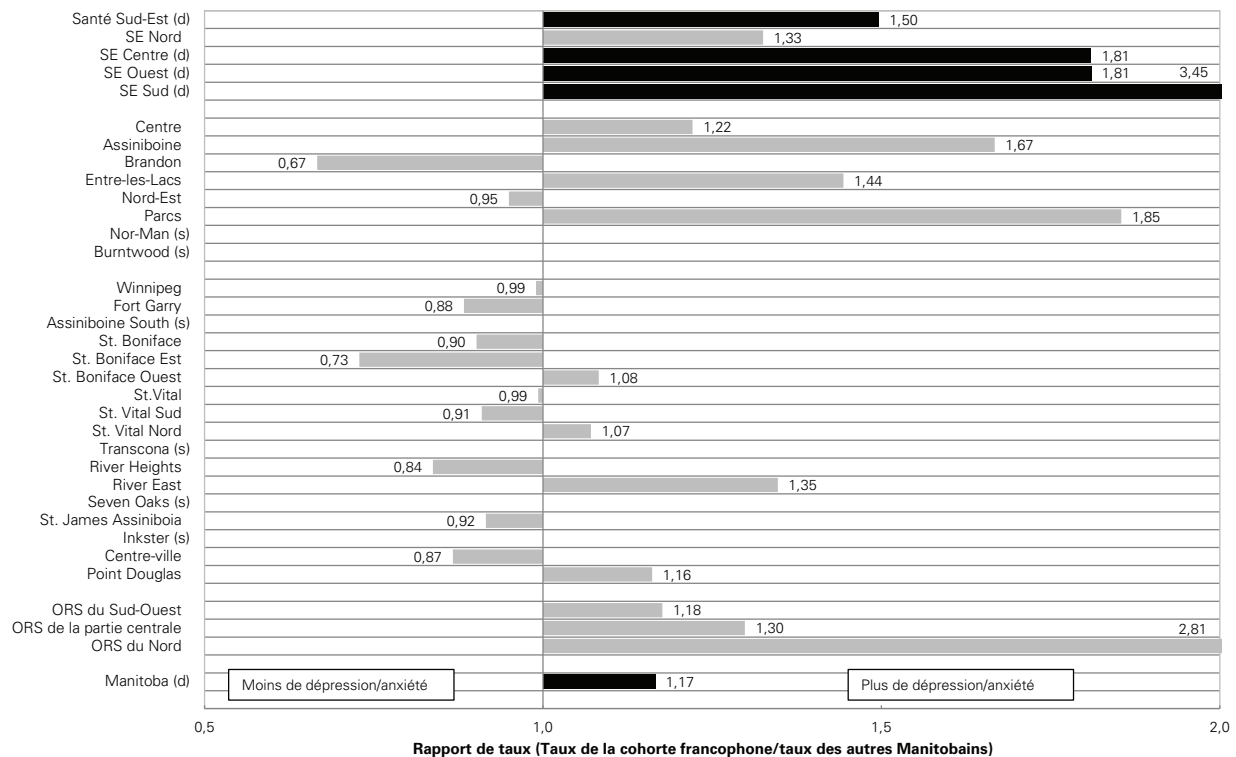
- Les taux des régions rurales et ceux des régions urbaines semblent toutefois suivre des tendances différentes. On constate certaines différences significatives dans les ORS des régions rurales, où les taux d'usage du tabac pendant la grossesse de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, notamment dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,51) ainsi que dans le district Ouest (rapport de taux : 1,88) et le district Centre (rapport de taux : 2,05) de Santé Sud-Est. Par contre, dans les SC de Winnipeg, les taux de la cohorte francophones sont moins élevés, notamment à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 0,76), à Saint-Boniface (rapport de taux : 0,53) et à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 0,45).
- Les taux d'usage du tabac pendant la grossesse des francophones sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux des ORS du Nord, d'Inkster, du centre-ville et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Saint-Boniface, dont le taux est moins élevé (Tableau 8.9.8).

8.7.4 Dépression/anxiété maternelle

Les taux de prévalence des femmes avec des nouveaux-nés ayant montré des signes de dépression ou d'anxiété ont été calculés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.4 : Mères ayant rapporté souffrir de dépression ou d'anxiété — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux de dépression/anxiété maternelle de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,17).
- Les taux des francophones de certains ORS des régions rurales semblent être relativement plus élevés que les taux des francophones de Winnipeg. On constate des différences significatives à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,50) et dans la plupart de ses districts, où les taux de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de dépression/anxiété maternelle des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.9).

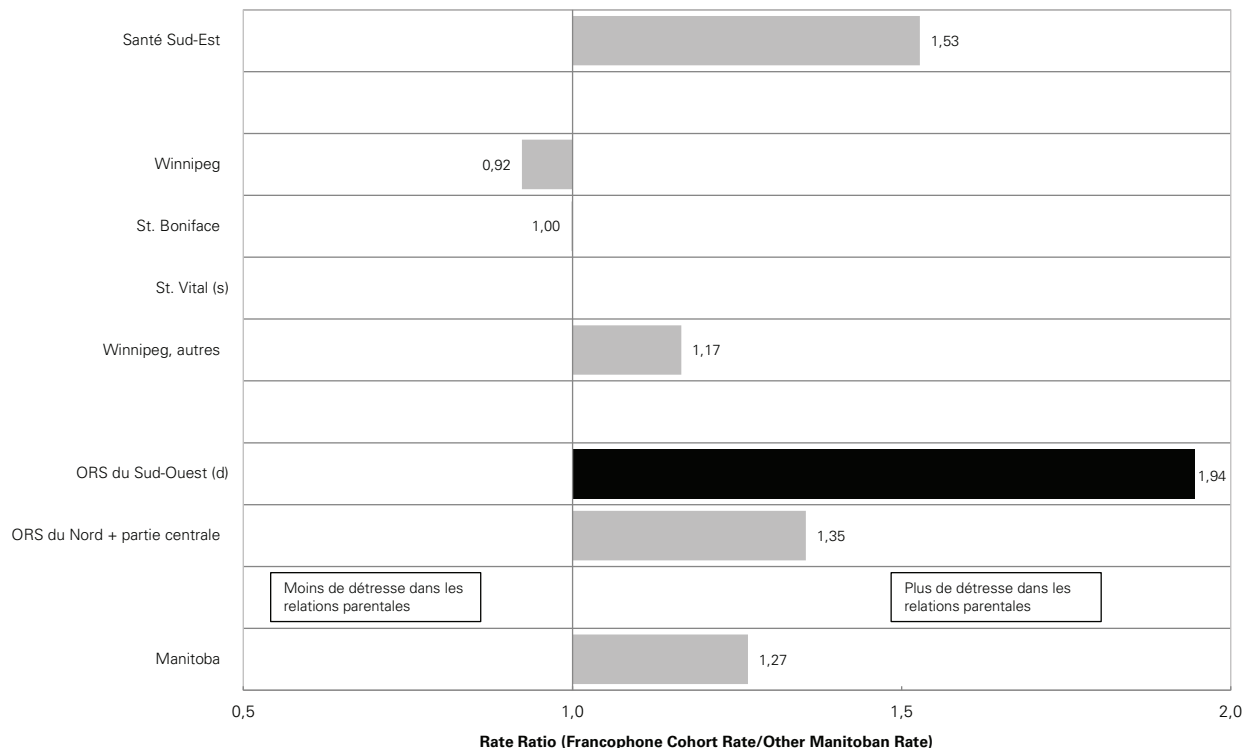
8.7.5 Détresse dans les relations

Les taux de prévalence des femmes avec des nouveaux-nés ayant rapporté une détresse dans leurs relations avec leur conjoint ont été calculés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.5 : Détresse dans les relations parentales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- Bien que le taux provincial de **détresse dans les relations** parentales de la cohorte francophone semble plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains, aucune différence significative n'a été observée (rapport de taux : 1,27).
- On constate toutefois une différence significative dans les ORS du Sud-Ouest, où le taux de détresse dans les relations parentales de la cohorte francophone est plus élevé que le taux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,94).
- Les taux de détresse dans les relations parentales des francophones de toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.10).

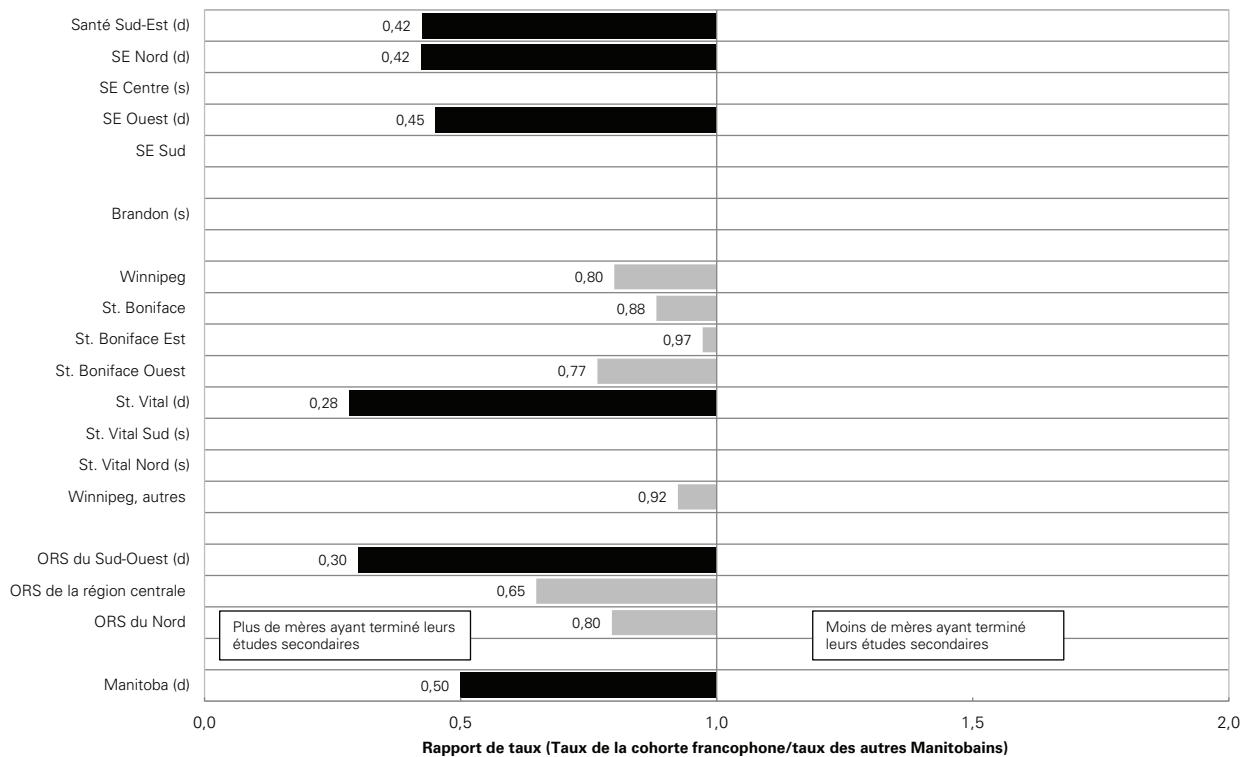
8.7.6 Éducation maternelle

Les taux de prévalence des femmes avec des nouveaux-nés qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont été calculés sur une période de cinq ans (2003–2004 à 2007–2008). Les taux ont été ajustés selon l'âge de la mère.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 8.7.6 : Mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, les femmes de la cohorte francophone sont moins portées à ne pas avoir terminé leurs études secondaires que les femmes du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,50).
- Bien que cette tendance se dessine dans toutes les régions, c'est dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 0,30), dans le district Nord (rapport de taux : 0,42) et le district Ouest (rapport de taux : 0,45) de Santé Sud-Est et à Saint-Vital (rapport de taux : 0,28), que les taux de femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont nettement inférieurs à ceux des femmes du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'éducation maternelle des femmes francophones de toutes les régions sont similaires au taux des femmes francophones à l'échelle provinciale (Tableau 8.9.11).

8.8 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Bourgoin, Lahaie, Rhéaume, Berger, Dovigi, Picard et Sahai ont constaté que les femmes anglophones avaient tendance à allaiter plus longtemps que les femmes francophones (1997).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a rapporté des résultats similaires dans les taux de rapport sexuel avant l'âge de 18 ans des francophones (51 %), de la population de l'Ontario en général (46 %) et des anglophones (50 %) (2010).
- Il n'y avait pas de différence significative se rapportant à l'usage déclaré du condom entre la population de l'Ontario en général (61 %) et les francophones (50 %) (IRSS, 2010).
- Pelletier, de Moissac et Delaquis ont mené une enquête auprès d'élèves de la 9^e à la 12^e année de la division scolaire francophone du Manitoba. Plus des trois quarts des répondants (76 %) ont rapporté n'avoir jamais eu de rapport sexuel. Les taux déclarés de rapport sexuel étaient plus élevés parmi les élèves plus âgés (30 % dans le cas des élèves de 11^e année et 45 % dans le cas des élèves de 12^e année). Les résultats du sondage indiquaient que 2 % des élèves étaient tombées enceintes ou étaient responsables d'une grossesse (2007).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est constatée en ce qui concerne les taux d'allaitement au sein entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,03). De même, aucune différence n'est observée dans les taux de grossesse précoce (rapport de taux : 1,06) entre les deux groupes.*

8.9 Tableaux supplémentaires

Tableau 8.9.1 : Initiation à l'allaitement, 2006–2007 à 2008–2009

Nouveaux-nés allaités au sein à leur sortie de l'hôpital

Région	Rapport de taux bruts (taux brut de la cohorte francophone/taux brut du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,00 (0,92 - 1,08)	93,04 (85,91 - 100,75)	93,15 (88,91 - 97,60)
SE Nord	1,00 (0,89 - 1,11)	92,05 (83,54 - 101,44)	92,51 (86,89 - 98,50)
SE Centre	0,94 (0,77 - 1,15)	88,17 (72,67 - 106,98)	93,78 (87,45 - 100,56)
SE Ouest	1,00 (0,88 - 1,12)	95,18 (85,81 - 105,57)	95,57 (89,11 - 102,51)
SE Sud	1,25 (0,82 - 1,91)	99,43 (67,82 - 145,78)	79,36 (66,01 - 95,41)
Centre	0,96 (0,85 - 1,09)	86,28 (76,85 - 96,86)	89,78 (83,95 - 96,00)
Assiniboine	1,21 (0,98 - 1,49)	92,46 (77,22 - 110,71)	76,48 (67,87 - 86,20)
Brandon	1,23 (0,94 - 1,59)	95,38 (76,26 - 119,29)	77,84 (67,54 - 89,70)
Entre-les-Lacs	1,03 (0,78 - 1,35)	84,86 (66,78 - 107,84)	82,46 (71,88 - 94,60)
Nord-Est	1,09 (0,82 - 1,43)	76,96 (60,91 - 97,23)	70,84 (60,89 - 82,42)
Parcs (d)	1,43 (1,10 - 1,87)	85,76 (68,57 - 107,25)	59,83 (51,51 - 69,50)
Nor-Man (s)	s	s	81,65 (56,13 - 118,79)
Burntwood	1,34 (0,89 - 2,02)	90,23 (64,44 - 126,35)	67,33 (53,09 - 85,39)
Winnipeg	1,02 (0,95 - 1,09)	87,83 (81,93 - 94,16)	86,33 (82,91 - 89,89)
Fort Garry	1,04 (0,81 - 1,33)	85,13 (68,67 - 105,53)	81,83 (72,21 - 92,73)
Assiniboine South (s)	s	s	93,60 (70,48 - 124,31)
St. Boniface	1,04 (0,94 - 1,15)	91,25 (83,16 - 100,12)	88,04 (83,16 - 93,20)
St. Boniface Est	0,99 (0,88 - 1,12)	87,66 (78,49 - 97,91)	88,36 (83,00 - 94,06)
St. Boniface Ouest	1,09 (0,96 - 1,24)	95,25 (85,17 - 106,53)	87,51 (81,05 - 94,48)
St. Vital	0,99 (0,86 - 1,15)	89,41 (78,57 - 101,74)	89,87 (83,62 - 96,59)
St. Vital Sud	1,03 (0,87 - 1,22)	94,32 (81,09 - 109,72)	91,61 (84,22 - 99,65)
St. Vital Nord	0,96 (0,79 - 1,15)	84,06 (71,22 - 99,21)	87,81 (80,06 - 96,29)
Transcona	1,08 (0,80 - 1,46)	94,47 (72,89 - 122,43)	87,21 (74,97 - 101,45)
River Heights	0,95 (0,72 - 1,25)	89,37 (69,45 - 115,00)	94,19 (83,51 - 106,24)
River East	1,02 (0,83 - 1,26)	85,38 (70,75 - 103,02)	83,51 (75,84 - 91,96)
Seven Oaks	0,84 (0,53 - 1,32)	77,11 (51,60 - 115,24)	91,80 (74,21 - 113,57)
St. James Assiniboia	1,01 (0,75 - 1,35)	84,91 (65,99 - 109,26)	84,39 (72,32 - 98,46)
Inkster	1,14 (0,69 - 1,91)	75,27 (48,79 - 116,14)	65,81 (50,03 - 86,57)
Centre-ville	1,01 (0,78 - 1,30)	77,11 (61,65 - 96,44)	76,58 (67,10 - 87,41)
Point Douglas	1,01 (0,67 - 1,51)	75,17 (52,72 - 107,16)	74,64 (60,80 - 91,62)
ORS du Sud-Ouest	1,05 (0,96 - 1,14)	88,98 (81,94 - 96,61)	85,11 (80,99 - 89,43)
ORS de la partie centrale	1,17 (0,99 - 1,38)	82,42 (71,15 - 95,48)	70,56 (64,35 - 77,37)
ORS du Nord	1,22 (0,84 - 1,79)	86,87 (63,27 - 119,26)	70,94 (57,18 - 88,00)
Manitoba	1,03 (0,99 - 1,07)	88,90 (85,21 - 92,75)	86,32 (85,05 - 87,59)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.2 : Grossesse précoce, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge, filles de 15 à 19 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,29 (0,81 - 2,05)	31,31 (21,71 - 45,15)	31,76 (25,80 - 39,10)
Winnipeg	1,04 (0,80 - 1,36)	50,05 (37,84 - 66,20)	47,92 (40,39 - 56,85)
St. Boniface	1,04 (0,70 - 1,56)	41,95 (29,72 - 59,22)	41,00 (32,08 - 52,39)
St. Boniface Est	1,10 (0,66 - 1,81)	44,66 (28,42 - 70,18)	40,69 (30,91 - 53,56)
St. Boniface Ouest	0,93 (0,48 - 1,82)	39,35 (24,31 - 63,69)	42,12 (25,74 - 68,94)
St. Vital	1,04 (0,52 - 2,09)	23,01 (12,44 - 42,55)	22,30 (15,34 - 32,44)
St. Vital Sud	1,31 (0,55 - 3,15)	21,68 (10,33 - 45,51)	16,53 (10,10 - 27,06)
St. Vital Nord (s)	s	s	45,09 (28,83 - 70,51)
Winnipeg, autres (f)	1,35 (0,97 - 1,86)	87,59 (63,71 - 120,44)	65,04 (54,70 - 77,35)
ORS du Sud-Ouest	1,33 (0,87 - 2,05)	38,47 (26,17 - 56,55)	28,85 (22,42 - 37,13)
ORS de la région centrale	0,83 (0,48 - 1,43)	64,70 (38,82 - 107,83)	78,04 (59,41 - 102,52)
ORS du Nord	1,97 (0,63 - 6,16)	87,35 (35,84 - 212,88)	44,42 (21,19 - 93,12)
Manitoba	1,06 (0,87 - 1,30)	45,24 (37,18 - 55,06)	42,51 (39,10 - 45,91)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.3 : Réadmission de nouveaux-nés, 1999 à 2008 (années civiles)

Ajusté selon le sexe, nouveaux-nés réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur naissance

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,02 (0,59 - 1,76)	16,87 (10,15 - 28,04)	16,58 (12,33 - 22,28)
Winnipeg	1,11 (0,84 - 1,46)	24,35 (18,10 - 32,76)	22,00 (18,43 - 26,26)
St. Boniface	1,25 (0,70 - 2,24)	19,98 (12,15 - 32,86)	16,44 (11,50 - 23,51)
St. Boniface Est	1,18 (0,57 - 2,45)	20,95 (10,96 - 40,04)	17,78 (11,87 - 26,61)
St. Boniface Ouest	1,39 (0,53 - 3,67)	18,97 (9,32 - 38,61)	13,64 (6,81 - 27,30)
St. Vital	0,65 (0,28 - 1,50)	14,06 (6,42 - 30,79)	21,62 (15,07 - 31,03)
St. Vital Sud (s)	s	s	16,59 (9,81 - 28,06)
St. Vital Nord	0,78 (0,30 - 2,01)	23,74 (10,04 - 56,10)	30,33 (19,49 - 47,20)
Winnipeg, autres	1,30 (0,89 - 1,90)	31,76 (21,81 - 46,24)	24,44 (19,54 - 30,56)
ORS du Sud-Ouest	0,77 (0,44 - 1,38)	20,47 (11,84 - 35,40)	26,43 (19,92 - 35,08)
ORS du Nord + partie centrale	0,92 (0,50 - 1,68)	35,22 (20,05 - 61,86)	38,35 (28,03 - 52,46)
Manitoba	1,01 (0,82 - 1,24)	23,03 (18,71 - 28,35)	22,84 (20,46 - 25,21)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.4 : Hyperactivité avec déficit de l'attention, 2008–2009

Ajusté selon l'âge, résidents de 5 à 19 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,65 (1,17 - 2,34)	3,33 (2,60 - 4,27)	2,22 (1,86 - 2,65)
SE Nord	1,20 (0,80 - 1,82)	3,42 (2,46 - 4,76)	2,84 (2,15 - 3,75)
SE Centre (d)	2,40 (1,10 - 5,25)	4,95 (2,34 - 10,45)	2,06 (1,59 - 2,68)
SE Ouest	1,33 (0,78 - 2,27)	3,00 (2,03 - 4,44)	2,25 (1,54 - 3,31)
SE Sud (s)	s	s	1,47 (0,76 - 2,83)
Winnipeg (f,d)	1,30 (1,11 - 1,52)	4,79 (4,06 - 5,66)	3,69 (3,31 - 4,12)
St. Boniface	1,13 (0,85 - 1,49)	4,13 (3,26 - 5,23)	3,57 (2,98 - 4,28)
St. Boniface Est	1,28 (0,90 - 1,84)	4,26 (3,09 - 5,86)	3,31 (2,69 - 4,09)
St. Boniface Ouest	0,87 (0,57 - 1,33)	4,01 (2,92 - 5,50)	4,63 (3,38 - 6,33)
St. Vital	1,02 (0,70 - 1,50)	3,78 (2,67 - 5,34)	3,68 (3,01 - 4,50)
St. Vital Sud	0,87 (0,52 - 1,47)	2,92 (1,82 - 4,69)	3,35 (2,58 - 4,33)
St. Vital Nord	1,35 (0,80 - 2,26)	5,84 (3,76 - 9,07)	4,34 (3,22 - 5,84)
Winnipeg, autres (f,d)	1,62 (1,29 - 2,02)	6,02 (4,84 - 7,48)	3,73 (3,26 - 4,26)
ORS du Sud-Ouest (f)	1,03 (0,71 - 1,51)	2,35 (1,67 - 3,31)	2,27 (1,85 - 2,79)
ORS de la partie centrale	0,86 (0,48 - 1,56)	2,09 (1,23 - 3,57)	2,43 (1,82 - 3,23)
ORS du Nord (s)	s	s	3,06 (1,45 - 6,44)
Manitoba (d)	1,27 (1,12 - 1,44)	3,84 (3,39 - 4,34)	3,03 (2,82 - 3,23)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.5 : Prévalence d'asthme, 2006–2007 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, enfants de 5 à 19 ans

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,09 (0,96 - 1,25)	13,75 (12,15 - 15,57)	12,57 (11,66 - 13,56)
SE Nord	0,90 (0,72 - 1,14)	12,48 (10,23 - 15,22)	13,80 (11,77 - 16,18)
SE Centre (d)	1,70 (1,16 - 2,49)	20,04 (13,85 - 29,00)	11,78 (10,19 - 13,61)
SE Ouest	0,96 (0,75 - 1,24)	14,22 (11,56 - 17,48)	14,77 (12,33 - 17,69)
SE Sud	1,68 (0,91 - 3,10)	15,48 (8,88 - 26,97)	9,19 (6,94 - 12,17)
Centre	1,17 (0,96 - 1,43)	13,09 (10,95 - 15,64)	11,17 (9,99 - 12,48)
Assiniboine	1,28 (0,88 - 1,85)	12,87 (9,39 - 17,63)	10,06 (8,18 - 12,37)
Brandon	0,74 (0,44 - 1,25)	10,74 (6,75 - 17,11)	14,43 (11,33 - 18,38)
Entre-les-Lacs	0,78 (0,49 - 1,24)	11,14 (7,31 - 16,97)	14,33 (11,53 - 17,81)
Nord-Est	1,01 (0,67 - 1,52)	14,12 (9,89 - 20,16)	13,97 (11,37 - 17,16)
Parcs	1,25 (0,83 - 1,87)	13,49 (9,55 - 19,05)	10,79 (8,65 - 13,47)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (s)	s	s	7,32 (4,41 - 12,16)
Winnipeg	0,94 (0,85 - 1,03)	14,66 (13,25 - 16,21)	15,61 (14,60 - 16,69)
Fort Garry	0,89 (0,67 - 1,20)	15,11 (11,62 - 19,66)	16,88 (14,61 - 19,52)
Assiniboine South	1,06 (0,56 - 2,02)	15,52 (8,79 - 27,41)	14,66 (10,78 - 19,94)
St. Boniface	0,98 (0,86 - 1,13)	14,90 (13,16 - 16,88)	15,17 (13,91 - 16,55)
St. Boniface Est	0,97 (0,79 - 1,19)	15,57 (12,85 - 18,87)	16,02 (14,01 - 18,32)
St. Boniface Ouest	1,17 (0,89 - 1,52)	14,39 (11,86 - 17,45)	12,34 (9,95 - 15,30)
St.Vital	1,00 (0,83 - 1,20)	15,40 (13,04 - 18,19)	15,39 (13,98 - 16,96)
St. Vital Sud	0,95 (0,73 - 1,22)	14,57 (11,54 - 18,38)	15,39 (13,22 - 17,93)
St. Vital Nord	1,09 (0,80 - 1,47)	16,77 (12,82 - 21,95)	15,40 (12,86 - 18,45)
Transcona	0,79 (0,46 - 1,35)	12,95 (8,02 - 20,89)	16,38 (12,79 - 20,96)
River Heights	1,01 (0,66 - 1,54)	15,56 (10,39 - 23,31)	15,37 (13,40 - 17,62)
River East (d)	0,62 (0,42 - 0,91)	10,48 (7,21 - 15,23)	16,96 (15,24 - 18,87)
Seven Oaks	1,04 (0,51 - 2,16)	17,89 (9,60 - 33,33)	17,12 (11,72 - 25,01)
St. James Assiniboia (d)	0,48 (0,25 - 0,93)	7,60 (4,08 - 14,16)	15,89 (12,62 - 20,00)
Inkster	0,70 (0,34 - 1,44)	14,38 (7,47 - 27,71)	20,67 (14,95 - 28,57)
Centre-ville	1,05 (0,77 - 1,43)	14,12 (10,76 - 18,54)	13,42 (11,42 - 15,78)
Point Douglas	1,23 (0,78 - 1,94)	19,93 (13,52 - 29,38)	16,15 (12,66 - 20,60)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,94 - 1,37)	12,83 (10,73 - 15,35)	11,32 (9,92 - 12,93)
ORS de la partie centrale	1,01 (0,79 - 1,29)	13,05 (10,45 - 16,30)	12,95 (11,33 - 14,80)
ORS du Nord	0,94 (0,37 - 2,35)	6,91 (3,09 - 15,42)	7,36 (4,68 - 11,58)
Manitoba	1,00 (0,94 - 1,06)	13,95 (13,10 - 14,85)	13,96 (13,55 - 14,37)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.6 : Trois facteurs de risque ou plus du programme Les familles d'abord, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,17 (0,83 - 1,65)	15,26 (11,01 - 21,16)	13,02 (10,08 - 16,82)
SE Nord	0,81 (0,53 - 1,23)	12,40 (8,58 - 17,92)	15,39 (12,02 - 19,72)
SE Centre	1,56 (0,86 - 2,84)	17,22 (9,68 - 30,65)	11,05 (8,96 - 13,61)
SE Ouest (d)	1,91 (1,14 - 3,19)	16,09 (11,41 - 22,70)	8,42 (5,65 - 12,56)
SE Sud (s)	s	s	20,23 (14,11 - 29,00)
Centre (d)	1,63 (1,10 - 2,41)	24,95 (17,52 - 35,52)	15,31 (11,42 - 20,51)
Assiniboine	1,54 (0,74 - 3,19)	23,64 (13,23 - 42,25)	15,39 (9,29 - 25,52)
Brandon	0,85 (0,42 - 1,73)	18,30 (9,84 - 34,04)	21,49 (14,11 - 32,75)
Entre-les-Lacs	1,68 (0,86 - 3,27)	37,00 (22,24 - 61,55)	22,04 (13,52 - 35,94)
Nord-Est	0,85 (0,44 - 1,65)	19,25 (10,81 - 34,26)	22,57 (15,07 - 33,79)
Parcs (s)	s	s	22,57 (15,40 - 33,08)
Nor-Man (s)	s	s	23,95 (11,04 - 51,94)
Burntwood (s)	s	s	29,88 (17,89 - 49,89)
Winnipeg	0,94 (0,75 - 1,17)	18,76 (14,88 - 23,64)	19,97 (16,65 - 23,96)
Fort Garry	0,60 (0,26 - 1,38)	9,30 (4,47 - 19,36)	15,43 (9,78 - 24,35)
Assiniboine South (s)	s	s	s
St. Boniface	0,96 (0,66 - 1,38)	16,60 (11,77 - 23,42)	17,38 (13,24 - 22,82)
St. Boniface Est	1,03 (0,66 - 1,60)	15,74 (10,64 - 23,30)	15,33 (12,03 - 19,54)
St. Boniface Ouest	0,90 (0,59 - 1,37)	18,37 (12,85 - 26,26)	20,45 (15,77 - 26,51)
St.Vital (f)	0,72 (0,43 - 1,21)	10,41 (6,47 - 16,74)	14,51 (10,55 - 19,95)
St. Vital Sud (f)	0,61 (0,26 - 1,44)	6,32 (2,99 - 13,36)	10,29 (6,73 - 15,73)
St. Vital Nord	0,85 (0,48 - 1,51)	15,29 (9,26 - 25,25)	17,90 (13,36 - 23,99)
Transcona (s)	s	s	17,13 (9,30 - 31,56)
River Heights	0,68 (0,28 - 1,62)	14,50 (6,30 - 33,39)	21,35 (15,18 - 30,01)
River East	1,08 (0,61 - 1,89)	23,87 (14,04 - 40,60)	22,15 (16,39 - 29,93)
Seven Oaks (s)	s	38,35 (19,09 - 77,04)	s
St. James Assiniboia (s)	s	s	21,23 (11,78 - 38,26)
Inkster	0,88 (0,36 - 2,17)	29,45 (13,43 - 64,61)	33,53 (20,14 - 55,84)
Centre-ville (f)	1,14 (0,73 - 1,76)	40,86 (27,51 - 60,69)	35,94 (26,53 - 48,67)
Point Douglas (f)	1,10 (0,63 - 1,93)	49,09 (30,20 - 79,80)	44,59 (30,78 - 64,60)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,48 (1,13 - 1,94)	23,46 (18,45 - 29,83)	15,86 (13,30 - 18,92)
ORS de la partie centrale	0,87 (0,58 - 1,32)	19,35 (13,35 - 28,04)	22,20 (17,05 - 28,91)
ORS du Nord	0,97 (0,44 - 2,11)	26,96 (13,65 - 53,24)	27,82 (18,16 - 42,62)
Manitoba	1,12 (0,89 - 1,42)	19,44 (15,35 - 24,62)	17,32 (16,37 - 18,27)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.7 : Consommation d'alcool pendant la grossesse rapportée, 2003–2004 à 2007–2008
 Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,56 (1,08 - 2,26)	11,64 (8,82 - 15,37)	7,58 (6,28 - 9,13)
SE Nord	1,38 (0,86 - 2,19)	12,82 (8,84 - 18,58)	9,32 (6,82 - 12,75)
SE Centre (d)	2,47 (1,25 - 4,86)	15,33 (8,15 - 28,87)	6,22 (4,71 - 8,21)
SE Ouest	1,41 (0,78 - 2,56)	10,63 (6,88 - 16,41)	7,52 (4,91 - 11,51)
SE Sud (s)	s	s	11,59 (7,33 - 18,32)
Brandon	1,54 (0,59 - 4,02)	9,66 (4,67 - 19,99)	6,26 (3,31 - 11,86)
Winnipeg	1,15 (0,96 - 1,38)	13,58 (11,25 - 16,39)	11,82 (10,41 - 13,41)
St. Boniface	1,16 (0,86 - 1,56)	17,51 (13,46 - 22,77)	14,95 (12,35 - 18,11)
St. Boniface Est	1,22 (0,81 - 1,84)	17,09 (11,97 - 24,41)	14,02 (11,00 - 17,86)
St. Boniface Ouest	1,08 (0,70 - 1,65)	17,95 (12,63 - 25,50)	16,68 (12,60 - 22,09)
St. Vital	0,99 (0,61 - 1,61)	9,42 (6,20 - 14,33)	9,54 (7,20 - 12,64)
St. Vital Sud	0,90 (0,44 - 1,83)	8,52 (4,66 - 15,59)	9,51 (6,32 - 14,33)
St. Vital Nord	1,09 (0,57 - 2,11)	10,45 (5,99 - 18,26)	9,57 (6,59 - 13,90)
Winnipeg, autres	1,16 (0,86 - 1,55)	12,56 (9,55 - 16,53)	10,86 (9,13 - 12,91)
ORS du Sud-Ouest	1,01 (0,75 - 1,37)	15,62 (11,83 - 20,63)	15,40 (12,93 - 18,35)
ORS de la région centrale	0,95 (0,55 - 1,63)	9,20 (5,80 - 14,59)	9,72 (7,10 - 13,30)
ORS du Nord	1,01 (0,41 - 2,51)	18,68 (8,52 - 40,93)	18,50 (11,44 - 29,94)
Manitoba (d)	1,18 (1,04 - 1,35)	13,23 (11,61 - 15,09)	11,18 (10,39 - 11,96)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.8 : Usage du tabac pendant la grossesse rapporté, 2003–2004 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,31 (0,98 - 1,74)	14,56 (11,10 - 19,08)	11,13 (9,17 - 13,51)
SE Nord	0,92 (0,58 - 1,44)	11,77 (7,95 - 17,41)	12,85 (9,64 - 17,12)
SE Centre (d)	2,05 (1,17 - 3,58)	20,74 (12,17 - 35,34)	10,14 (7,96 - 12,90)
SE Ouest (d)	1,88 (1,12 - 3,18)	16,14 (11,22 - 23,23)	8,56 (5,67 - 12,93)
SE Sud (s)	s	s	16,27 (10,91 - 24,28)
Centre	1,50 (0,96 - 2,35)	12,94 (8,82 - 18,99)	8,62 (6,47 - 11,47)
Assiniboine	1,43 (0,73 - 2,79)	23,70 (13,90 - 40,39)	16,59 (10,67 - 25,81)
Brandon	1,28 (0,67 - 2,43)	22,47 (13,36 - 37,76)	17,54 (11,58 - 26,56)
Entre-les-Lacs	2,01 (0,89 - 4,53)	24,62 (13,96 - 43,42)	12,23 (6,67 - 22,41)
Nord-Est	0,60 (0,29 - 1,23)	13,31 (7,01 - 25,28)	22,13 (15,33 - 31,95)
Parcs	0,60 (0,31 - 1,15)	15,52 (8,60 - 28,00)	25,84 (18,79 - 35,52)
Nor-Man	1,32 (0,44 - 3,94)	33,60 (14,84 - 76,07)	25,53 (12,02 - 54,21)
Burntwood (s)	s	s	37,72 (24,51 - 58,03)
Winnipeg (d)	0,76 (0,60 - 0,96)	13,31 (10,45 - 16,97)	17,53 (14,71 - 20,89)
Fort Garry (s)	s	s	8,10 (4,63 - 14,20)
Assiniboine South (s)	s	s	s
St. Boniface (f,d)	0,53 (0,35 - 0,81)	7,81 (5,25 - 11,64)	14,71 (11,72 - 18,45)
St. Boniface Est	0,61 (0,33 - 1,09)	7,56 (4,38 - 13,06)	12,49 (9,41 - 16,58)
St. Boniface Ouest (d)	0,45 (0,25 - 0,80)	8,14 (4,80 - 13,83)	18,12 (13,50 - 24,32)
St.Vital	0,82 (0,51 - 1,32)	10,94 (7,20 - 16,62)	13,27 (10,06 - 17,50)
St. Vital Sud	0,85 (0,40 - 1,82)	8,32 (4,39 - 15,77)	9,78 (6,26 - 15,30)
St. Vital Nord	0,86 (0,48 - 1,54)	13,74 (8,20 - 23,01)	16,01 (11,64 - 22,04)
Transcona (s)	s	s	24,77 (15,45 - 39,70)
River Heights (s)	s	s	20,15 (14,81 - 27,40)
River East	0,86 (0,47 - 1,55)	18,01 (10,22 - 31,77)	21,05 (16,43 - 26,95)
Seven Oaks (s)	s	s	s
St. James Assiniboia	1,12 (0,42 - 2,98)	17,49 (8,19 - 37,34)	15,55 (8,24 - 29,37)
Inkster (f)	1,12 (0,54 - 2,33)	43,17 (23,32 - 79,91)	38,52 (24,93 - 59,50)
Centre-ville (f)	1,11 (0,69 - 1,78)	28,48 (18,76 - 43,23)	25,73 (19,44 - 34,05)
Point Douglas (f)	1,22 (0,65 - 2,27)	35,85 (21,36 - 60,16)	29,47 (20,00 - 43,42)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,51 (1,08 - 2,11)	16,60 (12,37 - 22,26)	10,98 (8,73 - 13,80)
ORS de la partie centrale	0,79 (0,52 - 1,20)	17,04 (11,67 - 24,87)	21,46 (16,57 - 27,78)
ORS du Nord (f)	1,00 (0,49 - 2,02)	33,82 (18,23 - 62,72)	33,89 (22,95 - 50,05)
Manitoba	0,98 (0,82 - 1,16)	14,68 (12,35 - 17,45)	15,04 (14,14 - 15,93)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.9 : Mères ayant rapporté souffrir de dépression ou d'anxiété, 2003–2004 à 2007–2008
Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,50 (1,14 - 1,96)	14,50 (11,30 - 18,60)	9,69 (8,20 - 11,45)
SE Nord	1,33 (0,83 - 2,11)	12,53 (8,66 - 18,15)	9,46 (7,01 - 12,77)
SE Centre (d)	1,81 (1,02 - 3,22)	19,77 (11,44 - 34,19)	10,93 (8,93 - 13,37)
SE Ouest (d)	1,81 (1,04 - 3,15)	13,75 (9,43 - 20,04)	7,60 (5,01 - 11,52)
SE Sud (d)	3,45 (1,32 - 9,05)	27,63 (12,38 - 61,67)	8,00 (4,65 - 13,76)
Centre	1,22 (0,85 - 1,75)	17,45 (12,66 - 24,05)	14,29 (11,66 - 17,52)
Assiniboine	1,67 (0,82 - 3,38)	20,37 (11,93 - 34,76)	12,21 (7,55 - 19,75)
Brandon	0,67 (0,30 - 1,49)	11,20 (5,56 - 22,59)	16,81 (11,10 - 25,44)
Entre-les-Lacs	1,44 (0,57 - 3,66)	15,85 (7,86 - 31,95)	10,98 (5,88 - 20,48)
Nord-Est	0,95 (0,47 - 1,90)	16,80 (9,45 - 29,88)	17,69 (11,78 - 26,56)
Parcs	1,85 (0,80 - 4,29)	14,77 (7,87 - 27,70)	7,96 (4,50 - 14,09)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (s)	s	s	s
Winnipeg	0,99 (0,83 - 1,19)	14,12 (11,71 - 17,02)	14,27 (12,67 - 16,07)
Fort Garry	0,88 (0,46 - 1,71)	13,06 (7,50 - 22,73)	14,79 (10,14 - 21,56)
Assiniboine South (s)	s	s	s
St. Boniface	0,90 (0,65 - 1,25)	12,96 (9,68 - 17,35)	14,37 (11,89 - 17,37)
St. Boniface Est	0,73 (0,45 - 1,17)	10,41 (6,75 - 16,05)	14,28 (11,46 - 17,79)
St. Boniface Ouest	1,08 (0,69 - 1,69)	15,75 (11,00 - 22,55)	14,54 (10,94 - 19,33)
St.Vital	0,99 (0,67 - 1,46)	14,11 (10,05 - 19,82)	14,22 (11,35 - 17,81)
St. Vital Sud	0,91 (0,49 - 1,70)	10,57 (6,23 - 17,93)	11,62 (8,23 - 16,40)
St. Vital Nord	1,07 (0,66 - 1,74)	17,94 (11,86 - 27,14)	16,75 (12,79 - 21,93)
Transcona (s)	s	s	17,36 (10,41 - 28,94)
River Heights	0,84 (0,38 - 1,85)	15,57 (7,37 - 32,90)	18,59 (13,84 - 24,95)
River East	1,35 (0,75 - 2,42)	19,44 (11,39 - 33,17)	14,43 (10,97 - 18,97)
Seven Oaks (s)	s	28,79 (12,84 - 64,53)	s
St. James Assiniboia	0,92 (0,34 - 2,48)	13,11 (5,85 - 29,39)	14,31 (7,89 - 25,96)
Inkster (s)	s	s	10,47 (4,69 - 23,38)
Centre-ville	0,87 (0,46 - 1,65)	12,77 (7,34 - 22,23)	14,73 (10,40 - 20,88)
Point Douglas	1,16 (0,44 - 3,06)	15,60 (6,96 - 34,97)	13,43 (7,76 - 23,23)
ORS du Sud-Ouest	1,18 (0,89 - 1,56)	16,89 (13,10 - 21,79)	14,36 (12,26 - 16,83)
ORS de la partie centrale	1,30 (0,82 - 2,06)	15,82 (10,89 - 22,99)	12,19 (9,05 - 16,41)
ORS du Nord	2,82 (0,91 - 8,74)	19,52 (8,71 - 43,75)	6,92 (3,10 - 15,45)
Manitoba (d)	1,17 (1,03 - 1,32)	14,87 (13,09 - 16,89)	12,76 (11,92 - 13,59)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.10 : Détresse dans les relations parentales, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,53 (0,77 - 3,02)	3,79 (2,36 - 6,07)	2,27 (1,63 - 3,17)
Winnipeg	0,92 (0,65 - 1,31)	3,92 (2,74 - 5,61)	4,24 (3,39 - 5,32)
St. Boniface	1,00 (0,52 - 1,93)	3,46 (1,94 - 6,18)	3,49 (2,34 - 5,18)
St. Vital (s)	s	s	3,06 (1,62 - 5,76)
Winnipeg, autres	1,17 (0,74 - 1,83)	5,30 (3,44 - 8,16)	4,55 (3,46 - 5,98)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,94 (1,10 - 3,42)	5,55 (3,46 - 8,89)	2,85 (1,92 - 4,23)
ORS du Nord + partie centrale	1,35 (0,70 - 2,63)	5,79 (3,31 - 10,13)	4,27 (2,78 - 6,58)
Manitoba	1,27 (1,00 - 1,61)	4,35 (3,43 - 5,53)	3,44 (2,98 - 3,89)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 8.9.11 : Mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires, 2003–2004 à 2007–2008

Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	0,42 (0,25 - 0,72)	7,21 (4,38 - 11,86)	18,20 (12,69 - 26,09)
SE Nord (d)	0,42 (0,21 - 0,85)	7,02 (3,62 - 13,60)	16,60 (10,13 - 27,20)
SE Centre (s)	s	s	17,75 (11,30 - 27,86)
SE Ouest (d)	0,45 (0,22 - 0,93)	7,40 (3,82 - 14,34)	16,40 (9,78 - 27,48)
SE Sud	0,00	0,00	31,86 (18,66 - 54,39)
Brandon (s)	s	s	14,94 (8,58 - 26,01)
Winnipeg	0,80 (0,53 - 1,21)	8,44 (5,52 - 12,90)	10,55 (7,33 - 15,17)
St. Boniface	0,88 (0,51 - 1,53)	7,35 (4,29 - 12,57)	7,96 (5,11 - 12,39)
St. Boniface Est	0,97 (0,44 - 2,14)	6,33 (3,08 - 13,02)	6,51 (3,78 - 11,22)
St. Boniface Ouest	0,77 (0,38 - 1,57)	8,56 (4,47 - 16,41)	11,16 (6,58 - 18,94)
St. Vital (d)	0,28 (0,09 - 0,90)	1,96 (0,62 - 6,23)	7,27 (4,39 - 12,05)
St. Vital Sud (s)	s	s	5,03 (2,38 - 10,66)
St. Vital Nord (s)	s	s	10,11 (5,78 - 17,69)
Winnipeg, autres	0,92 (0,56 - 1,53)	12,31 (7,42 - 20,40)	13,32 (8,63 - 20,55)
ORS du Sud-Ouest (d)	0,30 (0,17 - 0,52)	9,72 (5,56 - 16,99)	32,42 (21,09 - 49,85)
ORS de la région centrale	0,65 (0,36 - 1,17)	11,20 (6,41 - 19,59)	17,30 (11,25 - 26,60)
ORS du Nord	0,80 (0,29 - 2,15)	15,95 (6,50 - 39,14)	20,06 (11,32 - 35,55)
Manitoba (d)	0,50 (0,34 - 0,73)	8,40 (5,76 - 12,25)	16,81 (15,88 - 17,75)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 9 : Recours aux services de médecins

Indicateurs dans ce chapitre :

- 9.1 Consultations d'un médecin (au moins une visite au cours de l'année précédente)
- 9.2 Consultations d'un médecin (nombre de visites) et raisons des consultations
- 9.3 Secondes consultations
- 9.4 Continuité des soins
- 9.5 Consultations d'un médecin en mesure d'offrir des services en français
- 9.6 Comparaison des taux entre les échantillons
- 9.7 Constatations de l'analyse supplémentaire
- 9.8 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- La cohorte francophone est plus portée à consulter un médecin au moins une fois l'an.
- On ne constate toutefois pas de différence dans les taux de consultation d'un médecin entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Malgré de légères différences quant aux raisons des visites chez le médecin, le classement des raisons par ordre de grandeur est le même entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Le nombre brut de consultations d'un médecin selon l'âge et le sexe suit une tangente très similaire entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Lorsqu'on s'attarde seulement à la cohorte francophone et qu'on compare les mesures par région à la moyenne provinciale, les variations sont substantielles, tant à la hausse qu'à la baisse, pour la plupart des indicateurs. Les taux de **continuité des soins** sont moins élevés dans trois régions et les taux de consultation d'un médecin sont moins élevés dans deux régions.
- On observe des variations substantielles entre les régions de la province dans les taux des francophones qui consultent un médecin qui parle français ou qui offre des services de traduction.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 9.0 : Sommaire des indicateurs du recours aux services de médecins comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Consultations d'un médecin, 2008-2009		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Ouest (f)		↓
Centre (d)	↑	
Assiniboine (f)		↓
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Consultations d'un médecin (nombres de visites), 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Nord (d)	↑	
SE Centre (f)		↓
SE Ouest (f,d)	↓	↓
SE Sud (f,d)	↓	↓
Assiniboine (f,d)	↓	↓
Brandon (f)		↑
Nord-Est (d)	↓	
Parcs (d)	↓	
Nor-Man (f)		↓
Winnipeg		
Assiniboine South (d)	↓	
St. Vital		
St. Vital Nord (f)		↑
St. James Assiniboia (f)		↑
Inkster (f,d)	↑	↑
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
ORS de la partie centrale (d)	↓	
ORS du Nord (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	
Secondes consultations, 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Northern (f)		↓
Central (f)		↓
Assiniboine (f)		↓
Entre-les-Lacs (d)	↑	
Nor-Man (f)		↓
Winnipeg (f)		↑
St. Boniface		
St. Boniface Est (f)		↑
Centre-ville (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (f)		↓
Continuité des soins, 2007-2008 et 2008-2009		
Manitoba		
Assiniboine (f)		↓
Brandon (f)		↓
Burntwood (f)		↓

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Services en français, 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f)		↑
SE Nord (f)		↕
SE Ouest (f)		↓
Centre (f)		↕
Assiniboine (f)		↕
Brandon (f)		↓
Entre-les-Lacs (f)		↓
Nord-Est (f)		↓
Parcs (f)		↓
Nor-Man (f)		↓
Burntwood (f)		↓
Winnipeg (f)		↓
Fort Garry (f)		↓
St. Boniface		↓
St. Boniface Est (f)		↓
St. Boniface Ouest (f)		↑
St. Vital (f)		↓
St. Vital Sud (f)		↓
St. Vital Nord (f)		↓
Transcona (f)		↓
River Heights (f)		↓
River East (f)		↓
Seven Oaks (f)		↓
St. James Assiniboia (f)		↓
Inkster (f)		↓
Centre-ville (f)		↓
Point Douglas (f)		↓
ORS du Sud-Ouest (f)		↕
ORS de la partie centrale (f)		↓
ORS du Nord (f)		↓

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

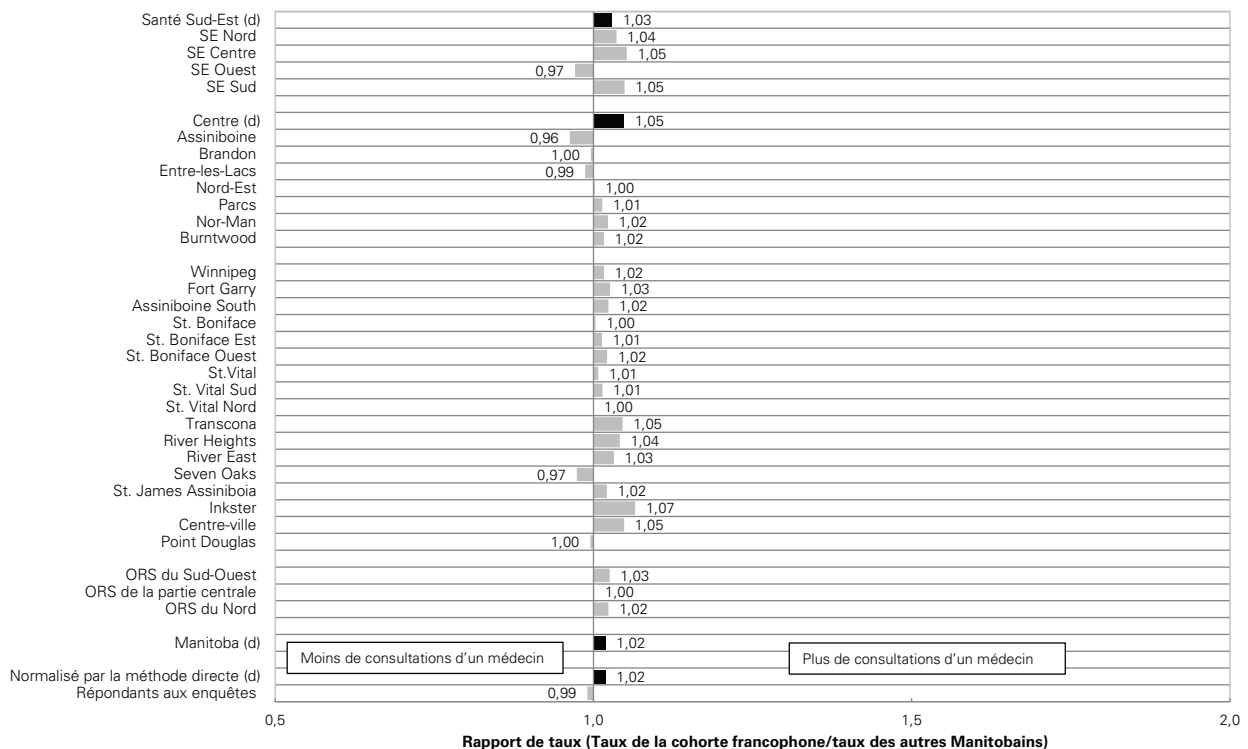
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

9.1 Consultations d'un médecin (au moins une visite au cours de l'année précédente)

La définition de consultations d'un médecin s'applique à la proportion de résidents d'une région qui ont eu au moins une consultation externe au cours d'un **exercice financier**. Les consultations externes englobent pratiquement toutes les prises de contact avec les médecins, sauf pendant les séjours à l'hôpital. Les valeurs ont été calculées sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustées selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 9.1.1 : Consultations d'un médecin — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents ayant consulté un médecin au moins une fois par année, tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

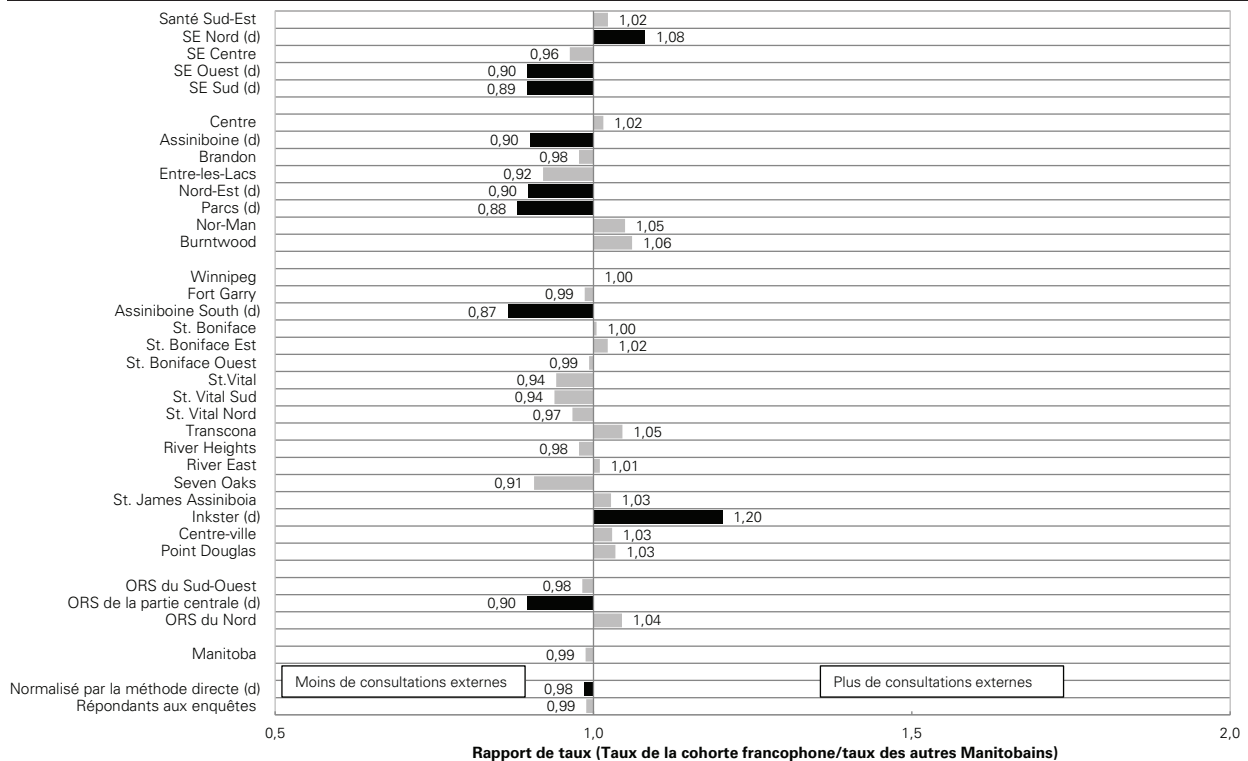
- Dans l'ensemble, le taux de consultation d'un médecin de la cohorte francophone est un peu plus élevé que celui du groupe témoin (rapport de taux : 1,02).
- Les taux de consultation d'un médecin sont légèrement plus élevés dans la cohorte francophone de Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,03) et de l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,05) que ceux du groupe témoin. Dans toutes les autres régions, les taux de consultation d'un médecin des francophones et des autres Manitobains sont similaires.
- Les taux de consultation d'un médecin des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de l'ORS Assiniboine, et le district Ouest de Santé Sud–Est dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 9.8.1).

9.2 Consultations d'un médecin (nombre de visites) et raisons des consultations

Les consultations d'un médecin au consultations externes englobent pratiquement toutes les prises de contact avec les médecins (**omnipraticiens, médecins de famille et spécialistes**) : visites au cabinet d'un médecin, visites à une clinique sans rendez-vous, visites à domicile, visites à un foyer de soins personnels, visites au service des consultations externes et certaines visites à la salle d'urgence (lorsque les données sont inscrites). En sont exclus les services fournis aux patients une fois admis à l'hôpital et les visites pour des soins prénatals. Nota : Les visites liées à la « grossesse et naissance » sont comprises dans les graphiques circulaires des consultations externes par raison. La définition de consultations d'un médecin s'applique au nombre moyen de consultations d'un médecin par résident au cours d'une année. Les taux de consultation d'un médecin ont été calculés sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 9.2.1 : Consultations d'un médecin (nombres de visites) — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

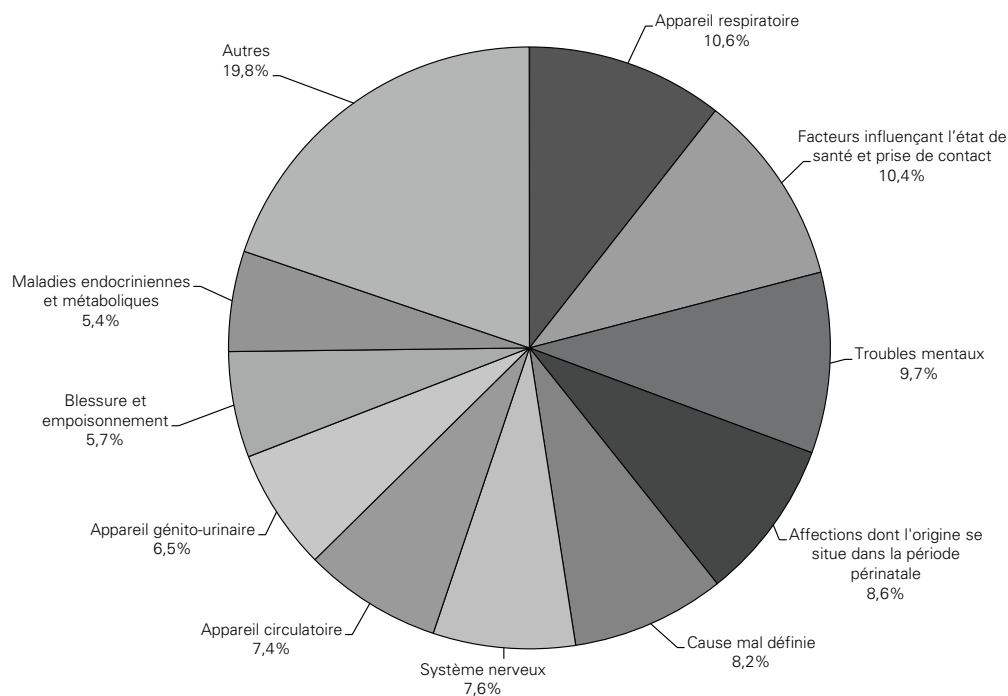
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- Bien qu'à l'échelle provinciale, aucune différence n'est observée dans les taux de consultation d'un médecin entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains, certaines différences sont constatées à l'échelle régionale.¹³
- Les taux de consultation d'un médecin de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin dans l'ORS de la partie centrale (rapport des taux : 0,90), le district Ouest (rapport de taux : 0,90) et le district Sud (rapport de taux : 0,89) de Santé Sud-Est, dans les régions relevant de l'ORS Assiniboine (rapport de taux : 0,90), de l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 0,90) et de l'ORS des Parcs (rapport de taux : 0,88), et à Assiniboine South (rapport de taux : 0,87). Par contre, le taux de consultation des francophones du district Nord de Santé Sud-Est et d'Inkster (rapport des taux : 1,20) est plus élevé (rapport de taux : 1,08).
- Les taux de consultation d'un médecin des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de trois districts de Santé Sud-Est (Centre, Ouest et Sud), de l'ORS de NOR-MAN, et des ORS du Nord, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Brandon, de Saint-Vital Nord, d'Inkster, du centre-ville et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 9.8.2).

Les graphiques circulaires et les graphiques à bâtons qui illustrent les raisons des consultations d'un médecin sont basés sur les taux bruts calculés sur une période d'un an (2008–2009), qui n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe. Les visites liées à la grossesse comptent parmi les raisons données.

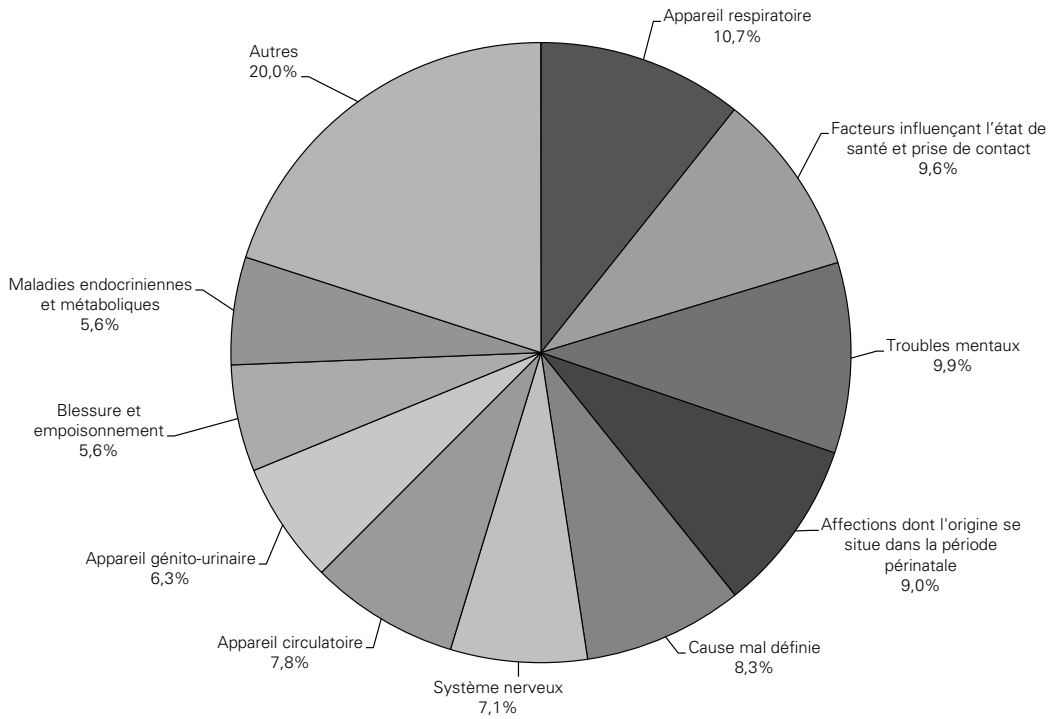
Figure 9.2.2 : Causes de la consultation d'un médecin dans la cohorte francophone, 2008–2009



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

13 Il convient de noter que le rapport de taux de l'échantillon formé du groupe témoin, une fois normalisé par la méthode directe pour permettre une comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, était statistiquement significatif. Cela pourrait être dû aux différences dans les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

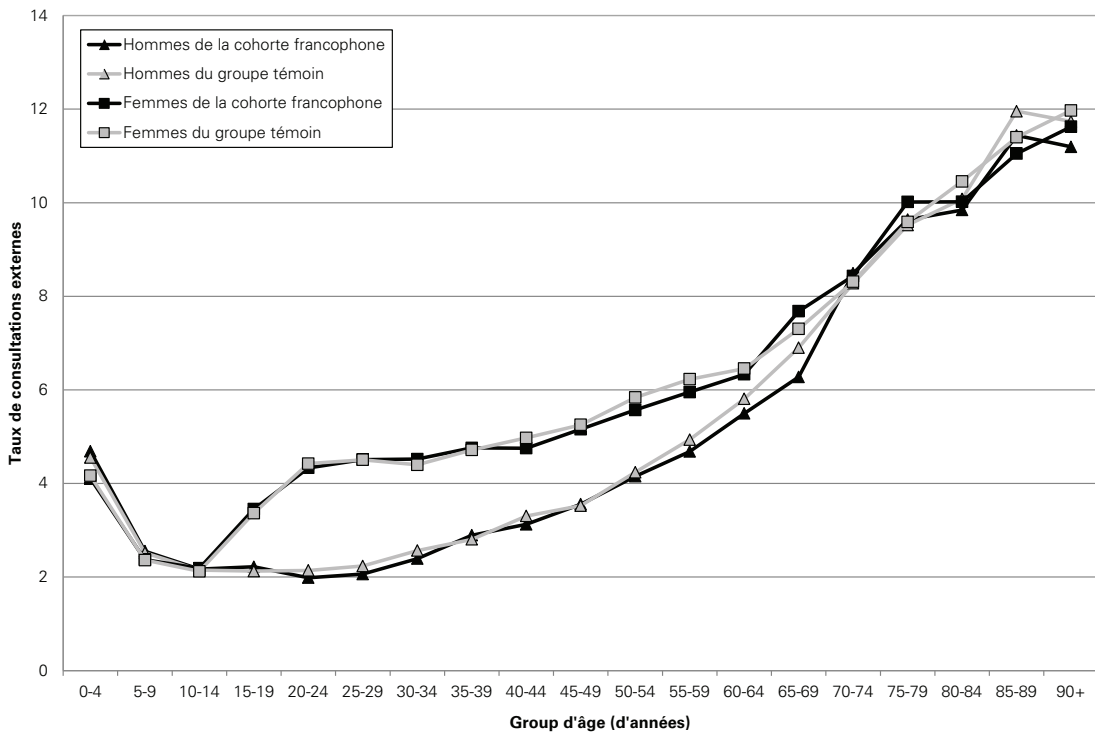
Figure 9.2.3 : Causes de la consultation d'un médecin dans le groupe témoin, 2008–2009



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 9.2.4 : Taux de consultations externes selon l'âge et le sexe, 2008–2009

Nombres bruts de visites pour l'ensemble des médecins



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- Les causes de blessure parmi la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains semblent être similaires, bien qu'aucune analyse statistique n'ait été effectuée.
- Les raisons des consultations d'un médecin les plus souvent évoquées par les deux cohortes sont les problèmes respiratoires, l'état de santé (dépistage, examen médical) et les problèmes de santé mentale.
- Les taux de consultation d'un médecin selon l'âge et le sexe de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d'autres Manitobains sont très similaires. Cependant, aucune analyse statistique officielle n'a été effectuée pour comparer les deux groupes.

9.3 Secondes consultations

Les secondes consultations sont le prolongement des consultations externes. Elles ont lieu lorsqu'un médecin renvoie un patient à un autre médecin (habituellement un spécialiste ou un chirurgien) en raison de la complexité, du caractère obscur ou de la gravité de la maladie, ou lorsque le patient demande une seconde opinion. La **seconde consultation** peut être effectuée par un omnipraticien, un médecin de famille ou un spécialiste, à la suite de quoi le patient retourne habituellement vers son omnipraticien ou médecin de famille qui assurera la gestion continue.

Le taux de seconde consultation est une mesure de l'accès « initial » aux soins spécialisés. Les personnes vivant en milieu urbain ont des taux globaux de soins spécialisés beaucoup plus élevés, car ils peuvent continuer de consulter le spécialiste plutôt qu'être renvoyés à leur omnipraticien ou médecin de famille. C'est ce qui explique pourquoi c'est le taux de seconde consultation plutôt que le taux global de consultation d'un spécialiste qui est utilisé comme indicateur de l'accès à des soins spécialisés. Les taux de seconde consultation ont été calculés sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

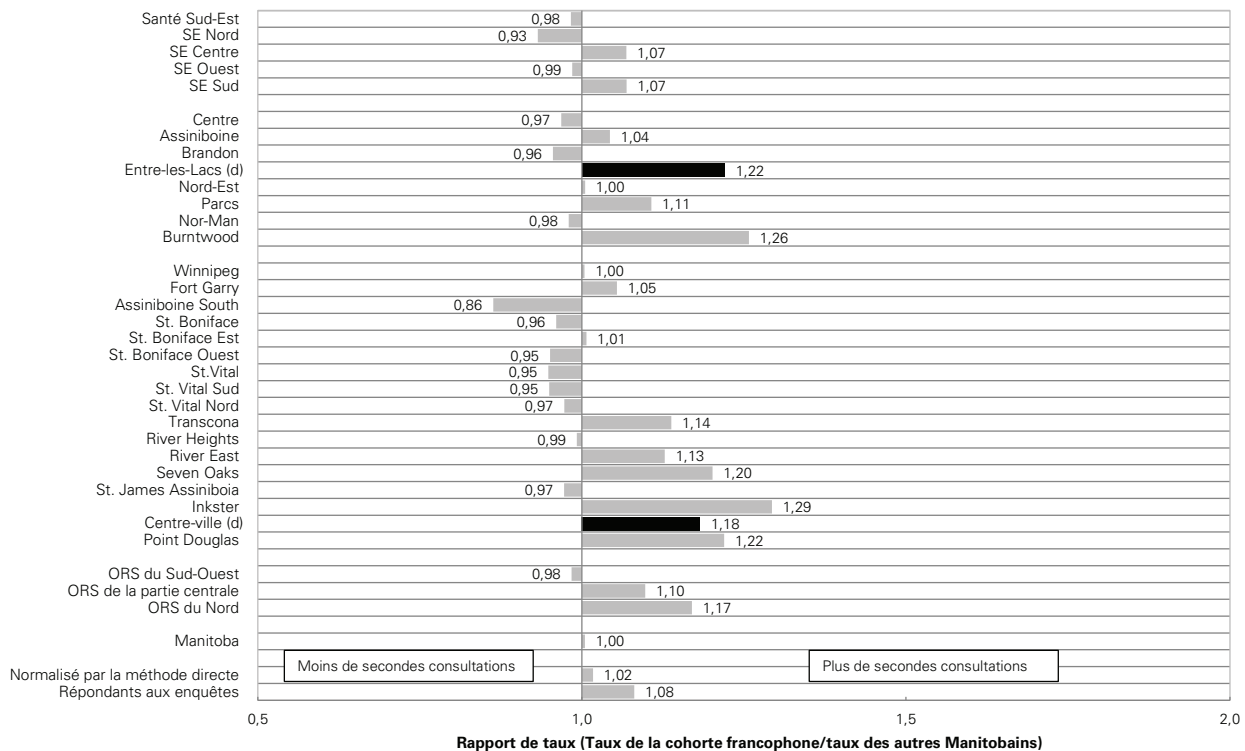
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de seconde consultation entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,00), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,08).
- À l'échelle régionale, les taux de seconde consultation de la cohorte francophone sont nettement plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains dans la région d'Entre–les–Lacs (rapport de taux : 1,22) et au centre–ville (rapport de taux : 1,18).
- Les taux de seconde consultation des francophones de nombreuses régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Santé Sud–Est (district Nord), de l'ORS du Centre, de l'ORS Assiniboine, de l'ORS de NOR–MAN et des ORS du Sud–Ouest, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale. Par contre, dans les secteurs urbains de Winnipeg, de Saint–Boniface Est et du centre–ville, les taux sont plus élevés (Tableau 9.8.3).

Figure 9.3.1 : Secondes consultations — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

9.4 Continuité des soins

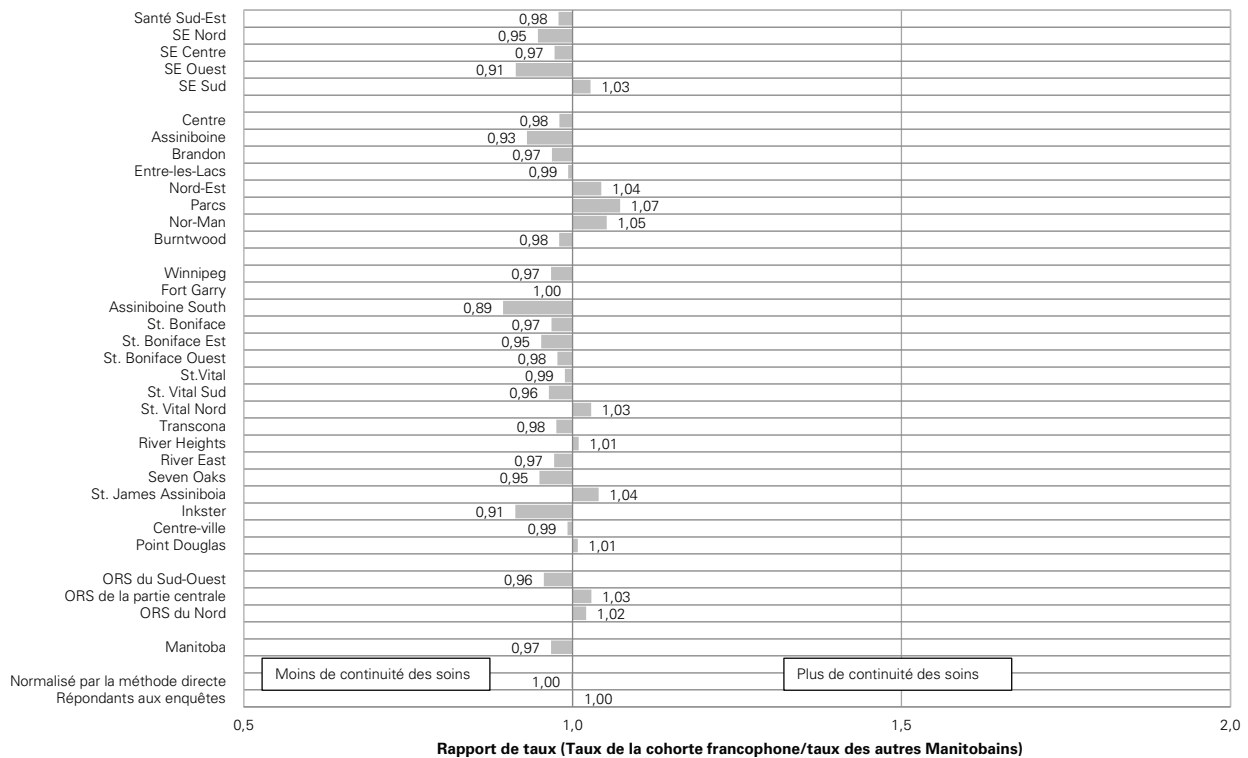
La continuité des soins se rapporte aux soins fournis à une personne par un médecin en particulier au cours d'une période donnée. Avec le temps, les patients qui consultent le même **médecin de premier recours** pourraient avoir de meilleurs résultats sur le plan de la santé du fait qu'une seule personne veille à leur santé. Bien que d'autres professionnels de la santé puissent assurer des soins de santé primaires, les données de l'entrepôt de données ne comprennent que les prises de contact avec les médecins.

Dans le présent rapport, la prévalence de la continuité des soins correspond au pourcentage de résidents ayant effectué au moins 50 % de leurs consultations externes auprès du même médecin sur une période de deux ans (2007–2008 et 2008–2009), ajusté selon l'âge et le sexe. Dans le cas des enfants de 0 à 14 ans, le médecin peut être soit un omnipraticien ou médecin de famille, soit un **pédiatre**. Dans le cas des résidents de 15 à 59 ans, seul un omnipraticien ou médecin de famille peut être le médecin. Dans le cas des personnes de 60 ans et plus, le médecin peut être soit un omnipraticien ou médecin de famille, soit un spécialiste de la médecine interne. Les résidents ayant effectué moins de trois consultations externes au cours de la période de deux ans ont été exclus des analyses.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 9.4.1 : Continuité des soins — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, pourcentage de résidents ayant effectué au moins 50 % de leurs consultations auprès du même médecin



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de continuité des soins entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,97), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,00).
- Les taux de continuité des soins des francophones de nombreuses régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de l'ORS Assiniboine, de l'ORS de Brandon et de l'ORS de Burntwood, dont les taux sont moins élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 9.8.4).
- Une sous-analyse effectuée parmi les francophones fait ressortir une petite différence, qui est toutefois statistiquement significative, dans la continuité des soins des francophones dont le médecin assure des services en français. Le taux de continuité des soins des francophones dont le médecin est en mesure d'offrir des services en français est plus élevé que le taux des autres francophones (71,8 % et 67,4 %).

9.5 Consultations d'un médecin en mesure d'offrir des services en français

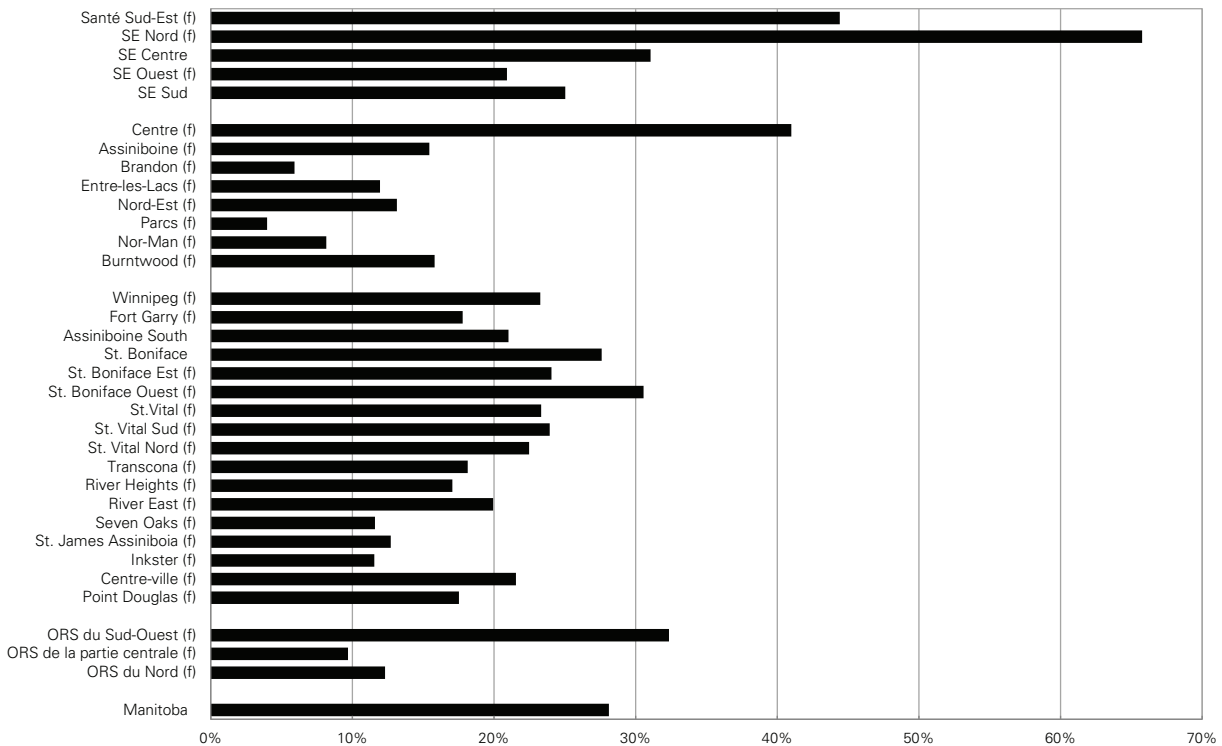
Les données publiques du **Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba** nous ont permis de répertorier les médecins qui ont déclaré être en mesure d'offrir des services en français (qui parlent un certain niveau de français ou qui offrent des services de traduction en français). Nous reconnaissons qu'il s'agit là d'une définition élargie de la capacité d'offrir des services en français et qu'elle pourrait comprendre des médecins qui ne maîtrisent pas le français.

La définition de consultations d'un médecin en mesure d'offrir des services en français s'applique à la proportion de francophones de la cohorte qui ont consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français en 2008–2009. Elle se limite aux personnes qui ont effectué au moins une consultation en 2008–2009.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 9.5.1 : Proportion de membres de la cohorte francophone ayant consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français, 2008–2009

Taux ajustés selon l'âge et le sexe par année–personne, pour tous les âges.
Se limitent à ceux qui ont consulté un médecin au moins une fois



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.
« d » signale une différence entre les taux des deux groupes. « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- On observe des variations parmi les régions dans la proportion de francophones qui consultent un médecin en mesure d'offrir des services en français. À l'échelle provinciale, 28 % des francophones consultent un médecin en mesure d'offrir des services en français. On constate toutefois que dans certaines régions, une proportion beaucoup plus grande de la cohorte francophone consulte un médecin en mesure d'offrir des services en français. C'est le cas notamment à Santé Sud–Est (44,4 %; IC à 95 % entre 42,6 % et 46,3 %) et à l'ORS du Centre (41,0 %; IC à 95 % entre 38,7 % et 43,4 %).

9.6 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 9.6.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Consultations d'un médecin	2008-2009	82,39%	80,83%	1,02 (d)	84,54%	84,66%	1,00
Taux de consultations d'un médecin (nombres de visites), taux par personne	2008-2009	4,21	4,26	0,98 (d)	5,13	5,19	0,99
Taux de secondes consultations	2008-2009	26,41%	26,29%	1,02	37,47%	34,90%	1,07
Continuité des soins	2007-2008 et 2008-2009	67,88%	70,18%	1,00	74,14%	74,48%	1,00
Proportion de membres de la cohorte ayant consulté au moins une fois un médecin offrant des services en français	2008-2009	28,69%	n/a	n/a	28,17%	n/a	n/a

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

9.7 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Dans son rapport portant sur l'état de santé des résidents de l'Ontario, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) n'a constaté aucune différence entre les francophones et la population en général au chapitre des taux de consultation d'un médecin. Par contre, le taux de visites chez le dentiste des francophones était moins élevé que celui des anglophones (66 % et 72 %). On a aussi constaté que les francophones recouraient davantage aux services d'urgence que les anglophones (27,4 % et 23,3 %) (2010).
- *Dans la présente étude, le taux d'accès aux services d'un médecin est légèrement plus élevé chez les francophones que dans la population en général (rapport de taux : 1,02). Comme les données relatives aux services dentaires et aux services d'urgence n'étaient pas disponibles, aucune comparaison n'est possible à ce chapitre.*

Accès à des services de santé en français

- Un rapport de la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada portant sur l'amélioration de l'accès à des services en français a établi que 50 % des francophones du Canada vivant en milieu minoritaire ont peu ou pas accès à des services de santé en français. La comparaison de l'accès à des services en français et en anglais a permis de constater que l'accès à des services en français était de trois fois (services communautaires) à sept fois (hôpitaux, cliniques médicales, soins à domicile) plus difficile à obtenir. Sur une note plus positive, le Manitoba figurait en deuxième place à égalité avec l'Ontario et derrière le Nouveau-Brunswick au chapitre de la préparation en vue d'établir des services en français (2001).

- Corbeil, Grenier et Lafrenière ont établi que 14 % des francophones du Manitoba communiquaient en français avec leur médecin de famille (2006).
- Lussier a rapporté des problèmes importants en ce qui concerne l'accès à des services en français parmi les Manitobains, 85 % d'entre eux ayant rapporté qu'ils parlaient anglais avec leur médecin de famille (Conseil communauté en santé du Manitoba, 2008).
- Un rapport de Statistique Canada portant sur les professionnels de la santé et les minorités de langue officielle au Canada a établi que 2,6 % des médecins du Manitoba « parlent français », comparativement à 3,8 % de l'ensemble de la population du Manitoba. Quinze pour cent des médecins du Manitoba ont déclaré être en mesure de soutenir une conversation en français (2009).
- de Moissac, Delaquis et Rioux ont mené une enquête auprès d'étudiants du Collège universitaire de Saint-Boniface, ce qui leur a permis d'apprendre que 70 % des étudiants issus d'un milieu rural et 48 % de ceux issus d'un milieu urbain avaient déjà reçu des services de soins de santé en français. Parmi ces étudiants, 36,5 % ont indiqué qu'ils préféraient recevoir leurs soins en français, une tendance qui était moins prononcée parmi les répondants d'origine anglophone (32 %) (2006).
- *Dans la présente étude, 28 % des francophones du Manitoba ont consulté un médecin en mesure d'offrir des services en français. L'étude laisse aussi entrevoir un effet positif sur la continuité des soins parmi les patients francophones qui ont la possibilité d'obtenir des services en français.*

9.8 Tableaux supplémentaires

Tableau 9.8.1 : Consultations d'un médecin, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,03 (1,00 - 1,06)	79,64 (77,58 - 81,76)	77,37 (76,17 - 78,59)
SE Nord	1,04 (0,99 - 1,08)	82,76 (79,90 - 85,72)	79,88 (77,91 - 81,90)
SE Centre	1,05 (0,96 - 1,16)	79,61 (72,66 - 87,23)	75,64 (73,76 - 77,57)
SE Ouest (f)	0,97 (0,93 - 1,02)	76,30 (73,34 - 79,37)	78,57 (76,23 - 80,99)
SE Sud	1,05 (0,92 - 1,20)	73,61 (64,97 - 83,38)	70,17 (66,75 - 73,77)
Centre (d)	1,05 (1,01 - 1,09)	81,58 (78,72 - 84,54)	77,79 (76,15 - 79,47)
Assiniboine (f)	0,96 (0,89 - 1,04)	75,11 (70,37 - 80,18)	78,01 (75,20 - 80,94)
Brandon	1,00 (0,90 - 1,10)	84,79 (77,53 - 92,72)	85,14 (80,73 - 89,78)
Entre-les-Lacs	0,99 (0,91 - 1,07)	78,42 (72,77 - 84,52)	79,46 (76,10 - 82,97)
Nord-Est	1,00 (0,93 - 1,08)	82,82 (77,51 - 88,51)	82,65 (79,53 - 85,89)
Parcs	1,01 (0,94 - 1,10)	80,68 (75,35 - 86,40)	79,59 (76,49 - 82,82)
Nor-Man	1,02 (0,86 - 1,22)	75,58 (65,11 - 87,72)	73,89 (67,52 - 80,85)
Burntwood	1,02 (0,88 - 1,17)	76,51 (67,52 - 86,69)	75,25 (69,89 - 81,02)
Winnipeg	1,02 (1,00 - 1,03)	83,70 (82,12 - 85,31)	82,34 (81,42 - 83,27)
Fort Garry	1,03 (0,96 - 1,09)	83,89 (79,25 - 88,81)	81,73 (79,05 - 84,51)
Assiniboine South	1,02 (0,89 - 1,17)	84,23 (74,54 - 95,19)	82,31 (77,11 - 87,86)
St. Boniface	1,00 (0,97 - 1,03)	83,20 (81,04 - 85,41)	82,93 (81,50 - 84,38)
St. Boniface Est	1,01 (0,97 - 1,06)	85,40 (82,35 - 88,57)	84,26 (82,48 - 86,09)
St. Boniface Ouest	1,02 (0,98 - 1,07)	82,05 (79,27 - 84,94)	80,32 (78,17 - 82,53)
St.Vital	1,01 (0,97 - 1,05)	84,78 (81,89 - 87,79)	84,14 (82,44 - 85,88)
St. Vital Sud	1,01 (0,97 - 1,07)	86,01 (82,30 - 89,89)	84,82 (82,65 - 87,04)
St. Vital Nord	1,00 (0,94 - 1,06)	83,11 (78,82 - 87,64)	83,11 (80,55 - 85,76)
Transcona	1,05 (0,95 - 1,16)	85,73 (78,56 - 93,55)	81,97 (77,87 - 86,29)
River Heights	1,04 (0,96 - 1,14)	83,86 (77,31 - 90,96)	80,52 (78,01 - 83,11)
River East	1,03 (0,96 - 1,11)	83,74 (78,46 - 89,37)	81,12 (78,85 - 83,46)
Seven Oaks	0,97 (0,85 - 1,12)	82,04 (72,63 - 92,67)	84,24 (78,52 - 90,37)
St. James Assiniboia	1,02 (0,92 - 1,13)	83,90 (76,77 - 91,68)	82,17 (78,25 - 86,29)
Inkster	1,07 (0,90 - 1,26)	88,42 (76,46 - 102,25)	82,97 (76,08 - 90,50)
Centre-ville	1,05 (0,97 - 1,13)	82,75 (77,57 - 88,27)	78,95 (75,92 - 82,09)
Point Douglas	1,00 (0,88 - 1,13)	79,63 (71,53 - 88,64)	80,01 (75,22 - 85,12)
ORS du Sud-Ouest	1,03 (0,99 - 1,06)	80,47 (78,05 - 82,96)	78,45 (77,05 - 79,88)
ORS de la partie centrale	1,00 (0,96 - 1,05)	80,78 (77,52 - 84,18)	80,65 (78,75 - 82,61)
ORS du Nord	1,02 (0,92 - 1,14)	76,43 (69,48 - 84,07)	74,66 (70,53 - 79,04)
Manitoba (d)	1,02 (1,01 - 1,03)	81,92 (80,86 - 82,99)	80,36 (80,12 - 80,59)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,02 (1,01 - 1,03)	82,39 (81,98 - 82,81)	80,83 (80,58 - 81,08)
Répondants aux enquêtes	0,99 (0,95 - 1,03)	81,39 (77,90 - 84,89)	82,19 (81,36 - 83,02)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 9.8.2 : Consultations d'un médecin (nombres de visites), 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,02 (0,94 - 1,11)	3,82 (3,52 - 4,14)	3,73 (3,45 - 4,05)
SE Nord (d)	1,08 (1,01 - 1,16)	4,18 (3,91 - 4,47)	3,87 (3,62 - 4,13)
SE Centre (f)	0,96 (0,88 - 1,05)	3,48 (3,20 - 3,80)	3,62 (3,38 - 3,87)
SE Ouest (f,d)	0,90 (0,84 - 0,96)	3,45 (3,22 - 3,69)	3,85 (3,60 - 4,11)
SE Sud (f,d)	0,89 (0,81 - 0,99)	3,02 (2,75 - 3,31)	3,37 (3,14 - 3,62)
Centre	1,02 (0,93 - 1,10)	3,97 (3,66 - 4,31)	3,91 (3,61 - 4,24)
Assiniboine (f,d)	0,90 (0,82 - 0,99)	3,64 (3,33 - 3,97)	4,04 (3,72 - 4,39)
Brandon (f)	0,98 (0,88 - 1,08)	5,10 (4,63 - 5,61)	5,21 (4,78 - 5,69)
Entre-les-Lacs	0,92 (0,84 - 1,01)	4,07 (3,72 - 4,46)	4,42 (4,07 - 4,81)
Nord-Est (d)	0,90 (0,82 - 0,98)	4,54 (4,16 - 4,95)	5,06 (4,66 - 5,49)
Parcs (d)	0,88 (0,80 - 0,97)	3,75 (3,43 - 4,11)	4,26 (3,92 - 4,64)
Nor-Man (f)	1,05 (0,92 - 1,20)	3,49 (3,10 - 3,93)	3,32 (3,00 - 3,67)
Burntwood	1,06 (0,94 - 1,20)	4,00 (3,59 - 4,45)	3,77 (3,43 - 4,14)
Winnipeg	1,00 (0,94 - 1,06)	4,56 (4,28 - 4,85)	4,56 (4,29 - 4,85)
Fort Garry	0,99 (0,90 - 1,08)	4,51 (4,14 - 4,92)	4,57 (4,21 - 4,96)
Assiniboine South (d)	0,87 (0,77 - 0,97)	4,19 (3,77 - 4,66)	4,84 (4,43 - 5,29)
St. Boniface	1,00 (0,93 - 1,09)	4,47 (4,13 - 4,85)	4,45 (4,11 - 4,82)
St. Boniface Est	1,02 (0,95 - 1,10)	4,58 (4,28 - 4,91)	4,48 (4,20 - 4,79)
St. Boniface Ouest	0,99 (0,93 - 1,06)	4,39 (4,11 - 4,69)	4,42 (4,14 - 4,71)
St. Vital	0,94 (0,87 - 1,02)	4,51 (4,16 - 4,90)	4,79 (4,42 - 5,20)
St. Vital Sud	0,94 (0,87 - 1,01)	4,44 (4,14 - 4,76)	4,73 (4,43 - 5,06)
St. Vital Nord (f)	0,97 (0,90 - 1,04)	4,63 (4,32 - 4,96)	4,79 (4,48 - 5,11)
Transcona	1,05 (0,94 - 1,16)	4,57 (4,15 - 5,04)	4,37 (4,00 - 4,78)
River Heights	0,98 (0,89 - 1,08)	4,73 (4,30 - 5,19)	4,83 (4,46 - 5,24)
River East	1,01 (0,92 - 1,11)	4,55 (4,16 - 4,97)	4,50 (4,15 - 4,89)
Seven Oaks	0,91 (0,81 - 1,02)	4,53 (4,07 - 5,04)	5,00 (4,55 - 5,49)
St. James Assiniboia (f)	1,03 (0,93 - 1,14)	4,80 (4,36 - 5,28)	4,67 (4,29 - 5,08)
Inkster (f,d)	1,20 (1,05 - 1,38)	5,71 (5,07 - 6,43)	4,75 (4,28 - 5,26)
Centre-ville (f)	1,03 (0,94 - 1,13)	5,13 (4,69 - 5,61)	4,98 (4,58 - 5,42)
Point Douglas (f)	1,03 (0,93 - 1,16)	5,27 (4,76 - 5,83)	5,09 (4,65 - 5,58)
ORS du Sud-Ouest	0,98 (0,92 - 1,05)	3,97 (3,72 - 4,25)	4,04 (3,79 - 4,31)
ORS de la partie centrale (d)	0,90 (0,84 - 0,96)	4,12 (3,85 - 4,40)	4,60 (4,31 - 4,90)
ORS du Nord (f)	1,04 (0,96 - 1,14)	3,64 (3,36 - 3,95)	3,48 (3,24 - 3,74)
Manitoba	0,99 (0,91 - 1,07)	4,21 (3,89 - 4,55)	4,26 (4,25 - 4,27)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,98 (0,97 - 1,00)	4,65 (4,63 - 4,68)	4,72 (4,71 - 4,74)
Répondants aux enquêtes	0,99 (0,92 - 1,06)	4,59 (4,29 - 4,90)	4,64 (4,55 - 4,74)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

*L'échantillon utilisé pour le sondage ne compte que les personnes âgées de 10 ans et plus et exclut les habitants des collectivités des Premières nations et les personnes vivant en établissement.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 9.8.3 : Secondes consultations, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,98 (0,90 - 1,07)	24,57 (22,67 - 26,63)	24,99 (23,31 - 26,79)
SE Nord (f)	0,93 (0,84 - 1,03)	22,54 (20,56 - 24,72)	24,19 (22,40 - 26,13)
SE Centre	1,07 (0,89 - 1,29)	25,99 (21,70 - 31,12)	24,32 (22,45 - 26,35)
SE Ouest	0,99 (0,89 - 1,09)	26,83 (24,45 - 29,43)	27,23 (25,13 - 29,51)
SE Sud	1,07 (0,84 - 1,36)	24,22 (19,42 - 30,22)	22,66 (20,32 - 25,27)
Centre (f)	0,97 (0,87 - 1,07)	21,52 (19,56 - 23,68)	22,24 (20,61 - 23,98)
Assiniboine (f)	1,04 (0,88 - 1,24)	16,88 (14,51 - 19,66)	16,18 (14,60 - 17,94)
Brandon	0,96 (0,78 - 1,17)	25,44 (21,22 - 30,51)	26,64 (23,64 - 30,01)
Entre-les-Lacs (d)	1,22 (1,04 - 1,43)	29,87 (26,02 - 34,28)	24,47 (22,10 - 27,09)
Nord-Est	1,00 (0,86 - 1,17)	24,58 (21,48 - 28,13)	24,46 (22,25 - 26,89)
Parcs	1,11 (0,95 - 1,30)	26,09 (22,72 - 29,97)	23,57 (21,34 - 26,03)
Nor-Man (f)	0,98 (0,70 - 1,37)	17,72 (13,30 - 23,62)	18,09 (15,09 - 21,69)
Burntwood	1,26 (0,97 - 1,63)	26,76 (21,44 - 33,39)	21,27 (18,21 - 24,85)
Winnipeg (f)	1,00 (0,94 - 1,07)	28,90 (27,00 - 30,92)	28,78 (27,09 - 30,58)
Fort Garry	1,05 (0,93 - 1,20)	29,33 (26,09 - 32,98)	27,83 (25,54 - 30,32)
Assiniboine South	0,86 (0,67 - 1,11)	25,08 (19,92 - 31,57)	29,06 (25,60 - 32,98)
St. Boniface	0,96 (0,89 - 1,04)	27,76 (25,66 - 30,03)	28,90 (26,96 - 30,99)
St. Boniface Est (f)	1,01 (0,91 - 1,11)	29,91 (27,34 - 32,72)	29,70 (27,62 - 31,94)
St. Boniface Ouest	0,95 (0,86 - 1,05)	26,23 (24,08 - 28,58)	27,59 (25,57 - 29,76)
St. Vital	0,95 (0,86 - 1,04)	28,65 (26,21 - 31,32)	30,22 (28,09 - 32,51)
St. Vital Sud	0,95 (0,85 - 1,06)	28,70 (25,95 - 31,74)	30,23 (27,96 - 32,67)
St. Vital Nord	0,97 (0,86 - 1,10)	28,97 (25,99 - 32,29)	29,78 (27,47 - 32,28)
Transcona	1,14 (0,94 - 1,37)	30,99 (26,33 - 36,46)	27,23 (24,29 - 30,53)
River Heights	0,99 (0,84 - 1,17)	28,02 (23,95 - 32,78)	28,24 (25,96 - 30,72)
River East	1,13 (0,98 - 1,30)	30,05 (26,40 - 34,20)	26,64 (24,50 - 28,96)
Seven Oaks	1,20 (0,95 - 1,52)	32,77 (26,79 - 40,08)	27,27 (23,67 - 31,41)
St. James Assiniboia	0,97 (0,81 - 1,17)	30,28 (25,70 - 35,66)	31,13 (28,05 - 34,55)
Inkster	1,29 (0,96 - 1,75)	33,16 (25,73 - 42,74)	25,64 (21,49 - 30,60)
Centre-ville (d)	1,18 (1,02 - 1,37)	31,23 (27,42 - 35,58)	26,42 (23,97 - 29,12)
Point Douglas	1,22 (0,98 - 1,52)	31,40 (25,94 - 38,01)	25,75 (22,53 - 29,43)
ORS du Sud-Ouest (f)	0,98 (0,90 - 1,08)	21,08 (19,34 - 22,98)	21,42 (19,98 - 22,97)
ORS de la partie centrale	1,10 (0,99 - 1,21)	26,57 (24,19 - 29,19)	24,21 (22,49 - 26,06)
ORS du Nord	1,17 (0,95 - 1,44)	23,28 (19,50 - 27,79)	19,90 (17,58 - 22,53)
Manitoba	1,00 (0,94 - 1,07)	26,41 (24,72 - 28,22)	26,29 (25,99 - 26,60)
Normalisé par la méthode directe	1,02 (0,98 - 1,05)	30,79 (30,17 - 31,42)	30,28 (29,92 - 30,64)
Répondants aux enquêtes	1,08 (0,91 - 1,25)	32,79 (27,66 - 37,92)	30,33 (29,14 - 31,52)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 9.8.4 : Continuité des soins, 2007–2008 et 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, tous les âges

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,98 (0,90 - 1,06)	65,01 (60,06 - 70,36)	66,43 (61,77 - 71,43)
SE Nord	0,95 (0,86 - 1,05)	67,00 (60,90 - 73,71)	70,74 (64,73 - 77,31)
SE Centre	0,97 (0,82 - 1,15)	56,49 (48,19 - 66,23)	58,08 (52,89 - 63,77)
SE Ouest	0,91 (0,82 - 1,02)	63,15 (57,11 - 69,81)	69,13 (63,12 - 75,72)
SE Sud	1,03 (0,83 - 1,27)	59,76 (49,05 - 72,81)	58,18 (52,14 - 64,91)
Centre	0,98 (0,90 - 1,07)	62,95 (57,75 - 68,62)	64,23 (59,56 - 69,28)
Assiniboine (f)	0,93 (0,82 - 1,05)	56,59 (50,42 - 63,53)	60,81 (55,82 - 66,24)
Brandon (f)	0,97 (0,82 - 1,14)	55,63 (48,14 - 64,27)	57,43 (51,76 - 63,73)
Entre-les-Lacs	0,99 (0,87 - 1,14)	65,24 (57,78 - 73,67)	65,68 (59,96 - 71,94)
Nord-Est	1,04 (0,92 - 1,18)	64,33 (57,57 - 71,88)	61,63 (56,52 - 67,21)
Parcs	1,07 (0,94 - 1,23)	58,80 (52,14 - 66,31)	54,84 (50,04 - 60,09)
Nor-Man	1,05 (0,84 - 1,32)	67,35 (55,31 - 82,02)	64,04 (55,78 - 73,52)
Burntwood (f)	0,98 (0,77 - 1,25)	44,91 (36,32 - 55,52)	45,84 (39,91 - 52,66)
Winnipeg	0,97 (0,87 - 1,07)	70,80 (63,65 - 78,74)	73,20 (66,09 - 81,07)
Fort Garry	1,00 (0,89 - 1,12)	69,89 (63,04 - 77,49)	69,91 (64,42 - 75,87)
Assiniboine South	0,89 (0,74 - 1,09)	64,58 (54,06 - 77,13)	72,21 (64,94 - 80,28)
St. Boniface	0,97 (0,89 - 1,05)	67,51 (62,44 - 72,98)	69,75 (64,86 - 75,01)
St. Boniface Est	0,95 (0,86 - 1,06)	65,50 (59,36 - 72,27)	68,79 (63,01 - 75,12)
St. Boniface Ouest	0,98 (0,89 - 1,08)	68,95 (62,83 - 75,68)	70,58 (64,64 - 77,07)
St.Vital	0,99 (0,91 - 1,08)	69,31 (63,71 - 75,41)	70,14 (65,09 - 75,58)
St. Vital Sud	0,96 (0,86 - 1,08)	67,32 (60,70 - 74,67)	69,84 (63,78 - 76,46)
St. Vital Nord	1,03 (0,92 - 1,15)	71,96 (64,70 - 80,05)	69,99 (63,90 - 76,66)
Transcona	0,98 (0,84 - 1,13)	76,36 (67,04 - 86,98)	78,30 (71,07 - 86,26)
River Heights	1,01 (0,88 - 1,16)	69,34 (60,88 - 78,97)	68,70 (63,34 - 74,51)
River East	0,97 (0,86 - 1,10)	70,15 (62,65 - 78,56)	72,18 (66,62 - 78,21)
Seven Oaks	0,95 (0,78 - 1,15)	72,12 (60,82 - 85,53)	75,97 (67,79 - 85,12)
St. James Assiniboia	1,04 (0,90 - 1,21)	72,76 (63,61 - 83,23)	69,99 (63,70 - 76,90)
Inkster	0,91 (0,72 - 1,15)	65,48 (53,38 - 80,33)	71,72 (62,67 - 82,08)
Centre-ville	0,99 (0,87 - 1,13)	66,13 (58,93 - 74,22)	66,66 (60,96 - 72,90)
Point Douglas	1,01 (0,84 - 1,21)	67,61 (57,65 - 79,29)	67,08 (60,02 - 74,97)
ORS du Sud-Ouest	0,96 (0,87 - 1,05)	61,21 (55,79 - 67,16)	64,02 (58,82 - 69,67)
ORS de la partie centrale	1,03 (0,91 - 1,16)	63,23 (56,11 - 71,26)	61,48 (55,14 - 68,56)
ORS du Nord	1,02 (0,84 - 1,24)	55,28 (46,45 - 65,78)	54,16 (47,26 - 62,08)
Manitoba	0,97 (0,90 - 1,04)	67,88 (63,26 - 72,84)	70,18 (69,85 - 70,51)
Normalisé par la méthode directe	1,00 (0,99 - 1,01)	69,65 (69,04 - 70,25)	69,76 (69,41 - 70,12)
Répondants aux enquêtes	1,00 (0,93 - 1,07)	71,70 (66,75 - 76,65)	71,64 (70,47 - 72,80)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 9.8.5 : Proportion de membres de la cohorte francophone ayant consulté au moins une fois un médecin offrant des services en français, 2008–2009

Taux ajustés selon l'âge et le sexe par année–personne, pour tous les âges.
Se limitent à ceux qui ont consulté un médecin au moins une fois

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (f)	44,41 (42,59 - 46,31)
SE Nord (f)	65,75 (62,75 - 68,89)
SE Centre	31,05 (26,24 - 36,74)
SE Ouest (f)	20,90 (19,17 - 22,79)
SE Sud	25,02 (19,60 - 31,94)
Centre (f)	40,99 (38,70 - 43,41)
Assiniboine (f)	15,42 (13,08 - 18,19)
Brandon (f)	5,91 (4,08 - 8,56)
Entre-les-Lacs (f)	11,95 (9,64 - 14,81)
Nord-Est (f)	13,14 (10,97 - 15,73)
Parcs (f)	3,98 (2,83 - 5,60)
Nor-Man (f)	8,15 (4,91 - 13,52)
Burntwood (f)	15,81 (11,49 - 21,74)
Winnipeg (f)	23,26 (22,38 - 24,17)
Fort Garry (f)	17,78 (15,54 - 20,35)
Assiniboine South	21,02 (16,09 - 27,47)
St. Boniface	27,59 (26,25 - 29,00)
St. Boniface Est (f)	24,05 (22,32 - 25,92)
St. Boniface Ouest (f)	30,56 (28,73 - 32,50)
St.Vital (f)	23,32 (21,71 - 25,05)
St. Vital Sud (f)	23,93 (21,85 - 26,20)
St. Vital Nord (f)	22,47 (20,11 - 25,10)
Transcona (f)	18,13 (14,72 - 22,35)
River Heights (f)	17,05 (13,97 - 20,80)
River East (f)	19,93 (17,19 - 23,10)
Seven Oaks (f)	11,59 (8,10 - 16,58)
St. James Assiniboia (f)	12,70 (9,90 - 16,31)
Inkster (f)	11,54 (7,44 - 17,89)
Centre-ville (f)	21,55 (18,70 - 24,83)
Point Douglas (f)	17,53 (13,51 - 22,74)
ORS du Sud-Ouest (f)	32,35 (30,63 - 34,16)
ORS de la partie centrale (f)	9,69 (8,52 - 11,03)
ORS du Nord (f)	12,30 (9,39 - 16,11)
Manitoba	28,10 (27,59 - 28,61)
Normalisé par la méthode directe	28,69 (28,14 - 29,24)
Répondants aux enquêtes	28,17 (22,69 - 33,64)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 10 : Utilisation des services hospitaliers

Indicateurs dans ce chapitre :

- 10.1 Sortie d'hôpital
- 10.2 Causes d'hospitalisation
- 10.3 Hospitalisations à la suite d'une blessure
- 10.4 Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure
- 10.5 Lieux où les résidents sont hospitalisés
- 10.6 Lieux d'où les patients proviennent
- 10.7 Comparaison des taux entre les échantillons
- 10.8 Constatations de l'analyse documentaire
- 10.9 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, il n'y a pas de différences entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains dans les taux d'hospitalisation et les taux d'**hospitalisation à la suite d'une blessure**. Bien qu'il n'y ait pas eu d'analyse statistique, des tendances similaires semblent se dégager pour les deux cohortes au chapitre des **causes d'hospitalisation**, des **causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure**, des lieux où les gens sont hospitalisés et de la nécessité ou non d'aller dans une autre région pour être hospitalisé.
- Dans deux régions, les taux d'hospitalisation et d'hospitalisation à la suite d'une blessure des francophones comparativement à ceux du groupe témoin diffèrent de la moyenne provinciale. Une région présentait des taux plus élevés et l'autre des taux moins élevés.
- Dans plusieurs régions, les taux d'hospitalisation et d'hospitalisation à la suite d'une blessure diffèrent au sein de la cohorte francophone. Bien qu'il n'y ait pas eu d'analyse statistique, il y a certaines différences entre l'ORS dont relève la région où une personne est hospitalisée et l'ORS dont relève la région où elle demeure. Cela pourrait indiquer une préférence pour un hôpital offrant des services dans la langue souhaitée.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 10.0 : Sommaire des indicateurs de l'utilisation des services hospitaliers comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Sorties d'hôpital par ORS, 2008-2009		
Manitoba		
Parcs (d)	↓	
Burntwood (f)		↑
St. Boniface		
St. Boniface Est (f)		↓
St. Vital (f)		↓
St. Vital Sud (f)		↓
ORS du Nord (f)		↑
Hospitalisations à la suite d'une blessure, 2004-2005 à 2008-2009		
Manitoba		
Parcs (f)		↑
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Est (f)		↓
St. Vital		
St. Vital Sud (f)		↓

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

10.1 Sortie d'hôpital

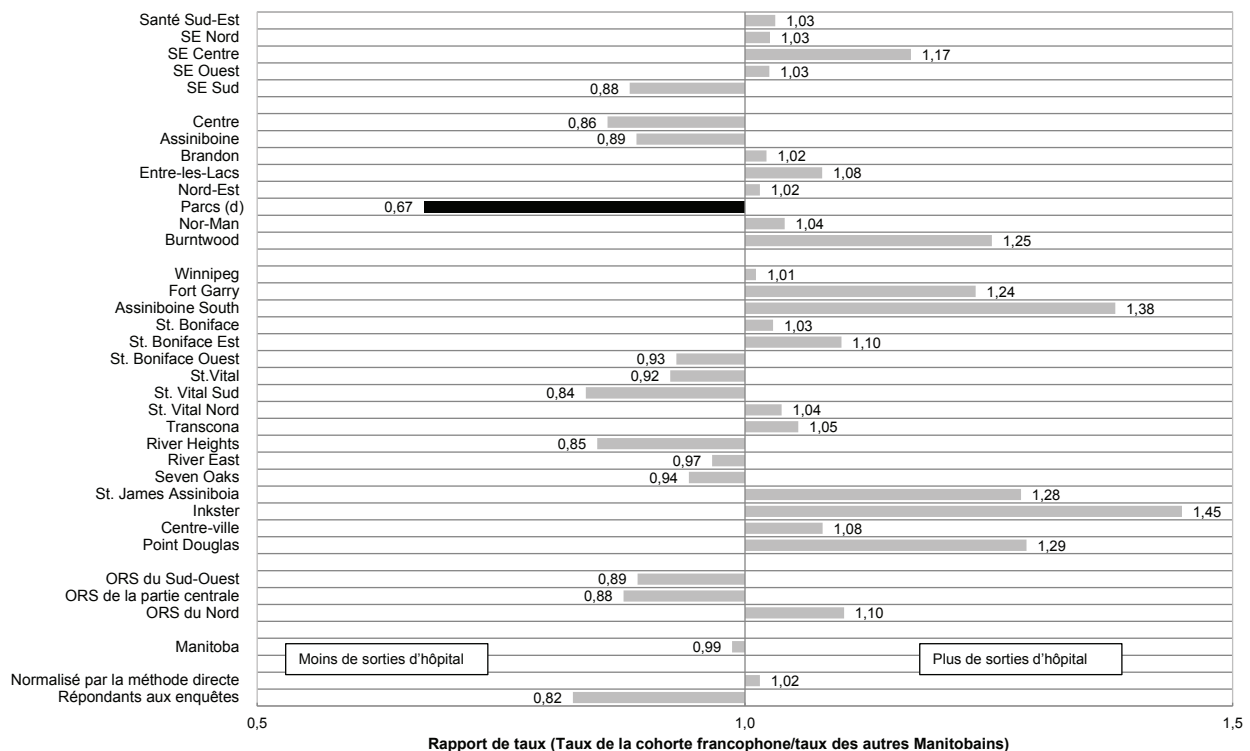
Une **sortie d'hôpital** a lieu chaque fois qu'une personne quitte un hôpital après avoir obtenu son congé, en raison d'un transfert ou à la suite de son décès. Le nombre de sorties d'hôpital est l'unité de mesure de l'utilisation des services hospitaliers la plus souvent utilisée. Si ce sont les sorties, et non les admissions, qui sont utilisées, c'est parce que les registres des hôpitaux concernant les soins aux patients sont fondés sur des renseignements recueillis au moment de la sortie.

Les taux de sortie d'hôpital ont été calculés en divisant le nombre total de sorties de malades hospitalisés et de sorties après une **intervention d'un jour** par le nombre total de résidents d'une région. Comme un résident peut être hospitalisé plus d'une fois dans une période donnée, cet indicateur donne le nombre total de sorties d'un établissement de soins actifs pour l'ensemble des résidents de la région. Les taux ont été calculés sur une période d'un an (2008–2009) et ont été ajustés selon l'âge et le sexe. Ils se rapportent à la région de résidence d'une personne et non pas à la région où elle a été hospitalisée.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 10.1.1 : Sorties d'hôpital — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de sortie d'hôpital entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,99).
- À l'échelle régionale, on ne constate aucune différence significative entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains, sauf à l'ORS des Parcs, où le taux de sortie d'hôpital de la cohorte francophone est moins élevé (rapport de taux : 0,67).
- Les taux de sortie d'hôpital des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Nord et de l'ORS de Burntwood, dont les taux sont plus élevés que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Saint-Vital et de Saint-Boniface Est, dont les taux sont moins élevés (Tableau 10.9.1).

Les tableaux (10.1.1 et 10.1.2) ci-dessus rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique liés aux sorties d'hôpital, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et les hospitalisations est établi après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base sont conformes aux résultats de l'analyse initiale, à savoir que les taux d'hospitalisation des francophones sont semblables à ceux des autres Manitobains (risque relatif : 1,03).

Tableau 10.1.1 : Régression binomiale négative des taux de sortie d'hôpital

Modèle de base

Covariables	Risque relatif (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,03 (0,95 - 1,12)
Âge (tranches de 5 ans)	1,03 (1,03 - 1,03)
Hommes (vs femmes)	0,76 (0,73 - 0,79)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	1,34 (1,27 - 1,42)
Partie centrale	1,30 (1,23 - 1,37)
Nord	1,50 (1,38 - 1,62)
Brandon	1,29 (1,19 - 1,39)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 10.1.2 : Régression binomiale négative des taux de sortie d'hôpital

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,02 (0,94 - 1,11)	0,626
Âge	1,02 (1,02 - 1,02)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	0,87 (0,83 - 0,91)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	1,27 (1,20 - 1,34)	<0,0001
Partie centrale	1,22 (1,15 - 1,30)	<0,0001
Nord	1,41 (1,29 - 1,54)	<0,0001
Brandon	1,28 (1,18 - 1,40)	<0,0001
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	1,07 (1,02 - 1,12)	0,0044
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,00 (1,00 - 1,00)	<0,0001
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,93 (0,89 - 0,98)	0,0055
Ocupe un emploi (vs non)	0,62 (0,59 - 0,66)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	0,98 (0,93 - 1,04)	0,5296
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,86 (0,81 - 0,93)	<0,0001
Usage du tabac (vs non)	1,19 (1,13 - 1,26)	<0,0001
Indice de masse corporelle (réf. = poids normal/insuffisant)		
Embonpoint	0,97 (0,92 - 1,02)	0,2214
Obèse	1,07 (1,01 - 1,13)	0,0237
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,84 (0,79 - 0,90)	<0,0001
Modérément actif	0,84 (0,79 - 0,88)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	1,01 (0,95 - 1,08)	0,6346

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

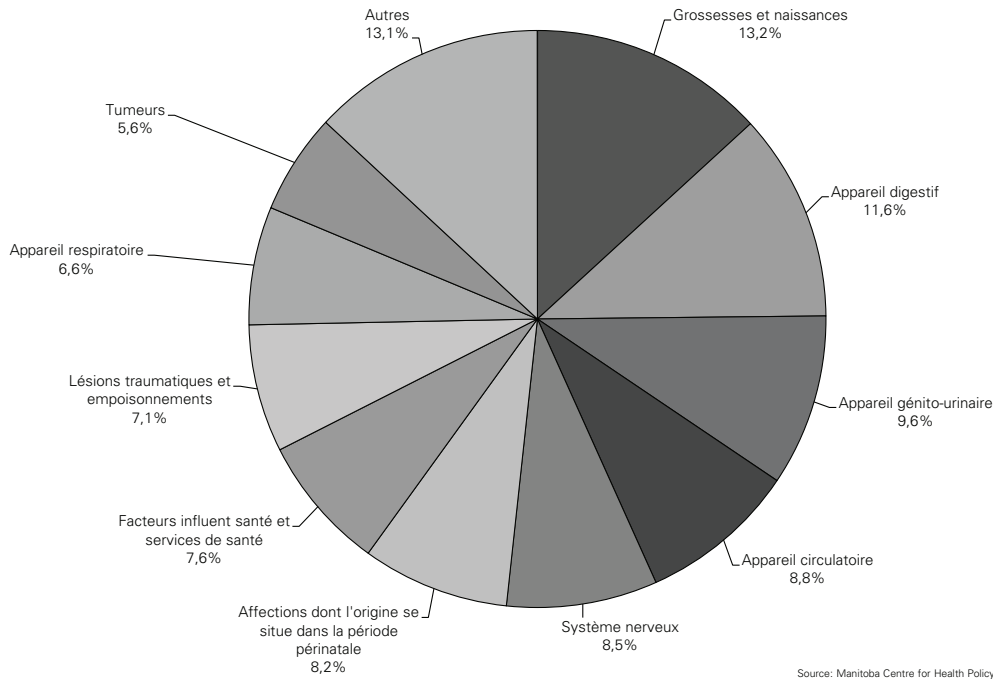
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Comme on le sait pertinemment, il existe une relation entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie et les taux de sortie d'hôpital. Les résultats indiquent que la relation entre le fait d'être francophone et les hospitalisations demeure essentiellement inchangée dans le modèle complet, qui intègre ces facteurs additionnels (risque relatif : 1,02). Cela confirme que les francophones, en tant que groupe, ont des taux de sortie d'hôpital similaires à ceux des autres Manitobains, même après la prise en compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie.

10.2 Causes d'hospitalisation

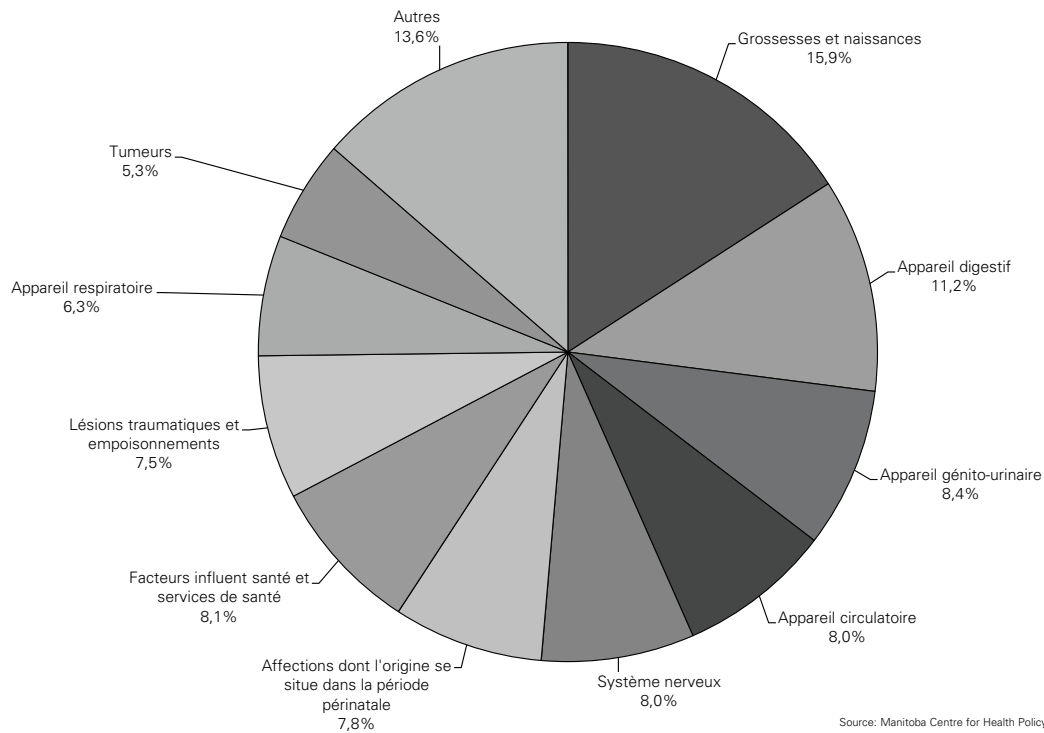
Ces graphiques se basent sur l'ensemble des sorties d'hôpital (sorties de malades hospitalisés et sorties après une intervention d'un jour) et indiquent le pourcentage attribué à chaque groupe de causes d'hospitalisation, à partir des diagnostics les « plus fiables ».

Figure 10.2.1 : Causes d'hospitalisation (CIM-9-MC) de la cohorte francophone, 2008-2009



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 10.2.2 : Causes d'hospitalisation (CIM-9-MC) du groupe témoin, 2008-2009



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

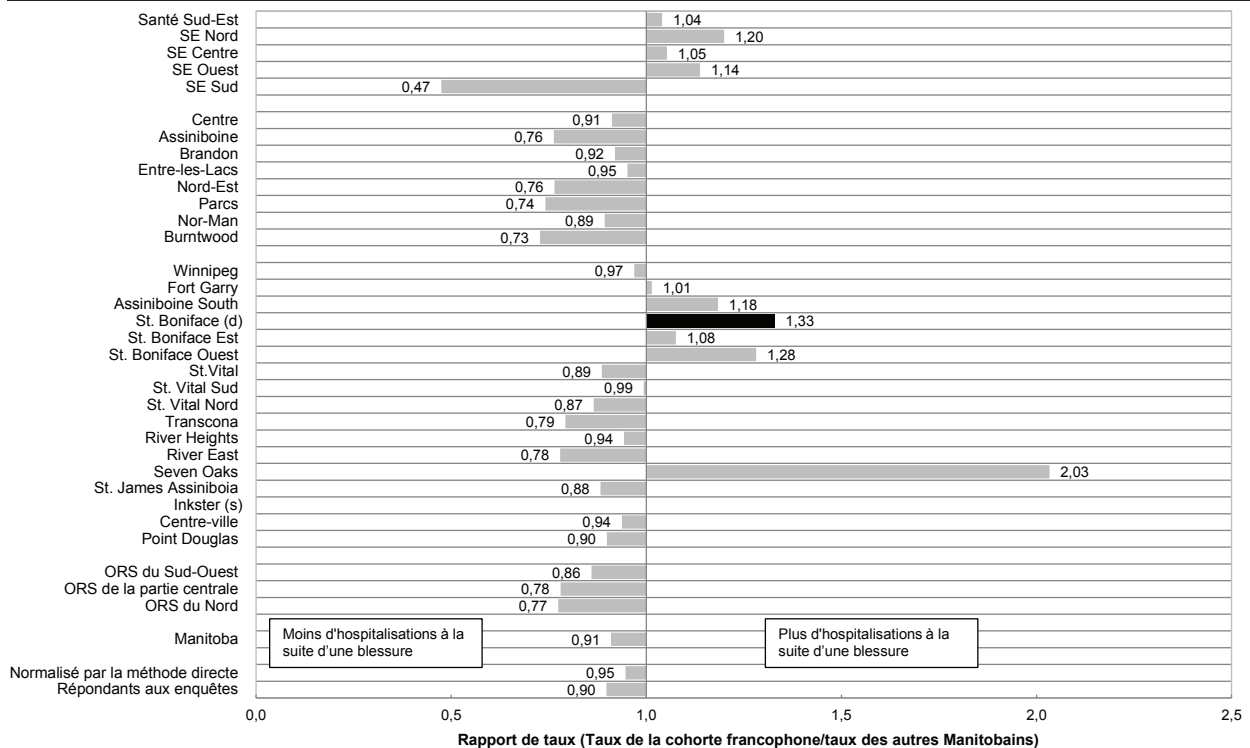
Principales constatations

- En règle générale, la répartition des causes d’hospitalisation de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d’autres Manitobains semble être similaire.
- Au sein des deux cohortes, la principale cause d’hospitalisation est liée à la grossesse et à la naissance. Le pourcentage de grossesse et de naissance de la cohorte francophone est un peu moins élevé que celui du groupe témoin formé d’autres Manitobains (13 % et 16 %). Aucune analyse n’a été effectuée pour déterminer si cette différence est statistiquement significative.

10.3 Hospitalisations à la suite d’une blessure

Les hospitalisations à la suite d’une blessure englobent toutes les causes de blessure (y compris les blessures auto-infligées). Les taux ont été calculés en divisant le nombre de sorties d’hôpital des résidents d’une région pour lesquels un code de cause de blessure a été établi dans la liste des diagnostics (pas nécessairement le diagnostic principal inscrit) par le nombre de résidents de la région. Dans une période donnée, un résident peut être hospitalisé à la suite d’une blessure plus d’une fois. Cette mesure donne donc le nombre total de sorties d’un établissement de soins actifs après une hospitalisation à la suite d’une blessure pour l’ensemble des résidents de la région. Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et ont été ajustés selon l’âge et le sexe.

Figure 10.3.1 : Hospitalisations à la suite d’une blessure — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d’autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009
Ajusté selon l’âge et le sexe



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

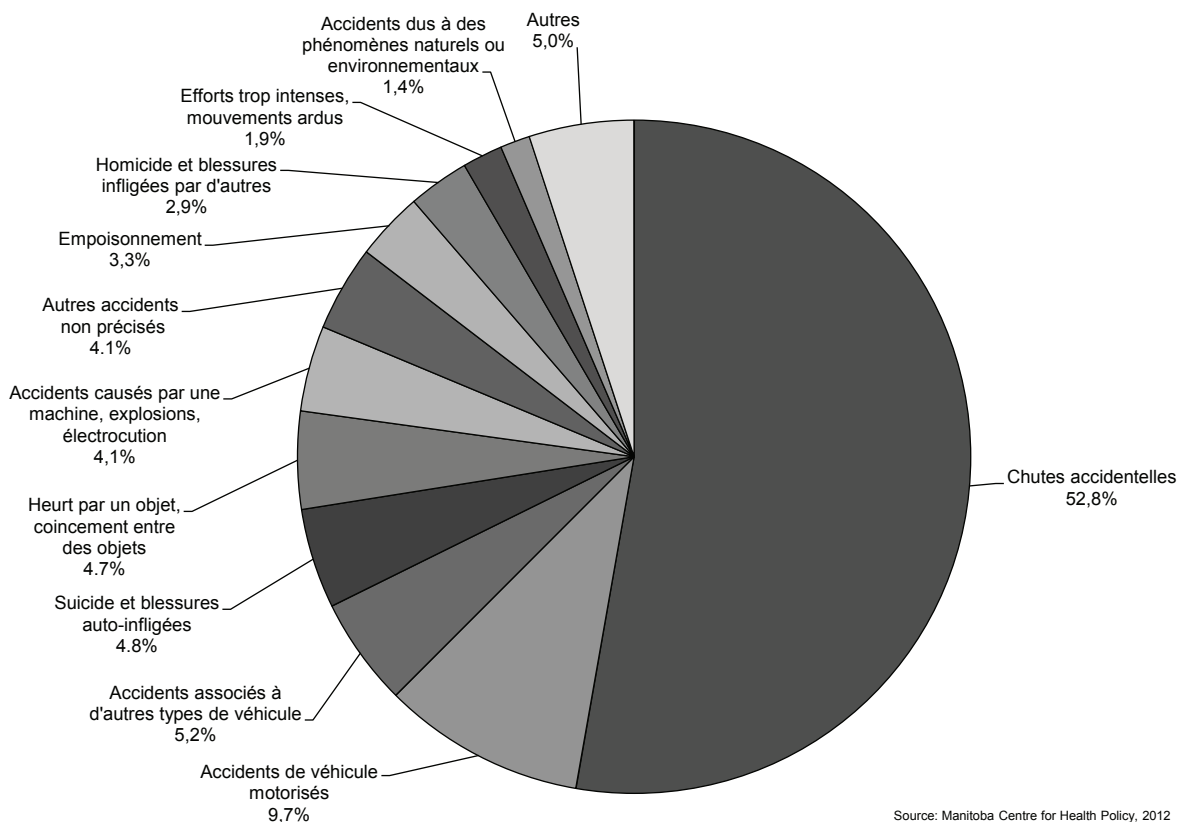
Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,91), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,90).
- Ce n'est qu'à Saint-Boniface qu'on constate une différence significative entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux 1,33), le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure des francophones de Saint-Boniface étant plus élevé.
- Les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de la région des Parcs, dont le taux est plus élevé que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Saint-Boniface Est et de Saint-Vital Sud, dont les taux sont moins élevés (Tableau 10.9.2).

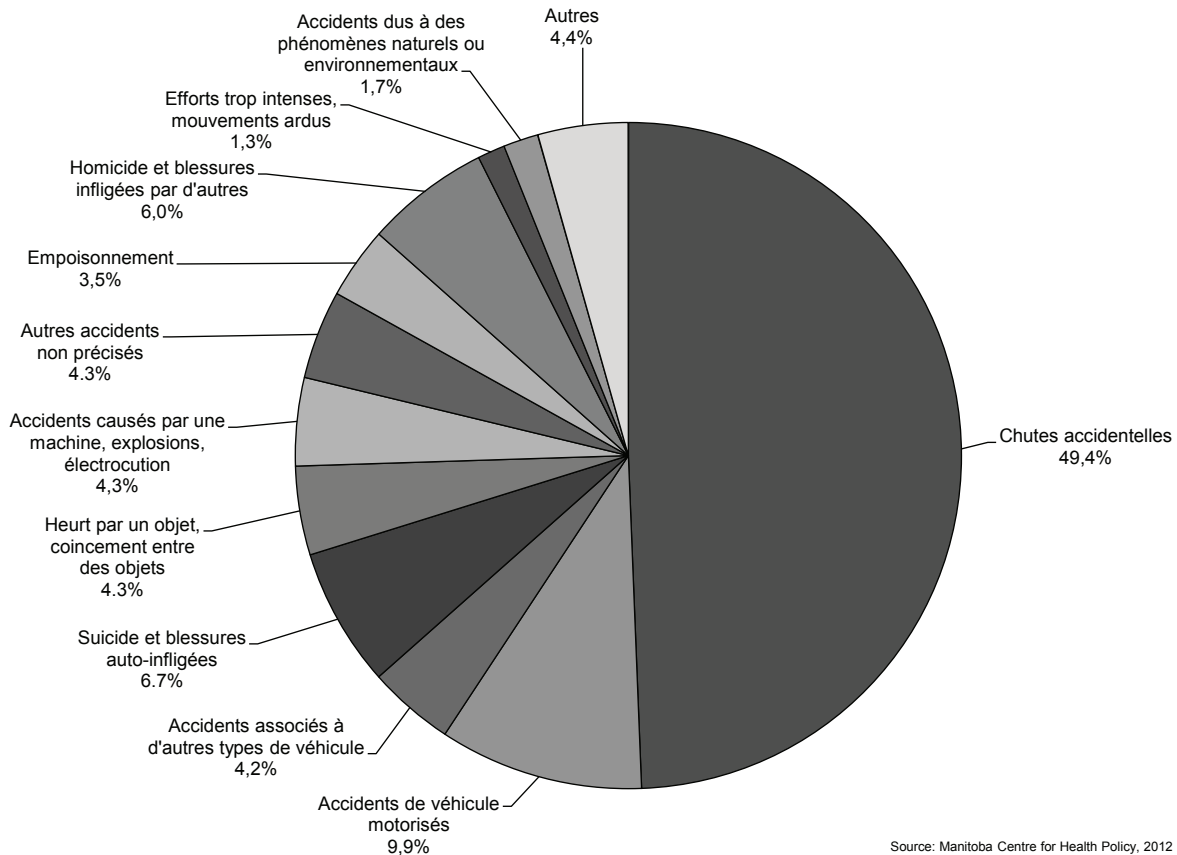
10.4 Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure

Les causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure les plus fréquentes se rapportent à une période d'un ans (2008–2009). Les causes de blessure ont été répertoriées à partir des registres des hôpitaux et classées en catégories de blessure. Les hospitalisations dues à une **erreur médicale** et à des complications ont été exclues du compte des hospitalisations à la suite d'une blessure.

Figure 10.4.1 : Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure de la cohorte francophone, 2004–2005 à 2008–2009



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 10.4.2 : Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure du groupe témoin, 2004–2005 à 2008–2009

Principales constatations

- En règle générale, la répartition des causes de blessure de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d'autres Manitobains semble être similaire.
- Au sein des deux cohortes, les chutes accidentelles forment la principale cause de blessure ayant nécessité une hospitalisation. Le pourcentage de chutes accidentelles de la cohorte francophone est un peu plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (53 % et 49 %), tandis que le pourcentage de suicide et de blessures auto-infligées est moins élevé (2,9 % et 6,0 %), tout comme le pourcentage d'homicide et de blessures infligés par d'autres (4,8 % et 6,7 %). Les différences pourraient être dues à la taille réduite de l'échantillon de la cohorte francophone. Aucune analyse n'a été effectuée pour déterminer si ces différences sont statistiquement significatives.

10.5 Lieux où les résidents sont hospitalisés

Les résidents, notamment ceux des régions rurales, séjournent parfois dans un hôpital relevant d'un autre ORS que celui de la région où ils demeurent. Les lieux où les résidents d'une région sont hospitalisés sont indiqués au Tableau 10.5.1 et illustrés à la Figure 10.5.1, en fonction du pourcentage de sorties totales. Les taux n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Principales constatations

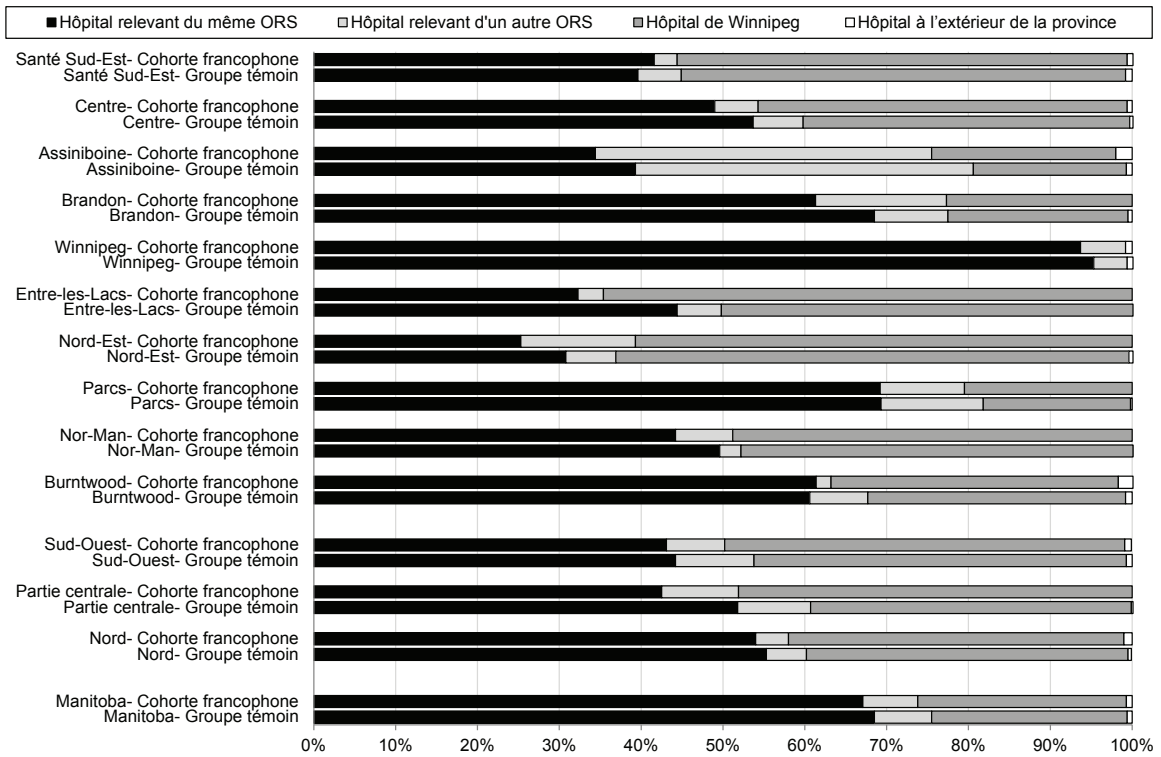
- À l'échelle provinciale et régionale, les lieux où les résidents sont hospitalisés ne semblent pas être différents entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Cependant, dans la région d'Entre-les-Lacs, on constate qu'un pourcentage plus élevé de résidents francophones sont hospitalisés à Winnipeg que le pourcentage de résidents faisant partie du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Aucune analyse statistique n'a été effectuée pour déterminer si les différences observées sont statistiquement significatives.

Tableau 10.5.1 : Lieux où les résidents d'un ORS sont hospitalisés, 2008 2009

ORS	Nombre total de sorties des résidents relevant de l'ORS	Hôpital relevant du même ORS	Hôpital relevant d'un autre ORS	Hôpital de Winnipeg	Hôpital à l'extérieur de la province
Santé Sud-Est- Cohorte francophone	977	41,6%	2,8%	55,0%	0,7%
Santé Sud-Est- Groupe témoin	2 700	39,6%	5,3%	54,3%	0,8%
Centre- Cohorte francophone	490	49,0%	5,3%	45,1%	0,6%
Centre- Groupe témoin	1 610	53,7%	6,1%	39,9%	0,4%
Assiniboine- Cohorte francophone	151	34,4%	41,1%	22,5%	2,0%
Assiniboine- Groupe témoin	555	39,3%	41,3%	18,7%	0,7%
Brandon- Cohorte francophone	75	61,3%	16,0%	22,7%	.
Brandon- Groupe témoin	200	68,5%	9,0%	22,0%	0,5%
Winnipeg- Cohorte francophone	1 925	93,7%	5,5%	–	0,8%
Winnipeg- Groupe témoin	5 446	95,3%	4,1%	–	0,7%
Entre-les-Lacs- Cohorte francophone	130	32,3%	3,1%	64,6%	–
Entre-les-Lacs- Groupe témoin	354	44,4%	5,4%	50,3%	–
Nord-Est- Cohorte francophone	150	25,3%	14,0%	60,7%	–
Nord-Est- Groupe témoin	429	30,8%	6,1%	62,7%	0,5%
Parcs- Cohorte francophone	146	69,2%	10,3%	20,5%	–
Parcs- Groupe témoin	662	69,3%	12,5%	18,0%	0,2%
Nor-Man- Cohorte francophone	43	44,2%	7,0%	48,8%	–
Nor-Man- Groupe témoin	117	49,6%	2,6%	47,9%	–
Burntwood- Cohorte francophone	57	61,4%	1,8%	35,1%	1,8%
Burntwood- Groupe témoin	127	60,6%	7,1%	31,5%	0,8%
Sud-Ouest- Cohorte francophone	1 618	43,1%	7,1%	48,9%	0,8%
Sud-Ouest- Groupe témoin	4 865	44,2%	9,6%	45,5%	0,7%
Partie centrale- Cohorte francophone	426	42,5%	9,4%	48,1%	–
Partie centrale- Groupe témoin	1 445	51,8%	8,9%	39,2%	0,2%
Nord- Cohorte francophone	100	54,0%	4,0%	41,0%	1,0%
Nord- Groupe témoin	244	55,3%	4,9%	39,3%	0,4%
Manitoba- Cohorte francophone	4 144	67,1%	6,7%	25,5%	0,7%
Manitoba- Groupe témoin	12 200	68,5%	7,0%	23,9%	0,6%

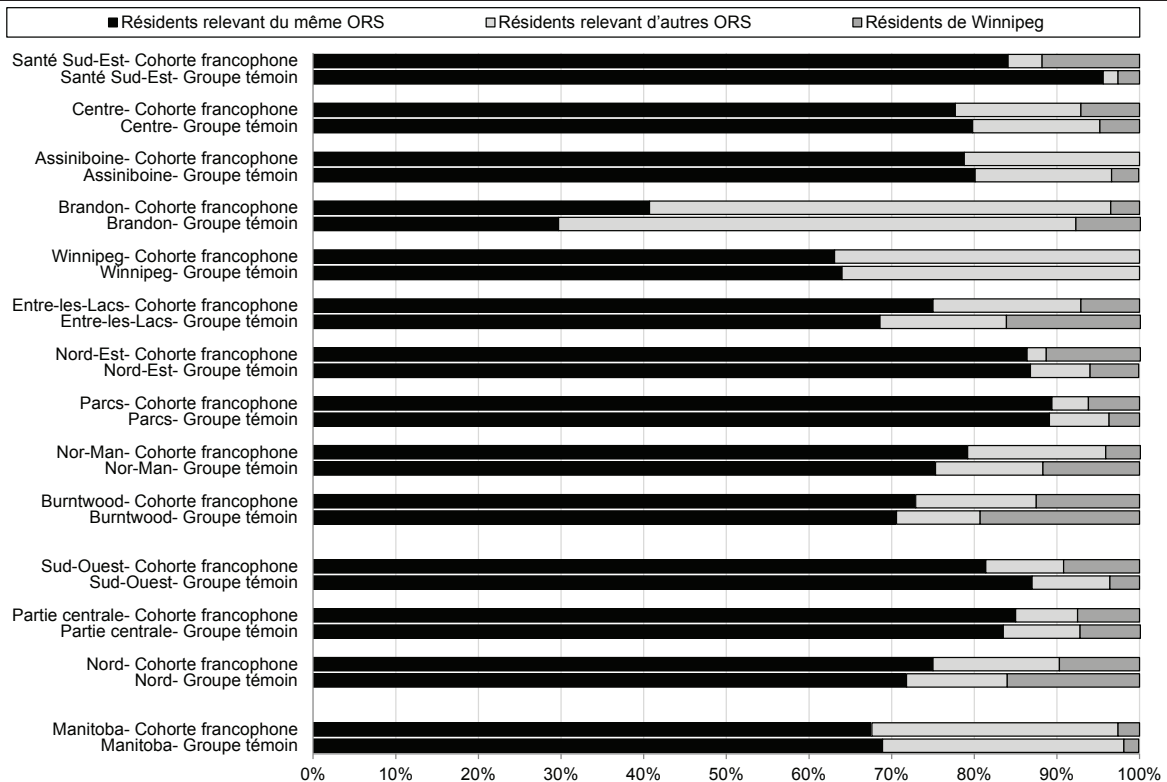
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 10.5.1 : Lieux où les résidents relevant d'un ORS sont hospitalisés



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 10.6.1 : Lieux d'où les patients d'un hôpital relevant d'un ORS proviennent



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

10.6 Lieux d'où les patients proviennent

Les hôpitaux admettent régulièrement des résidents relevant d'autres ORS. Cet indicateur fournit des renseignements au sujet de l'ORS dont relèvent les patients des hôpitaux.

La définition de cet indicateur s'applique à la proportion de patients des hôpitaux qui sont des résidents relevant de l'ORS où se trouve l'hôpital, des résidents relevant d'autres ORS, des résidents de Winnipeg et des résidents de l'extérieur de la province.

Principales constatations

- Les hôpitaux de Winnipeg admettent des pourcentages élevés de patients de l'extérieur des limites de la ville et les pourcentages de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d'autres Manitobains semblent comparables à cet égard. À l'échelle provinciale et régionale, la proportion de patients hospitalisés parmi la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains qui sont des résidents relevant de l'ORS où se trouve l'hôpital, des résidents relevant d'autres ORS, des résidents de Winnipeg et des résidents de l'extérieur de la province est similaire. Cependant, le pourcentage de patients francophones des hôpitaux de Brandon qui vivent dans cette ville est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Aucune analyse statistique n'a été effectuée pour déterminer si les différences observées sont statistiquement significatives.

Tableau 10.6.1 : Lieux d'où les patients d'un hôpital relevant d'un ORS proviennent, 2008–2009

ORS	Nombre total de sorties consignées par les hôpitaux relevant des ORS	Résidents relevant du même ORS	Résidents relevant d'autres ORS	Résidents de Winnipeg
Santé Sud-Est- Cohorte francophone	483	84,1%	4,1%	11,8%
Santé Sud-Est- Groupe témoin	1 118	95,6%	1,8%	2,6%
Centre- Cohorte francophone	309	77,7%	15,2%	7,1%
Centre- Groupe témoin	1 083	79,8%	15,4%	4,8%
Assiniboine- Cohorte francophone	66	78,8%	21,2%	–
Assiniboine- Groupe témoin	272	80,1%	16,5%	3,3%
Brandon- Cohorte francophone	113	40,7%	55,8%	3,5%
Brandon- Groupe témoin	462	29,7%	62,6%	7,8%
Winnipeg- Cohorte francophone	2 858	63,1%	36,9%	–
Winnipeg- Groupe témoin	8 108	64,0%	36,0%	–
Entre-les-Lacs- Cohorte francophone	56	75,0%	17,9%	7,1%
Entre-les-Lacs- Groupe témoin	229	68,6%	15,3%	16,2%
Nord-Est- Cohorte francophone	44	86,4%	2,3%	11,4%
Nord-Est- Groupe témoin	152	86,8%	7,2%	5,9%
Parcs- Cohorte francophone	113	89,4%	4,4%	6,2%
Parcs- Groupe témoin	515	89,1%	7,2%	3,7%
Nor-Man- Cohorte francophone	24	79,2%	16,7%	4,2%
Nor-Man- Groupe témoin	77	75,3%	13,0%	11,7%
Burntwood- Cohorte francophone	48	72,9%	14,6%	12,5%
Burntwood- Groupe témoin	109	70,6%	10,1%	19,3%
Sud-Ouest- Cohorte francophone	858	81,4%	9,4%	9,2%
Sud-Ouest- Groupe témoin	2 473	87,0%	9,4%	3,6%
Partie centrale- Cohorte francophone	213	85,0%	7,5%	7,5%
Partie centrale- Groupe témoin	896	83,5%	9,3%	7,3%
Nord- Cohorte francophone	72	75,0%	15,3%	9,7%
Nord- Groupe témoin	188	71,8%	12,2%	16,0%
Manitoba- Cohorte francophone	4 114	67,6%	29,8%	2,6%
Manitoba- Groupe témoin	12 127	68,9%	29,2%	1,8%

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

10.7 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes formé. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 10.7.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Taux de sortie d'hôpital (par 1 000 années-personnes)	2008-2009	137,20	135,13	1,02	107,96	131,09	0,82
Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure (par 1 000 années-personnes)	2004-2005 à 2008-2009	7,90	8,34	0,95	6,41	7,14	0,90

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

10.8 Constatations de l'analyse documentaire

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a établi que les francophones étaient plus portés à utiliser les services d'urgence que les anglophones et les allophones. Par exemple, parmi les résidents âgés de 20 à 44 ans, le taux d'utilisation des francophones (30,5 %) était plus élevé que celui des anglophones (27,5 %) et des allophones (21,5 %). Des différences similaires ont été observées dans les autres groupes d'âge (2010).
- *Dans la présente étude, nous nous sommes penchés sur le nombre de sorties d'hôpital, mais pas sur les services d'urgence. À l'échelle provinciale, aucune différence n'est constatée entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,99). Cependant, l'analyse par cohorte de naissance (chapitre 17) indique que les taux d'hospitalisation des jeunes francophones sont moins élevés que ceux des autres jeunes parmi les autres Manitobains, et que ces taux sont plus élevés chez les francophones plus âgés que chez les autres Manitobains plus âgés.*

10.9 Tableaux supplémentaires

Tableau 10.9.1 : Sorties d'hôpital, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,03 (0,89 - 1,20)	118,58 (102,34 - 137,39)	115,01 (100,59 - 131,50)
SE Nord	1,03 (0,87 - 1,21)	118,54 (101,74 - 138,10)	115,56 (100,85 - 132,42)
SE Centre	1,17 (0,88 - 1,56)	129,78 (98,42 - 171,13)	110,90 (96,29 - 127,72)
SE Ouest	1,03 (0,86 - 1,23)	111,60 (95,04 - 131,04)	108,87 (94,29 - 125,72)
SE Sud	0,88 (0,62 - 1,26)	107,77 (77,12 - 150,62)	122,20 (103,01 - 144,98)
Centre	0,86 (0,73 - 1,02)	118,17 (100,51 - 138,93)	137,53 (119,78 - 157,91)
Assiniboine	0,89 (0,71 - 1,12)	118,15 (95,50 - 146,18)	132,92 (113,67 - 155,44)
Brandon	1,02 (0,75 - 1,39)	133,55 (101,82 - 175,17)	130,68 (107,11 - 159,43)
Entre-les-Lacs	1,08 (0,84 - 1,39)	136,06 (108,57 - 170,51)	126,09 (106,21 - 149,69)
Nord-Est	1,02 (0,80 - 1,29)	118,95 (96,01 - 147,36)	117,14 (99,34 - 138,14)
Parcs (d)	0,67 (0,53 - 0,85)	141,00 (113,44 - 175,27)	210,16 (179,91 - 245,49)
Nor-Man	1,04 (0,70 - 1,55)	141,30 (100,07 - 199,53)	135,78 (106,57 - 173,00)
Burntwood (f)	1,25 (0,87 - 1,80)	177,45 (130,77 - 240,80)	141,62 (112,39 - 178,44)
Winnipeg	1,01 (0,90 - 1,14)	96,59 (85,51 - 109,10)	95,50 (85,47 - 106,71)
Fort Garry	1,24 (0,97 - 1,57)	95,08 (76,78 - 117,75)	76,89 (64,98 - 90,99)
Assiniboine South	1,38 (0,89 - 2,15)	91,22 (61,97 - 134,28)	66,12 (51,33 - 85,18)
St. Boniface	1,03 (0,88 - 1,20)	90,63 (78,00 - 105,30)	88,09 (76,75 - 101,10)
St. Boniface Est (f)	1,10 (0,91 - 1,32)	86,12 (72,68 - 102,05)	78,37 (68,11 - 90,18)
St. Boniface Ouest	0,93 (0,79 - 1,10)	91,88 (78,86 - 107,07)	98,83 (86,00 - 113,58)
St. Vital (f)	0,92 (0,77 - 1,11)	84,00 (70,84 - 99,59)	90,97 (78,82 - 104,99)
St. Vital Sud (f)	0,84 (0,67 - 1,04)	70,87 (58,22 - 86,27)	84,69 (72,94 - 98,33)
St. Vital Nord	1,04 (0,84 - 1,28)	100,89 (83,50 - 121,90)	97,23 (83,84 - 112,75)
Transcona	1,05 (0,75 - 1,48)	103,78 (76,94 - 139,98)	98,40 (79,98 - 121,05)
River Heights	0,85 (0,63 - 1,14)	92,04 (69,42 - 122,03)	108,47 (92,80 - 126,79)
River East	0,97 (0,76 - 1,24)	104,00 (82,49 - 131,12)	107,61 (92,26 - 125,51)
Seven Oaks	0,94 (0,60 - 1,48)	86,40 (58,19 - 128,28)	91,66 (71,09 - 118,20)
St. James Assiniboia	1,28 (0,93 - 1,77)	111,98 (84,63 - 148,17)	87,28 (71,37 - 106,75)
Inkster	1,45 (0,90 - 2,32)	163,51 (110,63 - 241,67)	112,93 (84,23 - 151,39)
Centre-ville	1,08 (0,84 - 1,38)	133,37 (106,99 - 166,27)	123,53 (104,26 - 146,36)
Point Douglas	1,29 (0,90 - 1,85)	145,30 (106,78 - 197,73)	112,77 (89,85 - 141,53)
ORS du Sud-Ouest	0,89 (0,77 - 1,03)	121,48 (105,30 - 140,14)	136,52 (120,66 - 154,45)
ORS de la partie centrale	0,88 (0,75 - 1,03)	132,97 (114,28 - 154,70)	151,87 (134,39 - 171,63)
ORS du Nord (f)	1,10 (0,84 - 1,45)	156,09 (123,27 - 197,65)	141,70 (118,74 - 169,09)
Manitoba	0,99 (0,87 - 1,12)	109,94 (96,54 - 125,21)	111,40 (109,43 - 113,38)
Normalisé par la méthode directe	1,02 (0,97 - 1,07)	137,20 (132,94 - 141,45)	135,13 (132,68 - 137,58)
Répondants aux enquêtes	0,82 (0,65 - 1,00)	107,96 (85,38 - 130,54)	131,09 (124,07 - 138,11)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 10.9.2 : Hospitalisations à la suite d'une blessure, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,04 (0,80 - 1,35)	5,98 (4,65 - 7,71)	5,75 (4,59 - 7,20)
SE Nord	1,20 (0,88 - 1,64)	6,06 (4,61 - 7,97)	5,06 (3,93 - 6,50)
SE Centre	1,05 (0,60 - 1,86)	7,18 (4,13 - 12,49)	6,82 (5,36 - 8,69)
SE Ouest	1,14 (0,81 - 1,59)	5,99 (4,47 - 8,03)	5,26 (4,05 - 6,84)
SE Sud	0,47 (0,20 - 1,12)	3,28 (1,43 - 7,54)	6,92 (5,09 - 9,39)
Centre	0,91 (0,69 - 1,21)	7,38 (5,61 - 9,71)	8,10 (6,44 - 10,18)
Assiniboine	0,76 (0,52 - 1,11)	8,12 (5,68 - 11,60)	10,64 (8,28 - 13,67)
Brandon	0,92 (0,47 - 1,78)	5,49 (3,05 - 9,87)	5,97 (4,10 - 8,68)
Entre-les-Lacs	0,95 (0,60 - 1,51)	7,48 (4,93 - 11,37)	7,86 (5,88 - 10,53)
Nord-Est	0,76 (0,49 - 1,19)	6,08 (4,04 - 9,16)	7,95 (6,03 - 10,49)
Parcs (f)	0,74 (0,52 - 1,06)	13,13 (9,36 - 18,41)	17,71 (13,82 - 22,68)
Nor-Man	0,89 (0,42 - 1,91)	6,99 (3,59 - 13,61)	7,83 (5,12 - 11,96)
Burntwood	0,73 (0,40 - 1,32)	11,94 (6,93 - 20,56)	16,41 (11,76 - 22,90)
Winnipeg	0,97 (0,78 - 1,20)	5,84 (4,70 - 7,24)	6,02 (4,94 - 7,34)
Fort Garry	1,01 (0,67 - 1,53)	5,76 (3,95 - 8,39)	5,68 (4,35 - 7,41)
Assiniboine South	1,18 (0,62 - 2,26)	7,92 (4,39 - 14,31)	6,69 (4,75 - 9,42)
St. Boniface (d)	1,33 (1,02 - 1,73)	5,85 (4,57 - 7,50)	4,40 (3,48 - 5,57)
St. Boniface Est (f)	1,08 (0,74 - 1,56)	3,78 (2,71 - 5,28)	3,51 (2,71 - 4,55)
St. Boniface Ouest	1,28 (0,97 - 1,70)	7,10 (5,53 - 9,12)	5,54 (4,35 - 7,07)
St. Vital	0,89 (0,65 - 1,22)	4,50 (3,34 - 6,07)	5,08 (4,00 - 6,47)
St. Vital Sud (f)	0,99 (0,66 - 1,49)	3,80 (2,64 - 5,46)	3,82 (2,90 - 5,03)
St. Vital Nord	0,87 (0,60 - 1,25)	5,59 (3,97 - 7,87)	6,46 (5,03 - 8,29)
Transcona	0,79 (0,38 - 1,65)	4,01 (2,07 - 7,77)	5,06 (3,45 - 7,40)
River Heights	0,94 (0,58 - 1,52)	7,37 (4,65 - 11,69)	7,81 (6,09 - 10,03)
River East	0,78 (0,50 - 1,21)	6,21 (4,06 - 9,48)	7,97 (6,20 - 10,24)
Seven Oaks	2,03 (0,97 - 4,28)	8,57 (4,75 - 15,47)	4,22 (2,55 - 6,97)
St. James Assiniboia	0,88 (0,48 - 1,61)	5,53 (3,18 - 9,63)	6,26 (4,57 - 8,58)
Inkster (s)	s	s	7,64 (4,66 - 12,53)
Centre-ville	0,94 (0,62 - 1,42)	8,96 (6,13 - 13,08)	9,55 (7,27 - 12,55)
Point Douglas	0,90 (0,51 - 1,58)	11,19 (6,74 - 18,55)	12,44 (8,94 - 17,32)
ORS du Sud-Ouest	0,86 (0,67 - 1,11)	7,30 (5,70 - 9,35)	8,50 (6,89 - 10,48)
ORS de la partie centrale	0,78 (0,59 - 1,03)	8,78 (6,70 - 11,50)	11,25 (9,08 - 13,94)
ORS du Nord	0,77 (0,48 - 1,26)	9,45 (6,09 - 14,66)	12,20 (9,15 - 16,25)
Manitoba	0,91 (0,73 - 1,13)	6,23 (5,02 - 7,72)	6,85 (6,63 - 7,06)
Normalisé par la méthode directe	0,95 (0,88 - 1,01)	7,90 (7,44 - 8,36)	8,34 (8,07 - 8,61)
Répondants aux enquêtes	0,90 (0,58 - 1,21)	6,41 (4,25 - 8,57)	7,14 (6,48 - 7,80)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 11 : Services chirurgicaux et diagnostiques majeurs

Indicateurs dans ce chapitre :

- 11.1 Cathétérisme cardiaque
- 11.2 Intervention coronarienne percutanée
- 11.3 Pontage aortocoronarien
- 11.4 Arthroplastie de la hanche
- 11.5 Arthroplastie du genou
- 11.6 Opération de la cataracte
- 11.7 Césarienne
- 11.8 Hystérectomie
- 11.9 Comparaison des taux entre les échantillons
- 11.10 Constatations de l'analyse documentaire
- 11.11 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, seulement deux interventions sont plus susceptibles d'être pratiquées sur les membres de la cohorte francophone que sur les membres du groupe témoin formé d'autres Manitobains : l'**intervention coronarienne percutanée** et le **pontage aortocoronarien**. Dans tous les autres cas, les taux des deux groupes sont similaires.
- Bien que les taux à l'échelle provinciale soient similaires, dans un grand nombre de régions géographiques, les taux s'appliquant à l'ensemble des interventions sont plus élevés dans la cohorte francophone que dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Il y a aussi des régions où la proportion d'accouchements par **césarienne** est plus élevée dans la cohorte francophone.
- Dans la plupart des cas, peu de différences sont signalées entre les francophones selon la région où ils vivent, mais il y a quelques exceptions.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 11.0 : Sommaire des indicateurs de services chirurgicaux et diagnostiques majeurs comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Cathétérisme cardiaque, 2004-2005 à 2008-2009		
Manitoba		
Centre (d)	↑	
Brandon (d)	↑	
Nord-Est (d)	↑	
St. Vital (d)	↑	
St. Vital Sud (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
ORS de la partie centrale (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Intervention coronarienne percutanée, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est		
SE Sud (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Vital (d)	↑	
St. Vital Nord (d)	↑	
Winnipeg, Autres (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Pontage aortocoronarien, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Arthroplastie de la hanche, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba		
St. Boniface		
St. Boniface Est (f)		↑
Répondants aux enquêtes (d)	↓	
Arthroplastie du genou, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba		
St. Boniface		
St. Boniface Est (d)	↓	
St. Vital (d)	↓	
Opération de la cataracte, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Centre (d)	↑	
Centre (d)	↑	
Transcona (d)	↑	
St. James Assiniboia (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
ORS du Nord (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Proportion d'accouchements par césarienne, 1999-2000 à 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f,d)	↓	↓
Centre (d)	↓	
Assiniboine (d)	↓	
Burntwood (d)	↑	
Transcona (f)		↑
ORS du Sud-Ouest (d)	↓	
ORS du Nord (f,d)	↑	↑

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

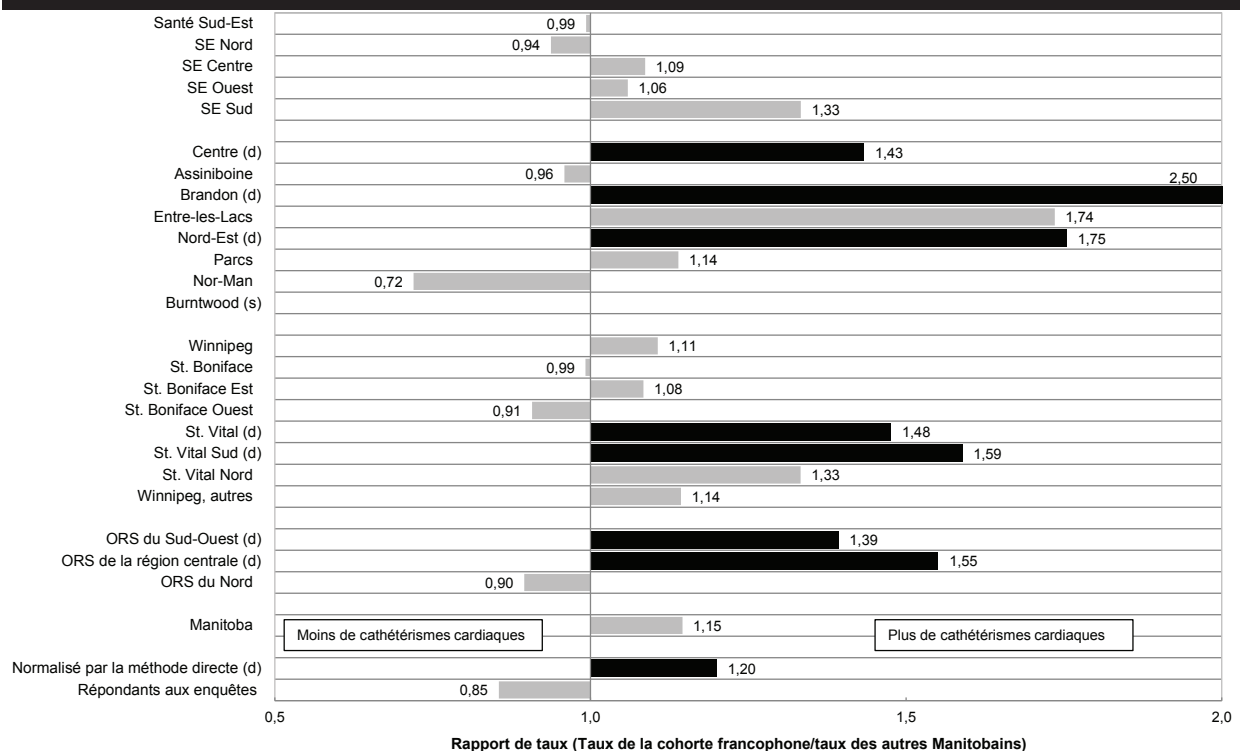
11.1 Cathétérisme cardiaque

Le **cathétérisme cardiaque** est la méthode la plus précise utilisée pour évaluer et définir une cardiopathie ischémique. Les images tirées de cette méthode sont des **angiogrammes**, qui permettent de déterminer l'ampleur et le degré de gravité des blocages des artères coronaires.

La définition de cathétérisme cardiaque s'applique au nombre de cathétérismes cardiaques pratiqués sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 40 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 11.1.1 : Cathétérisme cardiaque — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de cathétérisme cardiaque entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,15),¹³ ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,85).

13 Il convient de noter qu'une fois normalisé par la méthode directe afin de permettre la comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, le rapport de taux des francophones et du groupe témoin était statistiquement significatif. La normalisation par la méthode directe donne le taux auquel nous devrions nous attendre si la répartition selon l'âge et le sexe de notre échantillon était la même que la population du Manitoba. Comme notre groupe témoin est plus jeune, plus de poids est accordé aux taux des répondants plus âgés lorsque nous normalisons par la méthode directe. Au chapitre 17, nous observons que les francophones plus âgés tendent à être en moins bonne santé que leur groupe témoin. Cela pourrait expliquer pourquoi nous percevons un rapport de taux légèrement différent entre les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

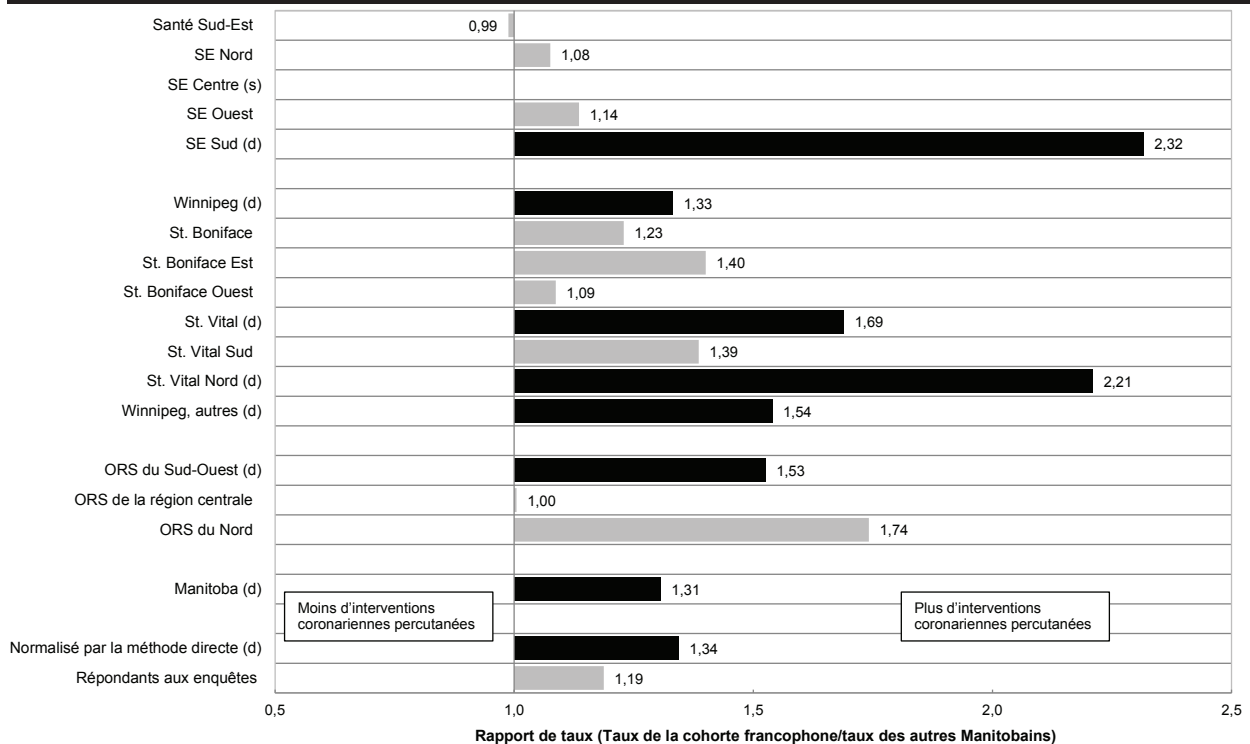
- On constate toutefois certaines différences significatives dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,39), dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 1,55), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,43), à l'ORS de Brandon (rapport de taux : 2,50), à l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 1,75) et à Saint-Vital (rapport de taux : 1,48), où les taux de cathétérisme cardiaque des francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de cathétérisme cardiaque des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.1).

11.2 Intervention coronarienne percutanée

L'intervention coronarienne percutanée, appelée aussi « **angioplastie** coronaire », est une intervention qui consiste à traiter des artères coronaires rétrécies, qui caractérisent souvent les personnes atteintes d'une coronopathie. La définition d'intervention coronarienne percutanée s'applique au nombre d'angioplasties coronaires pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 40 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 11.2.1 : Intervention coronarienne percutanée — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, les taux d'intervention coronarienne percutanée de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,31).¹⁴
- Bien que les taux d'intervention coronarienne percutanée de la cohorte francophone semblent plus élevés dans la plupart des régions, ils sont nettement supérieurs à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,33), à Saint-Vital (rapport de taux : 1,69), dans les SC de Winnipeg autres que Saint-Boniface et Saint-Vital (rapport de taux : 1,54), dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,53) et dans le district Sud de Santé Sud-Est (rapport de taux : 2,32).
- Les taux d'intervention coronarienne percutanée des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.2).

11.3 Pontage aortocoronarien

Un pontage coronarien est pratiqué sur les patients dont les artères coronaires sont très rétrécies ou bloquées afin de remplacer les segments atteints, ce qui permet d'augmenter le débit sanguin et l'apport d'oxygène et d'éléments nutritifs au muscle cardiaque.

La définition de pontage aortocoronarien s'applique au nombre de pontages coronariens pratiqués sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 40 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, les taux de pontage aortocoronarien de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,19).¹⁵
- Bien que les taux de pontage aortocoronarien de la cohorte francophone semblent plus élevés dans bon nombre de régions, ce n'est que dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,57) que le taux de la cohorte francophone est nettement supérieur à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux de pontage aortocoronarien des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.3).

11.4 Arthroplastie de la hanche

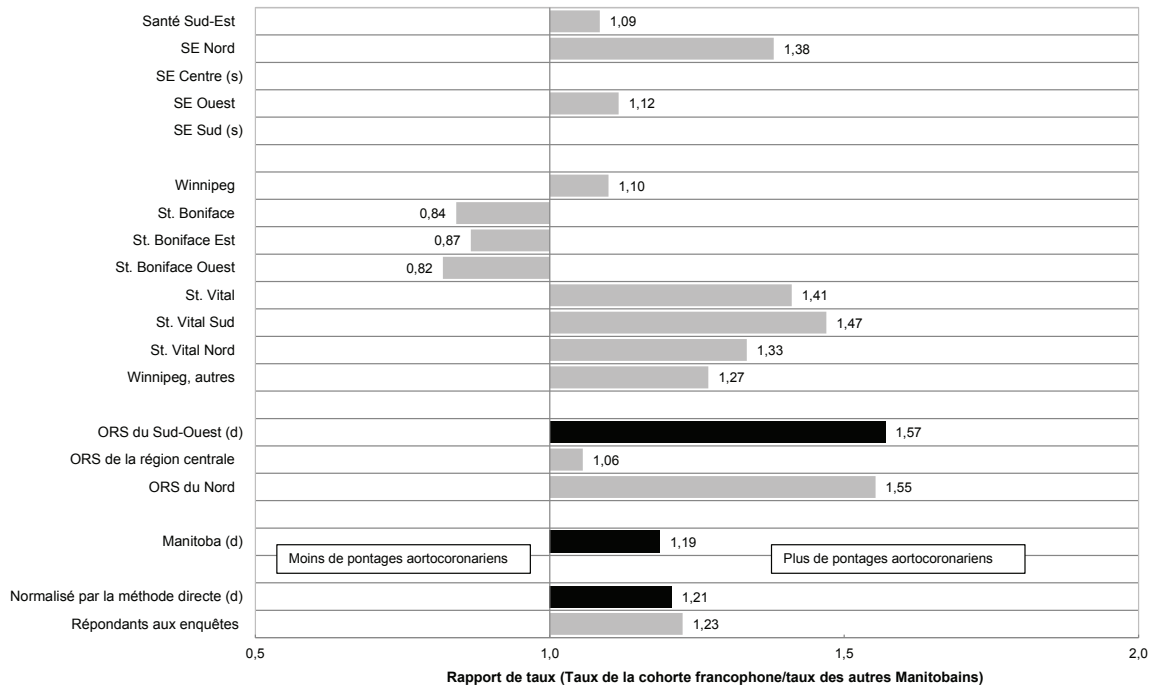
L'**arthroplastie de la hanche** consiste à enlever complètement l'articulation de la hanche pour la remplacer par une nouvelle articulation faite de matériaux artificiels. La définition d'arthroplastie de la hanche s'applique au nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 40 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

14, 15 Comme la taille de l'échantillon d'enquêtes est très réduite, les intervalles de confiance varient énormément et une signification statistique n'a pu être démontrée.

Figure 11.3.1 : Pontage aortocoronarien — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

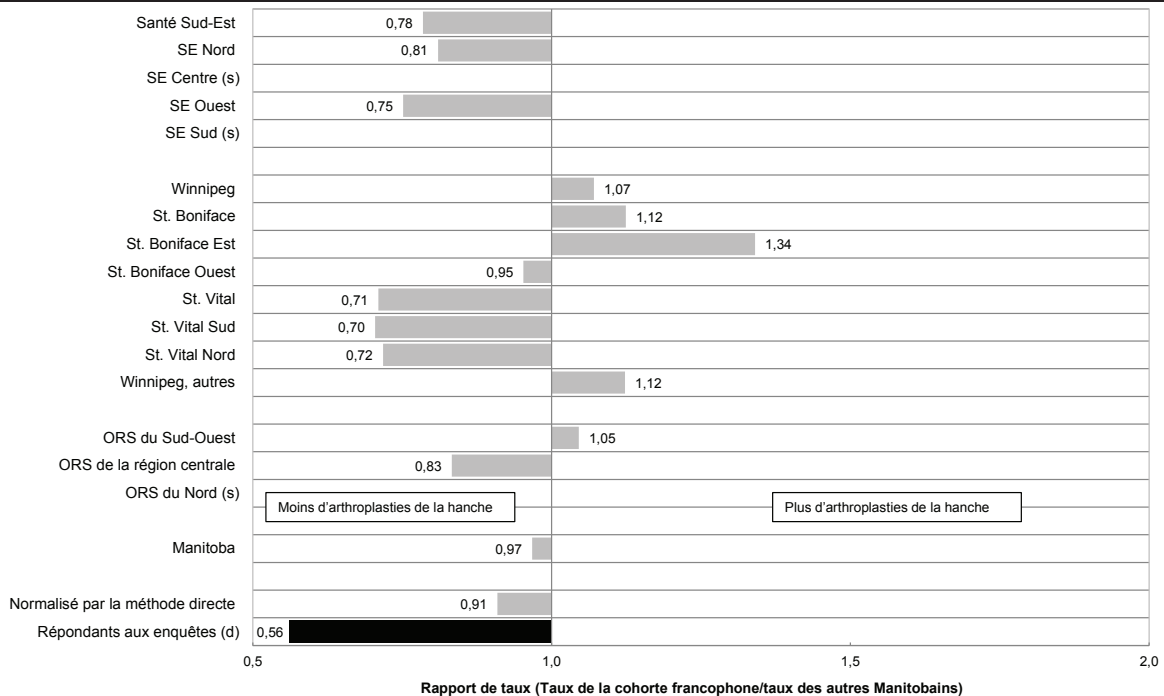


« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 11.4.1 : Arthroplastie de la hanche — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et parmi les régions, il semble y avoir une tendance vers des taux moins élevés d'arthroplastie de la hanche. Aucune différence significative n'est observée dans ces taux entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,96). Une différence est toutefois constatée avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,56).¹⁶
- Les taux d'arthroplastie de la hanche des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale, à l'exception de ceux de Saint-Boniface Est, dont le taux est plus élevé (Tableau 11.11.4).

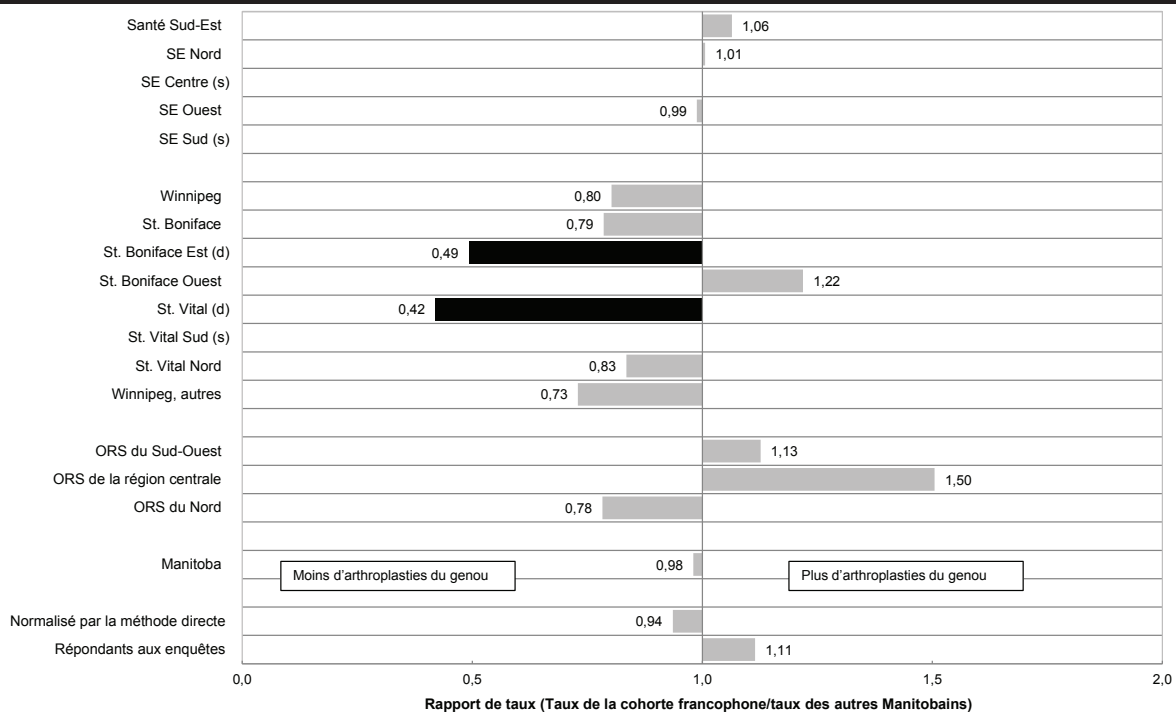
11.5 Arthroplastie du genou

L'**arthroplastie du genou** consiste à remplacer des parties de l'articulation du genou par des matériaux artificiels. Le nouveau genou comprend habituellement une coque en métal placée à l'extrémité du fémur, une tige de plastique et de métal placée sur le tibia et, parfois, un bouton de plastique placé sur la rotule.

La définition d'arthroplastie du genou s'applique au nombre total d'arthroplasties du genou pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 40 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 11.5.1 : Arthroplastie du genou — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

16 L'examen des rapports de taux entre l'échantillon d'enquêtes et l'échantillon dont les taux ont été normalisés par la méthode directe révèle que les différences observées sont dues au hasard et ne sont pas de véritables différences.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'arthroplastie du genou entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,11).
- On constate toutefois une différence significative à Saint-Boniface Est (rapport de taux : 0,49) et à Saint-Vital (rapport de taux : 0,42), où les taux d'arthroplastie du genou de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'arthroplastie du genou des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.5).

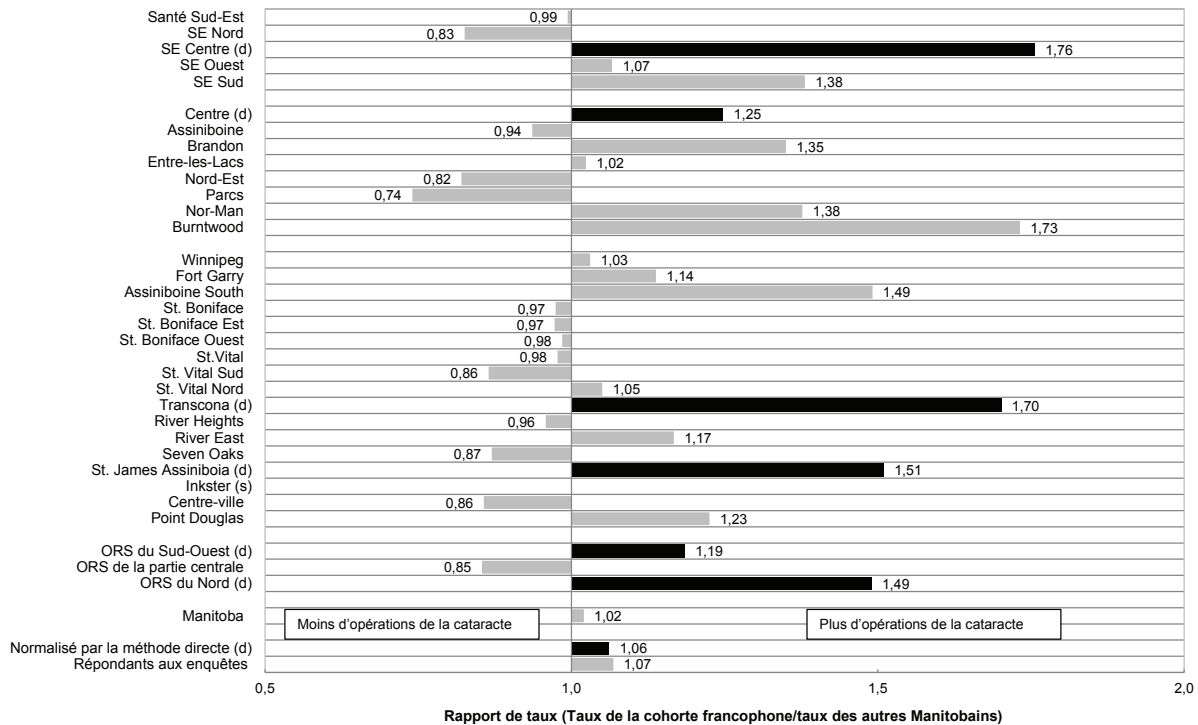
11.6 Opération de la cataracte

Les cataractes sont caractérisées par un obscurcissement du cristallin de l'œil qui occasionne une baisse de la vue. **L'opération de la cataracte** consiste à enlever complètement le cristallin opaque et à le remplacer par une lentille intraoculaire en plastique.

La définition d'opération de la cataracte s'applique au nombre d'opérations de la cataracte pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 50 ans et plus par 1 000 résidents âgés de 50 ans et plus. Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 11.6.1 : Opération de la cataracte — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 50 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'opération de la cataracte entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,07).¹⁷
- On constate toutefois une différence significative dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,19), dans les ORS du Nord (rapport de taux : 1,49), au district Centre de Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,76), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,25), à Transcona (rapport de taux : 1,70) et à St. James Assiniboia (rapport de taux : 1,51), où les taux d'opération de la cataracte de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'opération de la cataracte des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.6).

11.7 Césarienne

Une césarienne est une intervention visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision en lieu et place d'un accouchement naturel. La définition de césarienne s'applique au nombre de césariennes effectuées par 100 naissances vivantes.

Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge.

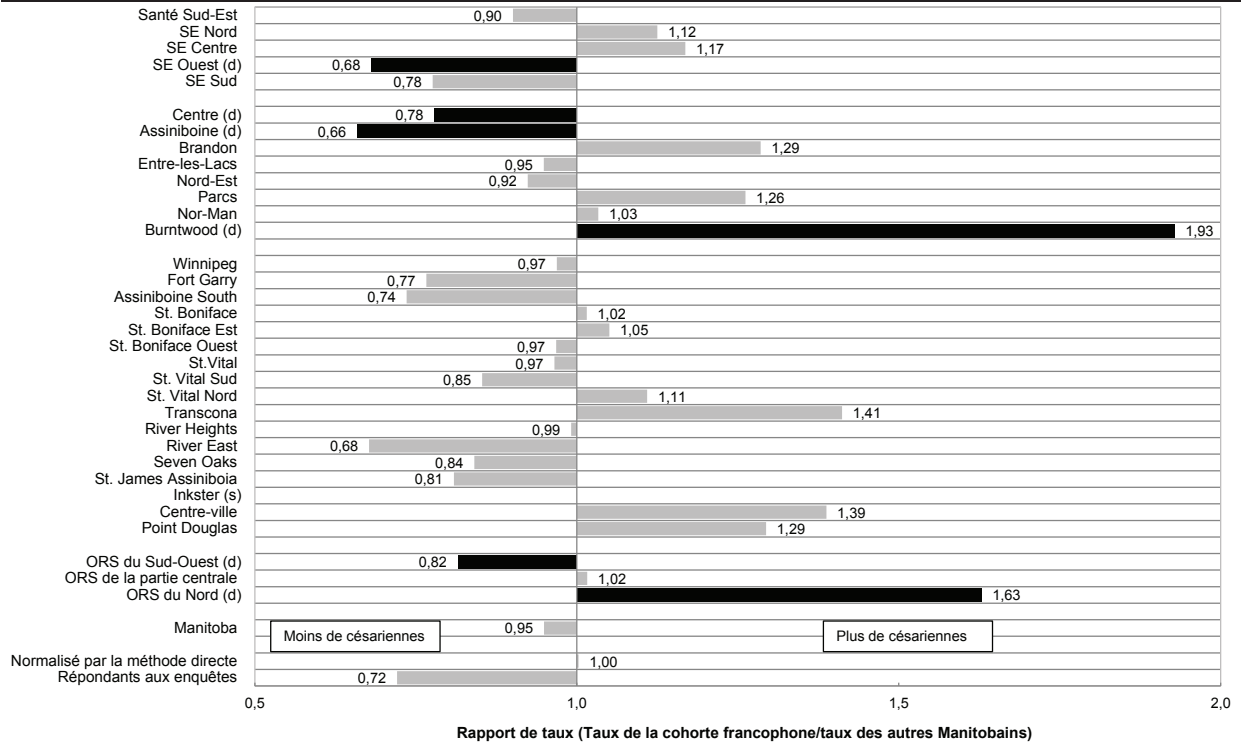
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de césarienne entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,95), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,72).
- On constate toutefois des différences significatives dans les ORS du Nord (rapport de taux : 1,63) et à l'ORS de Burntwood (rapport de taux : 1,93), où les taux de césarienne de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 0,82), dans le district Ouest de Santé Sud-Est (rapport de taux : 0,68), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 0,78) et à l'ORS Assiniboine (rapport de taux : 0,66), où les taux de césarienne de la cohorte francophone sont moins élevés.
- Les taux de césarienne des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de l'ORS du Nord et de Transcona, dont les taux sont plus élevés et au district Ouest de Santé Sud-Est, dont les taux sont moins élevés (Tableau 11.11.7).

17 Il convient de noter qu'une fois normalisé par la méthode directe afin de permettre la comparaison avec l'échantillon d'enquêtes, le rapport de taux des francophones et du groupe témoin était statistiquement significatif. La normalisation par la méthode directe donne le taux auquel nous devrions nous attendre si la répartition selon l'âge et le sexe de notre échantillon était la même que la population du Manitoba. Comme notre groupe témoin est plus jeune, plus de poids est accordé aux taux des répondants plus âgés lorsque nous normalisons par la méthode directe. Au chapitre 17, nous observons que les francophones plus âgés tendent à être en moins bonne santé que leur groupe témoin. Cela pourrait expliquer pourquoi nous percevons un rapport de taux légèrement différent entre les deux méthodes utilisées pour l'ajustement selon l'âge et le sexe.

Figure 11.7.1 : Naissance par césarienne — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge de la mère



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

11.8 Hystérectomie

Une **hystérectomie** est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus et, parfois, le col utérin et les ovaires. La définition d'hystérectomie s'applique au nombre d'hystérectomies pratiquées sur les femmes âgées de 25 ans et plus par 1 000 femmes âgées de 25 ans et plus.

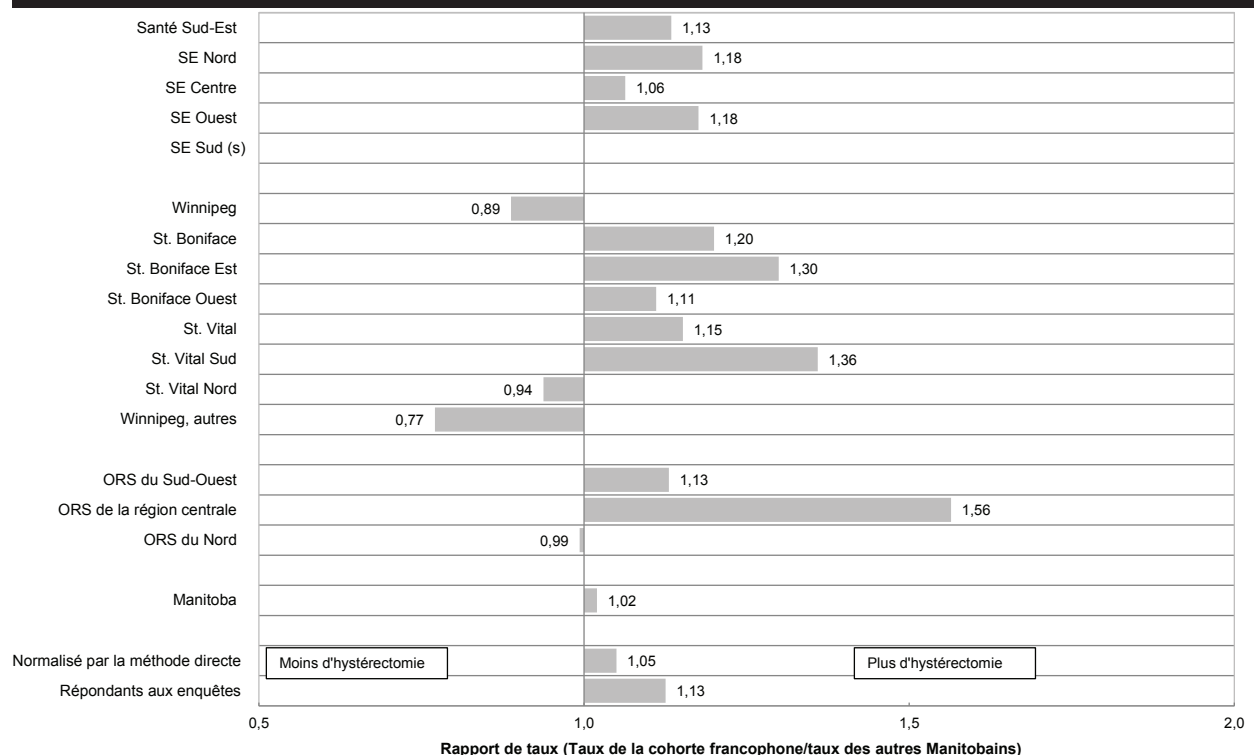
Les taux ont été calculés sur une période de dix ans (1999–2000 à 2008–2009), puis ajustés selon l'âge.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'hystérectomie entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,13).
- Les taux d'hystérectomie des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 11.11.8).

Figure 11.11.8 : Hystérectomie — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 1999–2000 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge, femmes de 25 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

11.9 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 11.9.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Taux de cathétérisme cardiaque	2004-2005 à 2008-2009	8,25	6,87	1,20 (d)	6,09	7,13	0,85
Taux d'intervention coronarienne percutanée	1999-2000 à 2008-2009	2,74	2,04	1,34 (d)	2,82	2,38	1,19
Taux de pontage aortocoronarien	1999-2000 à 2008-2009	1,79	1,48	1,21 (d)	1,95	1,59	1,23
Taux d'arthroplastie de la hanche	1999-2000 à 2008-2009	2,23	2,39	0,93	1,73	2,97	0,58 (d)
Taux d'arthroplastie du genou	1999-2000 à 2008-2009	2,61	2,78	0,94	3,55	3,18	1,11
Taux d'opération de la cataracte	1999-2000 à 2008-2009	26,57	25,02	1,06 (d)	30,60	28,64	1,07
Taux de césarienne	1999-2000 à 2008-2009	20,05%	20,00%	1,00	18,01%	25,00%	0,72
Taux d'hystérectomie	1999-2000 à 2008-2009	4,50	4,28	1,05	4,94	4,39	1,13

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

11.10 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

Taux d'arthroplastie de la hanche et du genou

- Boudreau et Farmer ont établi que les francophones, aussi bien les hommes que les femmes, ont plus de problèmes musculo-squelettiques que les anglophones (1999).
- *Dans la présente étude, tant à l'échelle provinciale qu'à l'échelle régionale, il n'existe aucune différence significative entre les francophones et le groupe témoin formé d'autres Manitobains en ce qui a trait aux taux d'arthroplastie de la hanche (rapport de taux : 0,96) et aux taux d'arthroplastie du genou (rapport de taux : 0,98).*

11.11 Tableaux supplémentaires

Tableau 11.11.1 : Cathétérismes cardiaques, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,99 (0,77 - 1,27)	6,64 (5,24 - 8,41)	6,68 (5,63 - 7,93)
SE Nord	0,94 (0,66 - 1,33)	5,98 (4,38 - 8,17)	6,38 (5,13 - 7,93)
SE Centre	1,09 (0,47 - 2,53)	7,33 (3,25 - 16,56)	6,75 (5,16 - 8,82)
SE Ouest	1,06 (0,74 - 1,53)	7,05 (5,15 - 9,65)	6,66 (5,24 - 8,45)
SE Sud	1,33 (0,63 - 2,82)	8,51 (4,36 - 16,63)	6,39 (4,43 - 9,21)
Centre (d)	1,43 (1,02 - 2,02)	6,51 (4,82 - 8,78)	4,54 (3,63 - 5,68)
Assiniboine	0,96 (0,52 - 1,76)	4,72 (2,74 - 8,14)	4,93 (3,60 - 6,74)
Brandon (d)	2,50 (1,11 - 5,64)	10,39 (5,64 - 19,14)	4,16 (2,37 - 7,28)
Entre-les-Lacs	1,74 (0,99 - 3,05)	8,89 (5,59 - 14,14)	5,12 (3,58 - 7,32)
Nord-Est (d)	1,75 (1,09 - 2,82)	8,86 (5,97 - 13,14)	5,05 (3,71 - 6,87)
Parcs	1,14 (0,62 - 2,09)	6,65 (3,92 - 11,29)	5,84 (4,16 - 8,19)
Nor-Man	0,72 (0,29 - 1,78)	7,05 (3,12 - 15,92)	9,80 (6,43 - 14,93)
Burntwood (s)	s	s	4,83 (2,63 - 8,88)
Winnipeg	1,11 (0,93 - 1,32)	6,57 (5,48 - 7,88)	5,94 (5,18 - 6,81)
St. Boniface	0,99 (0,78 - 1,27)	5,89 (4,68 - 7,42)	5,99 (5,07 - 7,08)
St. Boniface Est	1,08 (0,76 - 1,55)	6,34 (4,59 - 8,76)	5,85 (4,69 - 7,29)
St. Boniface Ouest	0,91 (0,65 - 1,26)	5,58 (4,18 - 7,45)	6,15 (4,98 - 7,61)
St. Vital (d)	1,48 (1,08 - 2,03)	7,34 (5,55 - 9,69)	4,97 (4,02 - 6,13)
St. Vital Sud (d)	1,59 (1,02 - 2,48)	6,88 (4,74 - 9,98)	4,33 (3,25 - 5,76)
St. Vital Nord	1,33 (0,87 - 2,05)	8,02 (5,54 - 11,61)	6,02 (4,61 - 7,86)
Winnipeg, autres	1,14 (0,88 - 1,48)	7,11 (5,54 - 9,12)	6,22 (5,28 - 7,32)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,39 (1,05 - 1,86)	6,41 (4,94 - 8,31)	4,60 (3,79 - 5,58)
ORS de la région centrale (d)	1,55 (1,12 - 2,14)	8,24 (6,21 - 10,93)	5,31 (4,29 - 6,57)
ORS du Nord	0,90 (0,45 - 1,78)	6,58 (3,58 - 12,08)	7,35 (5,16 - 10,47)
Manitoba	1,15 (0,98 - 1,33)	6,71 (5,76 - 7,81)	5,85 (5,54 - 6,16)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,20 (1,04 - 1,40)	8,25 (7,55 - 8,94)	6,87 (6,51 - 7,23)
Répondants aux enquêtes	0,85 (0,51 - 1,20)	6,09 (3,81 - 8,38)	7,13 (6,00 - 8,25)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.2 : Rapports de taux, interventions coronariennes percutanées, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,99 (0,61 - 1,59)	2,06 (1,52 - 2,80)	1,83 (1,48 - 2,27)
SE Nord	1,08 (0,68 - 1,69)	2,03 (1,37 - 3,02)	1,89 (1,40 - 2,55)
SE Centre (s)	s	s	1,66 (1,11 - 2,49)
SE Ouest	1,14 (0,69 - 1,87)	2,15 (1,41 - 3,30)	1,90 (1,36 - 2,64)
SE Sud (d)	2,32 (1,02 - 5,26)	4,48 (2,26 - 8,89)	1,94 (1,18 - 3,18)
Winnipeg (d)	1,33 (1,05 - 1,69)	2,45 (1,93 - 3,11)	1,84 (1,51 - 2,24)
St. Boniface	1,23 (0,90 - 1,69)	2,05 (1,53 - 2,75)	1,69 (1,34 - 2,14)
St. Boniface Est	1,40 (0,87 - 2,25)	2,30 (1,53 - 3,47)	1,64 (1,21 - 2,24)
St. Boniface Ouest	1,09 (0,71 - 1,66)	1,89 (1,32 - 2,72)	1,74 (1,29 - 2,35)
St. Vital (d)	1,69 (1,11 - 2,57)	2,60 (1,81 - 3,73)	1,54 (1,15 - 2,06)
St. Vital Sud	1,39 (0,79 - 2,42)	2,61 (1,62 - 4,20)	1,88 (1,32 - 2,69)
St. Vital Nord (d)	2,21 (1,17 - 4,19)	2,58 (1,56 - 4,26)	1,17 (0,75 - 1,82)
Winnipeg, autres (d)	1,54 (1,13 - 2,10)	3,18 (2,37 - 4,28)	2,07 (1,66 - 2,58)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,53 (1,05 - 2,21)	2,24 (1,60 - 3,12)	1,47 (1,13 - 1,90)
ORS de la région centrale	1,00 (0,64 - 1,58)	2,05 (1,35 - 3,11)	2,04 (1,55 - 2,69)
ORS du Nord	1,74 (0,62 - 4,87)	1,91 (0,83 - 4,35)	1,09 (0,57 - 2,09)
Manitoba (d)	1,31 (1,07 - 1,60)	2,30 (1,88 - 2,82)	1,76 (1,64 - 1,89)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,34 (1,13 - 1,58)	2,74 (2,45 - 3,03)	2,04 (1,89 - 2,19)
Répondants aux enquêtes	1,19 (0,45 - 1,92)	2,82 (1,10 - 4,54)	2,38 (1,99 - 2,76)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.3 : Pontages aortocoronariens, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,09 (0,66 - 1,78)	1,44 (1,04 - 1,99)	1,22 (0,99 - 1,50)
SE Nord	1,38 (0,84 - 2,27)	1,53 (1,01 - 2,32)	1,11 (0,81 - 1,52)
SE Centre (s)	s	s	1,54 (1,04 - 2,29)
SE Ouest	1,12 (0,63 - 1,97)	1,44 (0,89 - 2,32)	1,29 (0,91 - 1,81)
SE Sud (s)	s	s	0,83 (0,41 - 1,67)
Winnipeg	1,10 (0,87 - 1,39)	1,38 (1,08 - 1,75)	1,25 (1,08 - 1,45)
St. Boniface	0,84 (0,59 - 1,20)	1,28 (0,92 - 1,78)	1,55 (1,27 - 1,90)
St. Boniface Est	0,87 (0,51 - 1,47)	1,43 (0,88 - 2,31)	1,65 (1,26 - 2,16)
St. Boniface Ouest	0,82 (0,51 - 1,31)	1,19 (0,79 - 1,80)	1,45 (1,11 - 1,91)
St. Vital	1,41 (0,85 - 2,34)	1,65 (1,07 - 2,55)	1,17 (0,86 - 1,59)
St. Vital Sud	1,47 (0,68 - 3,16)	1,31 (0,70 - 2,48)	0,89 (0,56 - 1,41)
St. Vital Nord	1,33 (0,74 - 2,42)	2,26 (1,36 - 3,75)	1,69 (1,19 - 2,39)
Winnipeg, autres	1,27 (0,84 - 1,92)	1,27 (0,86 - 1,86)	1,00 (0,80 - 1,25)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,57 (1,05 - 2,36)	1,46 (1,02 - 2,09)	0,93 (0,72 - 1,20)
ORS de la région centrale	1,06 (0,66 - 1,70)	1,56 (1,01 - 2,40)	1,48 (1,14 - 1,91)
ORS du Nord	1,55 (0,57 - 4,20)	1,84 (0,82 - 4,13)	1,18 (0,65 - 2,15)
Manitoba (d)	1,19 (1,01 - 1,39)	1,43 (1,22 - 1,68)	1,21 (1,10 - 1,31)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,21 (1,09 - 1,42)	1,79 (1,55 - 2,03)	1,48 (1,36 - 1,61)
Répondants aux enquêtes	1,23 (0,55 - 1,90)	1,95 (0,97 - 2,94)	1,59 (1,27 - 1,92)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.4 : Arthroplasties de la hanche, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,78 (0,50 - 1,24)	1,04 (0,68 - 1,58)	1,51 (1,19 - 1,90)
SE Nord	0,81 (0,45 - 1,47)	1,07 (0,63 - 1,82)	1,32 (0,93 - 1,88)
SE Centre (s)	s	s	1,90 (1,26 - 2,85)
SE Ouest	0,75 (0,37 - 1,52)	1,00 (0,53 - 1,86)	1,33 (0,90 - 1,96)
SE Sud (s)	s	s	1,94 (1,17 - 3,21)
Winnipeg	1,07 (0,85 - 1,35)	1,71 (1,34 - 2,20)	1,60 (1,34 - 1,91)
St. Boniface	1,12 (0,83 - 1,53)	2,06 (1,53 - 2,76)	1,92 (1,53 - 2,41)
St. Boniface Est (f)	1,34 (0,84 - 2,13)	2,77 (1,84 - 4,18)	2,07 (1,52 - 2,81)
St. Boniface Ouest	0,95 (0,64 - 1,42)	1,69 (1,18 - 2,40)	1,77 (1,33 - 2,35)
St. Vital	0,71 (0,41 - 1,23)	1,16 (0,70 - 1,94)	1,64 (1,23 - 2,18)
St. Vital Sud	0,70 (0,33 - 1,49)	1,26 (0,64 - 2,50)	1,79 (1,23 - 2,61)
St. Vital Nord	0,72 (0,32 - 1,59)	1,04 (0,50 - 2,13)	1,44 (0,98 - 2,14)
Winnipeg, autres	1,12 (0,76 - 1,65)	1,63 (1,12 - 2,38)	1,45 (1,15 - 1,83)
ORS du Sud-Ouest	1,05 (0,70 - 1,56)	1,76 (1,21 - 2,57)	1,69 (1,32 - 2,16)
ORS de la région centrale	0,83 (0,48 - 1,44)	1,29 (0,78 - 2,15)	1,55 (1,17 - 2,07)
ORS du Nord (s)	s	s	1,26 (0,67 - 2,38)
Manitoba	0,97 (0,80 - 1,17)	1,52 (1,25 - 1,84)	1,57 (1,45 - 1,69)
Normalisé par la méthode directe	0,91 (0,75 - 1,09)	1,74 (1,51 - 1,97)	1,92 (1,77 - 2,06)
Répondants aux enquêtes (d)	0,56 (0,19 - 0,93)	1,41 (0,54 - 2,29)	2,52 (2,07 - 2,97)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.5 : Arthroplasties du genou, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 40 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,06 (0,75 - 1,52)	2,26 (1,65 - 3,10)	2,22 (1,77 - 2,78)
SE Nord	1,01 (0,63 - 1,60)	2,18 (1,44 - 3,30)	2,17 (1,59 - 2,95)
SE Centre (s)	s	s	2,11 (1,38 - 3,21)
SE Ouest	0,99 (0,60 - 1,63)	2,29 (1,46 - 3,57)	2,31 (1,67 - 3,21)
SE Sud (s)	s	s	2,51 (1,57 - 3,99)
Winnipeg	0,80 (0,62 - 1,04)	1,80 (1,38 - 2,35)	2,24 (1,84 - 2,73)
St. Boniface	0,79 (0,54 - 1,14)	1,81 (1,29 - 2,54)	2,14 (1,69 - 2,72)
St. Boniface Est (d)	0,49 (0,26 - 0,94)	1,08 (0,59 - 1,98)	2,19 (1,60 - 2,99)
St. Boniface Ouest	1,22 (0,83 - 1,79)	2,56 (1,83 - 3,59)	2,10 (1,56 - 2,82)
St. Vital (d)	0,42 (0,22 - 0,81)	0,99 (0,52 - 1,87)	2,35 (1,79 - 3,10)
St. Vital Sud (s)	s	s	2,33 (1,62 - 3,34)
St. Vital Nord	0,83 (0,45 - 1,54)	2,00 (1,15 - 3,48)	2,39 (1,68 - 3,39)
Winnipeg, autres	0,73 (0,49 - 1,08)	1,69 (1,14 - 2,49)	2,31 (1,83 - 2,93)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,78 - 1,64)	2,40 (1,68 - 3,41)	2,13 (1,65 - 2,75)
ORS de la région centrale	1,50 (0,99 - 2,28)	2,99 (2,06 - 4,33)	1,98 (1,49 - 2,63)
ORS du Nord	0,78 (0,31 - 1,97)	2,01 (0,88 - 4,60)	2,57 (1,62 - 4,06)
Manitoba	0,98 (0,79 - 1,21)	2,14 (1,73 - 2,64)	2,18 (2,04 - 2,32)
Normalisé par la méthode directe	0,94 (0,79 - 1,10)	2,61 (2,31 - 2,90)	2,78 (2,61 - 2,96)
Répondants aux enquêtes	1,11 (0,38 - 1,85)	3,55 (1,23 - 5,87)	3,18 (2,72 - 3,65)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.6 : Opérations de la cataracte, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 50 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,99 (0,84 - 1,17)	23,44 (20,00 - 27,46)	23,58 (20,70 - 26,85)
SE Nord	0,83 (0,67 - 1,02)	20,16 (16,68 - 24,36)	24,41 (21,07 - 28,28)
SE Centre (d)	1,76 (1,00 - 3,08)	35,89 (20,98 - 61,41)	20,43 (16,78 - 24,88)
SE Ouest	1,07 (0,85 - 1,33)	26,49 (21,79 - 32,21)	24,84 (21,30 - 28,96)
SE Sud	1,38 (0,94 - 2,02)	32,05 (22,87 - 44,90)	23,21 (18,77 - 28,69)
Centre (d)	1,25 (1,03 - 1,52)	27,61 (23,08 - 33,03)	22,12 (19,18 - 25,52)
Assiniboine	0,94 (0,69 - 1,26)	21,05 (15,97 - 27,74)	22,49 (19,04 - 26,56)
Brandon	1,35 (0,86 - 2,12)	32,65 (22,24 - 47,92)	24,18 (18,52 - 31,57)
Entre-les-Lacs	1,02 (0,72 - 1,46)	22,90 (16,70 - 31,39)	22,36 (18,29 - 27,34)
Nord-Est	0,82 (0,61 - 1,11)	19,79 (15,00 - 26,10)	24,11 (20,27 - 28,67)
Parcs	0,74 (0,50 - 1,09)	18,85 (13,33 - 26,64)	25,46 (20,77 - 31,21)
Nor-Man	1,38 (0,89 - 2,12)	38,06 (26,41 - 54,87)	27,64 (21,33 - 35,82)
Burntwood	1,73 (0,86 - 3,50)	27,15 (15,52 - 47,49)	15,68 (10,04 - 24,47)
Winnipeg	1,03 (0,93 - 1,14)	25,97 (23,42 - 28,80)	25,20 (23,18 - 27,40)
Fort Garry	1,14 (0,89 - 1,46)	28,32 (22,55 - 35,56)	24,88 (21,19 - 29,22)
Assiniboine South	1,49 (0,84 - 2,64)	24,85 (14,75 - 41,88)	16,67 (12,88 - 21,56)
St. Boniface	0,97 (0,84 - 1,14)	25,63 (22,15 - 29,65)	26,30 (23,13 - 29,91)
St. Boniface Est	0,97 (0,77 - 1,22)	23,99 (19,51 - 29,49)	24,66 (21,25 - 28,62)
St. Boniface Ouest	0,98 (0,84 - 1,16)	26,88 (23,22 - 31,12)	27,30 (23,97 - 31,09)
St. Vital	0,98 (0,80 - 1,20)	24,01 (19,93 - 28,93)	24,56 (21,29 - 28,33)
St. Vital Sud	0,86 (0,64 - 1,16)	19,65 (15,12 - 25,54)	22,72 (19,07 - 27,08)
St. Vital Nord	1,05 (0,83 - 1,33)	27,48 (22,31 - 33,85)	26,16 (22,47 - 30,46)
Transcona (d)	1,70 (1,08 - 2,68)	37,28 (25,67 - 54,15)	21,91 (16,44 - 29,20)
River Heights	0,96 (0,68 - 1,34)	26,83 (19,40 - 37,12)	28,01 (24,13 - 32,52)
River East	1,17 (0,84 - 1,63)	27,36 (20,06 - 37,31)	23,44 (19,80 - 27,75)
Seven Oaks	0,87 (0,47 - 1,61)	21,87 (12,75 - 37,53)	25,14 (18,37 - 34,39)
St. James Assiniboia (d)	1,51 (1,05 - 2,18)	35,68 (25,84 - 49,27)	23,63 (19,09 - 29,24)
Inkster (s)	s	s	32,48 (21,91 - 48,14)
Centre-ville	0,86 (0,60 - 1,22)	23,59 (17,17 - 32,43)	27,53 (22,51 - 33,67)
Point Douglas	1,23 (0,72 - 2,08)	33,35 (21,31 - 52,20)	27,22 (20,11 - 36,83)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,19 (1,00 - 1,40)	26,40 (22,55 - 30,91)	22,28 (19,69 - 25,21)
ORS de la partie centrale	0,85 (0,70 - 1,04)	20,46 (17,01 - 24,60)	23,96 (21,32 - 26,92)
ORS du Nord (d)	1,49 (1,04 - 2,13)	35,05 (26,05 - 47,15)	23,52 (18,95 - 29,20)
Manitoba	1,02 (0,91 - 1,15)	24,63 (21,86 - 27,76)	24,14 (23,52 - 24,76)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,06 (0,98 - 1,13)	26,57 (25,43 - 27,70)	25,02 (24,37 - 25,66)
Répondants aux enquêtes	1,07 (0,87 - 1,26)	30,60 (25,33 - 35,86)	28,64 (27,22 - 30,06)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.7 : Naissances par césarienne, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge de la mère

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,90 (0,76 - 1,07)	16,80 (14,31 - 19,72)	18,65 (16,99 - 20,48)
SE Nord	1,12 (0,86 - 1,47)	19,13 (15,45 - 23,70)	17,01 (14,24 - 20,32)
SE Centre	1,17 (0,80 - 1,71)	23,37 (16,15 - 33,81)	20,00 (17,63 - 22,69)
SE Ouest (f,d)	0,68 (0,48 - 0,96)	12,40 (9,33 - 16,47)	18,21 (14,88 - 22,29)
SE Sud	0,78 (0,33 - 1,83)	13,43 (6,02 - 29,97)	17,31 (12,71 - 23,56)
Centre (d)	0,78 (0,61 - 0,99)	15,58 (12,50 - 19,43)	20,01 (17,80 - 22,48)
Assiniboine (d)	0,66 (0,44 - 0,98)	14,58 (10,20 - 20,85)	22,15 (18,33 - 26,77)
Brandon	1,29 (0,79 - 2,10)	25,00 (17,49 - 35,75)	19,45 (13,80 - 27,42)
Entre-les-Lacs	0,95 (0,55 - 1,62)	14,29 (9,08 - 22,50)	15,06 (11,18 - 20,30)
Nord-Est	0,92 (0,59 - 1,46)	14,32 (9,63 - 21,30)	15,50 (12,22 - 19,66)
Parcs	1,26 (0,88 - 1,82)	27,35 (19,78 - 37,82)	21,67 (18,08 - 25,98)
Nor-Man	1,03 (0,48 - 2,23)	32,92 (18,17 - 59,64)	31,86 (19,48 - 52,08)
Burntwood (d)	1,93 (1,13 - 3,30)	30,39 (20,27 - 45,56)	15,76 (10,99 - 22,59)
Winnipeg	0,97 (0,87 - 1,07)	19,09 (17,18 - 21,20)	19,70 (18,36 - 21,14)
Fort Garry	0,77 (0,54 - 1,09)	16,14 (11,97 - 21,76)	21,06 (17,17 - 25,83)
Assiniboine South	0,74 (0,30 - 1,81)	14,19 (6,36 - 31,66)	19,28 (12,67 - 29,35)
St. Boniface	1,02 (0,85 - 1,21)	19,46 (16,69 - 22,68)	19,16 (17,03 - 21,56)
St. Boniface Est	1,05 (0,81 - 1,36)	19,29 (15,49 - 24,02)	18,37 (15,75 - 21,42)
St. Boniface Ouest	0,97 (0,75 - 1,24)	19,59 (16,07 - 23,88)	20,24 (17,06 - 24,02)
St. Vital	0,97 (0,76 - 1,23)	18,90 (15,36 - 23,27)	19,58 (16,99 - 22,57)
St. Vital Sud	0,85 (0,61 - 1,20)	17,76 (13,18 - 23,95)	20,83 (17,36 - 24,98)
St. Vital Nord	1,11 (0,79 - 1,56)	20,00 (15,17 - 26,36)	18,03 (14,52 - 22,38)
Transcona (f)	1,41 (0,88 - 2,26)	36,09 (24,79 - 52,54)	25,56 (19,03 - 34,33)
River Heights	0,99 (0,68 - 1,44)	21,18 (14,97 - 29,97)	21,37 (18,14 - 25,18)
River East	0,68 (0,43 - 1,07)	13,88 (9,01 - 21,38)	20,49 (17,29 - 24,28)
Seven Oaks	0,84 (0,44 - 1,60)	18,09 (10,68 - 30,66)	21,52 (14,73 - 31,45)
St. James Assiniboia	0,81 (0,48 - 1,37)	17,14 (11,01 - 26,68)	21,18 (15,72 - 28,55)
Inkster (s)	s	s	15,68 (8,43 - 29,19)
Centre-ville	1,39 (0,97 - 1,99)	19,62 (14,99 - 25,69)	14,14 (10,97 - 18,23)
Point Douglas	1,29 (0,71 - 2,36)	23,56 (14,78 - 37,56)	18,21 (12,37 - 26,80)
ORS du Sud-Ouest (d)	0,82 (0,68 - 0,98)	16,66 (14,02 - 19,81)	20,44 (18,51 - 22,57)
ORS de la partie centrale	1,02 (0,79 - 1,31)	18,37 (14,66 - 23,02)	18,08 (15,82 - 20,67)
ORS du Nord (f,d)	1,63 (1,05 - 2,53)	30,91 (22,07 - 43,31)	18,98 (14,18 - 25,41)
Manitoba	0,95 (0,88 - 1,02)	18,42 (17,10 - 19,84)	19,41 (18,72 - 20,10)
Normalisé par la méthode directe	1,00 (0,94 - 1,07)	20,05 (18,97 - 21,12)	20,00 (19,30 - 20,70)
Répondants aux enquêtes	0,72 (0,26 - 1,18)	18,01 (6,75 - 29,28)	25,00 (20,76 - 29,23)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 11.11.8 : Hystérectomies, 1999–2000 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge, femmes de 25 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,13 (0,81 - 1,59)	5,87 (3,95 - 8,74)	5,67 (4,03 - 7,98)
SE Nord	1,18 (0,70 - 2,00)	6,20 (3,79 - 10,13)	5,24 (3,35 - 8,20)
SE Centre	1,06 (0,49 - 2,31)	7,93 (3,76 - 16,74)	7,46 (4,73 - 11,77)
SE Ouest	1,18 (0,66 - 2,10)	5,26 (3,14 - 8,81)	4,47 (2,76 - 7,24)
SE Sud (s)	s	s	5,73 (3,34 - 9,85)
Winnipeg	0,89 (0,55 - 1,43)	3,61 (2,24 - 5,83)	4,07 (2,62 - 6,33)
St. Boniface	1,20 (0,81 - 1,78)	4,27 (2,82 - 6,46)	3,55 (2,42 - 5,21)
St. Boniface Est	1,30 (0,73 - 2,31)	4,36 (2,58 - 7,38)	3,36 (2,10 - 5,36)
St. Boniface Ouest	1,11 (0,65 - 1,90)	4,21 (2,59 - 6,86)	3,79 (2,39 - 6,02)
St. Vital	1,15 (0,73 - 1,81)	4,37 (2,75 - 6,94)	3,79 (2,55 - 5,64)
St. Vital Sud	1,36 (0,73 - 2,54)	4,70 (2,67 - 8,29)	3,46 (2,12 - 5,64)
St. Vital Nord	0,94 (0,49 - 1,79)	3,99 (2,19 - 7,27)	4,26 (2,64 - 6,86)
Winnipeg, autres	0,77 (0,47 - 1,26)	3,46 (2,14 - 5,60)	4,49 (2,98 - 6,75)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,69 - 1,86)	5,15 (3,18 - 8,33)	4,55 (2,98 - 6,95)
ORS de la région centrale	1,56 (0,87 - 2,81)	6,14 (3,53 - 10,68)	3,93 (2,40 - 6,43)
ORS du Nord	0,99 (0,45 - 2,21)	5,89 (2,87 - 12,08)	5,93 (3,33 - 10,57)
Manitoba	1,02 (0,65 - 1,60)	4,55 (2,90 - 7,12)	4,46 (4,23 - 4,68)
Normalisé par la méthode directe	1,05 (0,94 - 1,19)	4,50 (4,13 - 4,87)	4,28 (4,07 - 4,50)
Répondants aux enquêtes	1,13 (0,51 - 1,74)	4,94 (2,41 - 7,47)	4,39 (3,74 - 5,03)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 12 : Utilisation des foyers de soins personnels (maisons de santé)

Indicateurs dans ce chapitre :

- 12.1 Admissions dans un foyer de soins personnels (FSP)
- 12.2 Résidents d'un foyer de soins personnels (FSP)
- 12.3 Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels (FSP)
- 12.4 Emplacement des foyers de soins personnels (FSP)
- 12.5 Provenance des résidents des foyers de soins personnels (FSP)
- 12.6 Comparaison des taux entre les échantillons
- 12.7 Constatations de l'analyse documentaire
- 12.8 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, il n'y a pas de différences entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains en ce qui a trait aux taux d'admission dans un foyer de soins personnels (FSP) et aux taux de résidents d'un FSP. Cependant, le temps d'attente moyen pour être admis dans un FSP est plus élevé dans la cohorte francophone que dans le groupe témoin.
- On constate dans les deux groupes des variations substantielles entre les régions touchant tous les indicateurs. Les pourcentages de résidents francophones d'un FSP qui vivent dans des régions où il y a des FSP bilingues sont plus élevés que les pourcentages de francophones qui vivent dans des régions où il n'y a pas de FSP bilingues.
- La plupart des résidents ont pu rester dans la région relevant de leur ORS, aussi bien au sein de la cohorte francophone qu'au sein du groupe témoin formé d'autres Manitobains, sauf dans les régions desservies par les ORS de la partie centrale et les ORS du Nord, où les francophones sont plus portés à quitter leur région pour être admis dans un FSP. Une proportion plus élevée de francophones qui demeurent dans un FSP de la région du Sud-Est vivaient dans cette région avant leur admission, comparativement au groupe témoin.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de

l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 12.0 : Sommaire des indicateurs de l'utilisation des foyers de soins personnels comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Admissions dans un foyer de soins personnels, 2004-2005 à 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↑	
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Ouest (d)	↑	
St. Vital		
St. Vital Sud (f,d)	↓	↓
St. Vital Nord (f)		↑
Résidents d'un foyer de soins personnels, 2004-2005 à 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↑	
Centre (f)		↓
Assiniboine (f,d)	↓	↓
Entre-les-Lacs (d)	↓	↓
Nord-Est (f,d)	↓	↓
Parcs (f,d)	↓	↓
Nor-Man (f,d)	↓	↓
Winnipeg (f,d)	↑	↑
Fort Garry (d)	↓	
Assiniboine South (d)	↓	
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Est (d)	↑	
St. Boniface Ouest (d)	↑	
St. Vital (f,d)	↑	↑
St. Vital Sud (f,d)	↑	↑
St. Vital Nord (d)	↑	
Transcona (d)	↑	
St. James Assiniboia (d)	↓	
ORS du Sud-Ouest (f,d)	↓	↓
ORS de la partie centrale (f,d)	↓	↓
ORS du Nord (f,d)	↓	↓
Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnel, 2004-2005 à 2008-2009		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (f)		↑
St. Boniface (d)	↑	
Winnipeg, Autres (f)		↓

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

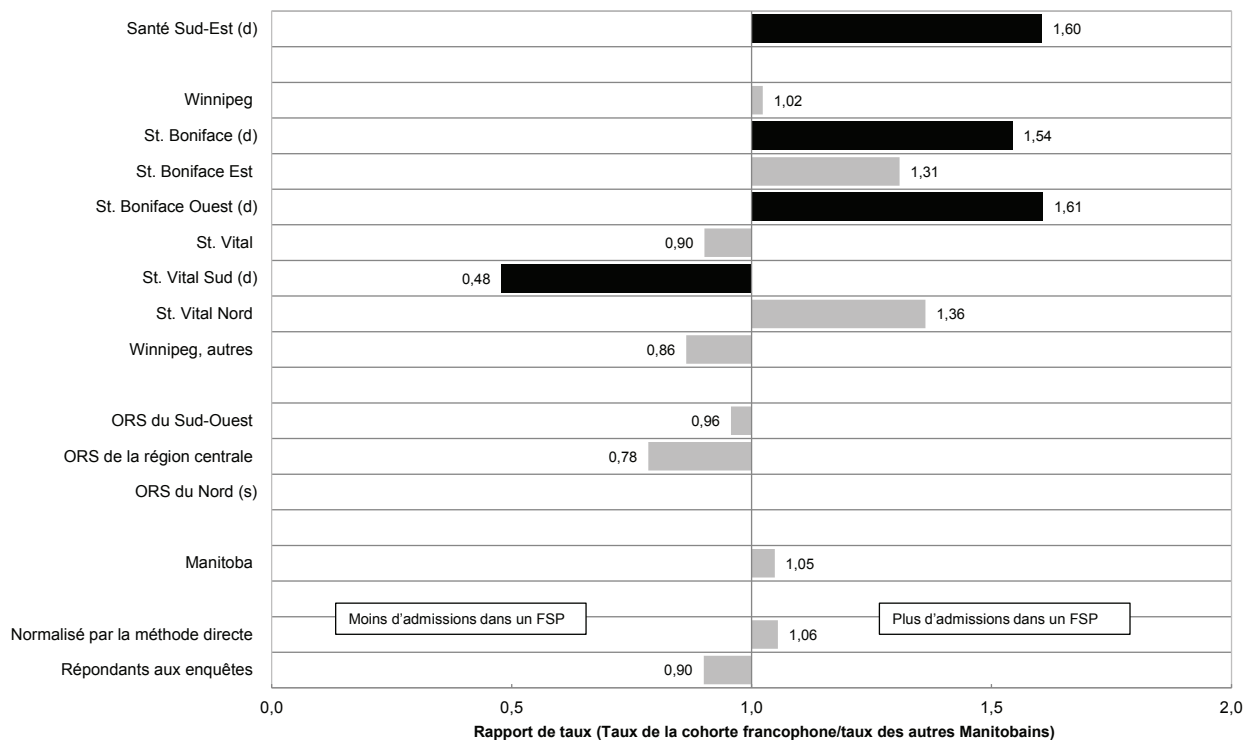
12.1 Admissions dans un foyer de soins personnels (FSP)

Les admissions dans un foyer de soins personnels (FSP) comprennent les résidents âgés de 75 ans et plus qui ont été admis dans un FSP. La définition d'admissions dans un FSP s'applique au nombre de résidents d'une région âgés de 75 ans et plus admis dans un FSP, divisé par le nombre total de résidents

de la région âgés de 75 ans et plus. La région de résidence a été assignée en fonction du lieu où se trouve le FSP qui a admis le résident. Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 12.1.1 : Admissions dans un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 75 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

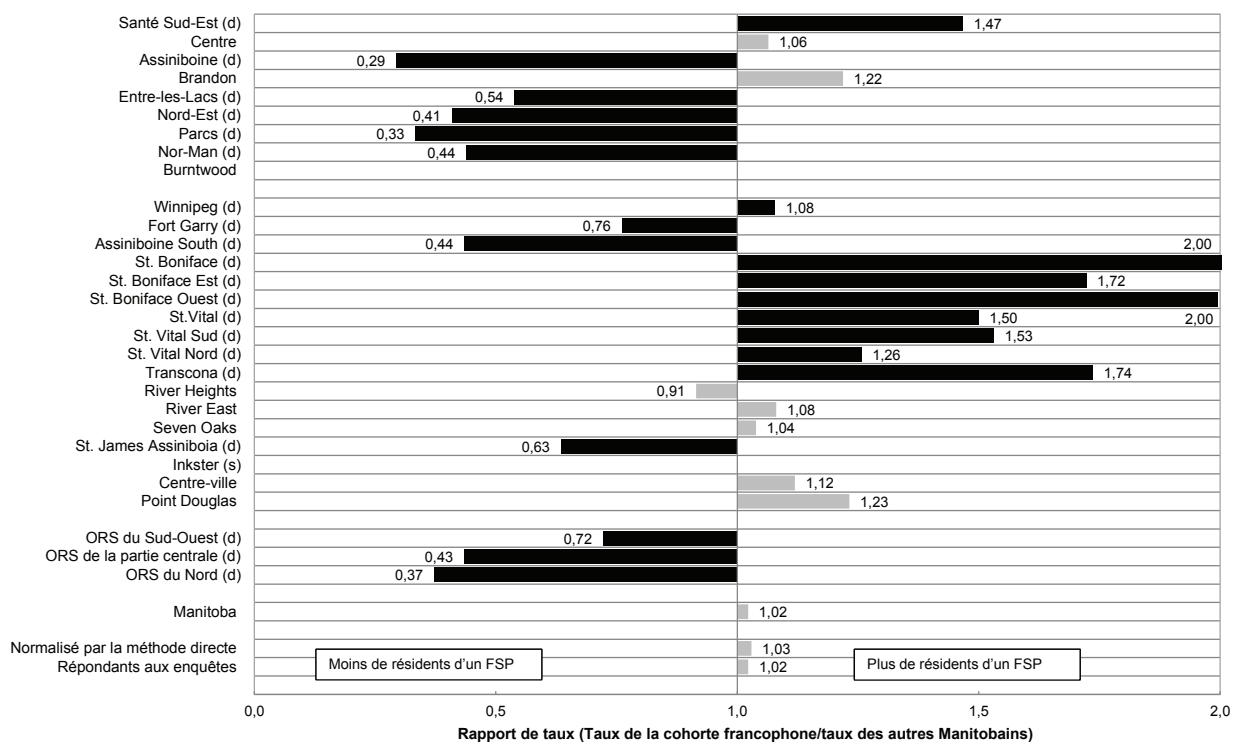
- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'admission dans un FSP entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,05), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,90).
- On constate toutefois certaines différences significatives à Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,60) et à Saint–Boniface (rapport de taux : 1,54), plus particulièrement à Saint–Boniface Ouest (rapport de taux : 1,61), où les taux des francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et à Saint–Vital Sud (rapport de taux : 0,48), où le taux d'admission dans un FSP de la cohorte francophone est moins élevé.
- Les taux d'admission dans un FSP des francophones de la plupart des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Saint–Vital Nord, dont le taux est plus élevé que le taux des francophones à l'échelle provinciale, et de ceux de Saint–Vital Sud, dont le taux est moins élevé (Tableau 12.8.1).

12.2 Résidents d'un foyer de soins personnels (FSP)

Les résidents d'un foyer de soins personnels (FSP) sont les résidents d'une région âgés de 75 ans et plus qui vivent actuellement dans un FSP. Le pourcentage de résidents d'un FSP a été calculé en divisant le nombre de résidents d'une région âgés de 75 ans et plus vivant dans un FSP par le nombre total de résidents de la région âgés de 75 ans et plus. La région de résidence a été assignée en fonction du lieu où se trouve le FSP dans lequel vit le résident. Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 12.2.1 : Résidents d'un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 75 ans et plus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les pourcentages de résidents d'un FSP entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,02).
- Il semble toutefois que dans les régions où des FSP bilingues existent, des pourcentages plus élevés de francophones vivent dans un FSP, tandis que dans les régions où il n'y a pas de FSP bilingues, des pourcentages moins élevés de francophones vivent dans un FSP. Par exemple, les taux des

francophones de Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,47), de Saint-Boniface (rapport de taux : 2,00) et de Saint-Vital (rapport de taux : 1,50) sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Par contre, les taux des francophones des ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 0,72), des ORS de la partie centrale (rapport de taux : 0,43) et des ORS du Nord (rapport de taux : 0,37) sont moins élevés.

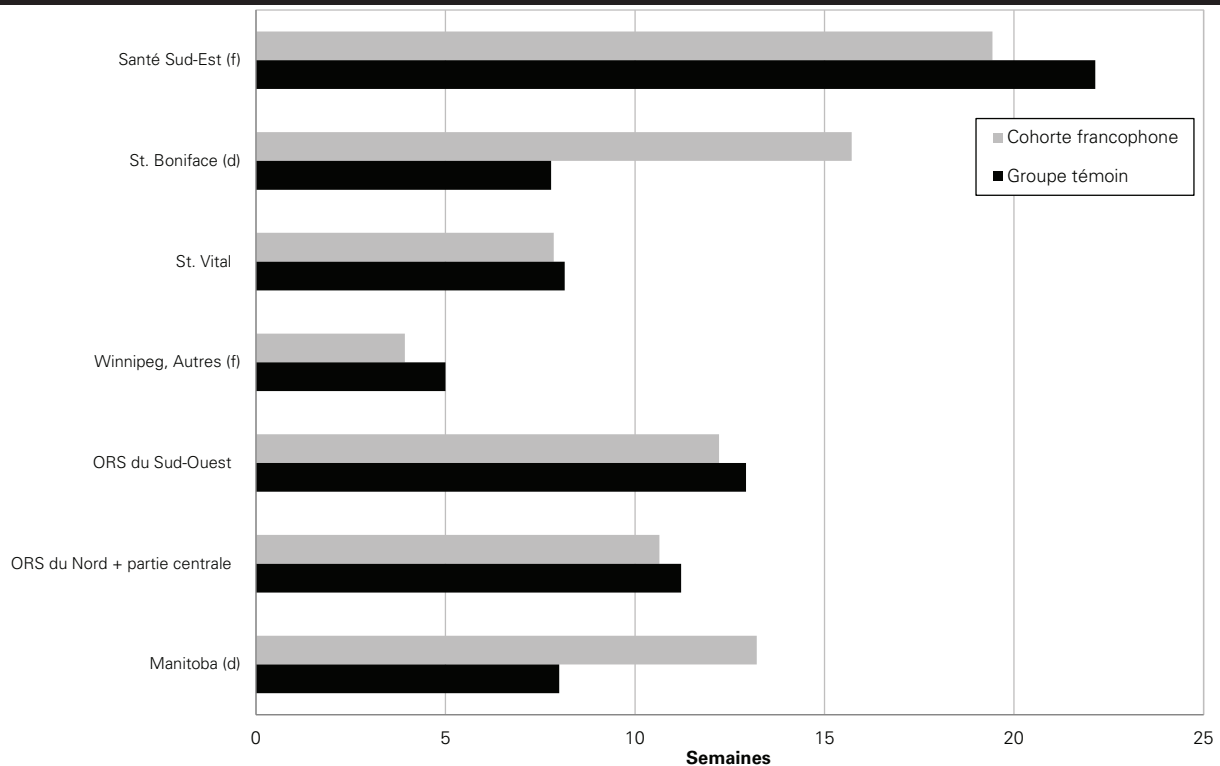
- Dans la plupart des régions, le pourcentage de francophones vivant dans un FSP variait considérablement par rapport au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 12.8.2).

12.3 Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels

Le temps d'attente moyen pour être admis dans un FSP correspond au nombre de semaines écoulées jusqu'à ce que la moitié des résidents évalués comme devant être placés dans un FSP aient été admis dans un FSP. Le temps d'attente moyen a été calculé en dressant la liste des temps d'attente (nombre de semaines) des résidents de 75 ans et plus de chaque région qui ont été admis dans un FSP, puis en établissant la moyenne. Le calcul a été effectué par région de résidence avant l'admission dans un FSP. Les temps d'attente moyens ont été calculés sur une période de cinq ans (2004-2005 à 2008-2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 12.3.1 : Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels, 2004-2005 à 2008-2009

Nombre moyen de semaines s'écoulant entre l'évaluation et l'admission dans un FSP par secteur de résidence, résidents de 75 ans et plus



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.
 « d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le temps d'attente moyen de la cohorte francophone est nettement supérieur à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (13,21 et 8,00 semaines respectivement).
- Dans la plupart des régions du Manitoba, le temps d'attente moyen des deux cohortes est similaire, sauf à Saint-Boniface, où il est nettement supérieur à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (15,71 et 7,79 semaines respectivement).
- Le temps d'attente moyen des francophones de la plupart des régions est similaire à celui des francophones à l'échelle provinciale sauf à Santé Sud-Est, où il est plus élevé (19,43 semaines), et dans les autres secteurs de Winnipeg, où il est moins élevé (3,93 semaines) (Tableau 12.8.3).

12.4 Emplacement du foyer de soins personnels (FSP)

Lorsqu'une personne est admise dans un FSP, elle doit parfois quitter la région où elle vivait jusque-là. La définition de cet indicateur s'applique a) au pourcentage de résidents âgés de 75 ans et plus qui ont été admis dans un FSP relevant de l'ORS de la région où ils habitaient; b) au pourcentage de résidents qui ont été admis dans un FSP relevant d'un autre ORS; c) au pourcentage de résidents qui ont été admis dans un FSP à Winnipeg. Une personne peut être admise dans un FSP qui ne relève pas de l'ORS de la région où elle habitait pour différentes raisons (p. ex., choix personnel, rapprochement avec la famille, disponibilité). Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009). Ils n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe et aucune analyse statistique n'a été effectuée.

Tableau 12.4.1 : Emplacement du foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Région	Cohorte et groupe	FSP relevant du même ORS	FSP relevant d'un autre ORS	FSP relevant de l'ORS de Winnipeg
Santé Sud-Est	Cohorte francophone	89,5%	s	10,5%
	Groupe témoin	90,9%	6,1%	3,0%
ORS du Sud-Ouest	Cohorte francophone	85,7%	4,8%	9,5%
	Groupe témoin	88,8%	3,4%	7,8%
ORS du Nord + partie centrale	Cohorte francophone	68,8%	6,3%	25,0%
	Groupe témoin	82,7%	3,6%	13,6%
ORS de Winnipeg	Cohorte francophone	97,6%	2,4%	n/a
	Groupe témoin	97,5%	2,5%	n/a
Manitoba	Cohorte francophone	94,5%	2,3%	3,2%
	Groupe témoin	95,0%	2,9%	2,1%

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, on constate une tendance similaire entre les deux cohortes au chapitre de l'emplacement du FSP où les résidents sont admis.
- Les ORS du Nord et les ORS de la partie centrale font exception, où 68,8 % des membres de la cohorte francophone ont été admis dans un FSP relevant de l'ORS de la région où ils habitaient, comparativement à 82,7 % dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les francophones qui n'ont pas été admis dans un FSP relevant de l'ORS de la région où ils habitaient sont plus portés à être admis dans un FSP de Winnipeg.

12.5 Provenance des résidents des foyers de soins personnels (FSP)

Les personnes qui se trouvent actuellement dans un FSP peuvent avoir vécu dans une région relevant d'un autre ORS avant d'être admises dans le FSP. La définition de cet indicateur s'applique a) au pourcentage de résidents qui, avant leur admission, vivaient dans la région relevant du même ORS (ORS d'origine); b) le pourcentage de résidents qui vivaient dans une région relevant d'un autre ORS; c) le pourcentage de résidents qui vivaient dans un secteur relevant de l'ORS de Winnipeg. Les taux ont été calculés sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009). Ils n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe et aucune analyse statistique n'a été effectuée.

Tableau 12.5.1 : Provenance des résidents des foyers de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Région	Cohorte et groupe	Résidents relevant du même ORS	Résidents relevant d'un autre ORS	Résidents relevant de l'ORS de Winnipeg
Santé Sud-Est	Cohorte francophone	90,4%	2,1%	7,4%
	Groupe témoin	92,8%	2,1%	5,2%
ORS du Sud-Ouest	Cohorte francophone	90,0%	2,5%	7,5%
	Groupe témoin	84,7%	5,6%	9,7%
ORS du Nord + partie centrale	Cohorte francophone	100,0%	s	s
	Groupe témoin	93,8%	3,1%	3,1%
ORS de Winnipeg	Cohorte francophone	95,7%	4,3%	n/a
	Groupe témoin	97,1%	2,9%	n/a
Manitoba	Cohorte francophone	94,5%	3,7%	1,8%
	Groupe témoin	95,0%	3,2%	1,8%

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, on constate une tendance similaire entre les deux cohortes au chapitre de la provenance des résidents admis dans un FSP. La grande majorité des résidents vivent dans un FSP relevant de l'ORS de la région où ils habitaient.
- Dans les ORS du Nord et les ORS de la partie centrale, 100 % des membres de la cohorte francophone vivent actuellement dans un FSP de la région où ils habitaient, comparativement à 93,8 % dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains.

12.6 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 12.6.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Admissions dans un FSP	2004-2005 à 2008-2009	5,47%	5,18%	1,06	2,15%	2,39%	0,90
Résidents d'un FSP	2004-2005 à 2008-2009	23,72%	23,05%	1,03	7,40%	7,24%	1,02

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

12.7 Constatations de l'analyse documentaire

- Un groupe de recherche a rapporté que la disponibilité des services en français à l'intention des francophones plus âgés de l'est de l'Ontario était relativement bonne, mais que cette disponibilité variait d'une région à l'autre. Le groupe a constaté que les francophones de 65 ans et plus forment 20,2 % de ce groupe d'âge à Ottawa et que 17,9 % des places en foyer de soins personnels se trouvent dans des établissements bilingues. Les auteurs font une distinction entre les établissements bilingues (où la majorité du personnel parle français et où vivent des francophones et des anglophones) et les établissements francophones (où il n'y a que des francophones). Le temps d'attente des francophones d'Ottawa pour obtenir une place dans un foyer de soins personnels francophone s'établissait à cinq ans (PGF/GTA Recherche pour le Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario, 2002).

12.8 Tableaux supplémentaires

Tableau 12.8.1 : Résidents admis dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 75 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,60 (1,19 - 2,16)	5,61 (4,36 - 7,21)	3,50 (2,82 - 4,32)
Winnipeg	1,02 (0,90 - 1,17)	6,40 (5,55 - 7,38)	6,25 (5,68 - 6,89)
St. Boniface (d)	1,54 (1,24 - 1,92)	6,67 (5,57 - 7,99)	4,30 (3,59 - 5,16)
St. Boniface Est	1,31 (0,78 - 2,18)	5,99 (3,90 - 9,20)	4,58 (3,35 - 6,26)
St. Boniface Ouest (d)	1,61 (1,26 - 2,05)	6,78 (5,62 - 8,18)	4,22 (3,43 - 5,18)
St. Vital	0,90 (0,65 - 1,26)	4,57 (3,32 - 6,29)	5,49 (4,53 - 6,65)
St. Vital Sud (f,d)	0,48 (0,24 - 0,94)	1,92 (1,05 - 3,52)	4,01 (2,87 - 5,59)
St. Vital Nord (f)	1,36 (0,98 - 1,89)	9,03 (6,80 - 11,99)	6,63 (5,34 - 8,22)
Winnipeg, autres	0,86 (0,68 - 1,10)	6,29 (4,93 - 8,04)	7,28 (6,40 - 8,29)
ORS du Sud-Ouest	0,96 (0,71 - 1,30)	5,40 (4,07 - 7,18)	5,65 (4,75 - 6,71)
ORS de la région centrale	0,78 (0,50 - 1,23)	4,00 (2,65 - 6,05)	5,10 (4,15 - 6,27)
ORS du Nord (s)	s	s	2,20 (0,99 - 4,93)
Manitoba	1,05 (0,94 - 1,17)	5,95 (5,32 - 6,66)	5,68 (5,41 - 5,95)
Normalisé par la méthode directe	1,06 (0,96 - 1,16)	5,47 (5,01 - 5,93)	5,18 (4,92 - 5,44)
Répondants aux enquêtes	0,90 (0,49 - 1,31)	2,15 (1,24 - 3,07)	2,39 (2,09 - 2,69)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 12.8.3 : Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Nombre moyen de semaines s'écoulant entre l'évaluation et l'admission dans un FSP par secteur de résidence, résidents de 75 ans et plus

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (f)	19,43 (14,43 - 27,14)	22,14 (17,29 - 26,57)
St. Boniface (d)	15,71 (13,00 - 21,00)	7,79 (4,86 - 11,71)
St. Vital	7,86 (4,07 - 16,29)	8,14 (4,86 - 14,00)
Winnipeg, Autres (f)	3,93 (2,29 - 8,64)	5,00 (3,71 - 5,86)
ORS du Sud-Ouest	12,21 (7,43 - 18,71)	12,93 (10,89 - 16,43)
ORS du Nord + partie centrale	10,64 (8,00 - 15,14)	11,21 (8,32 - 17,29)
Manitoba (d)	13,21 (11,86 - 15,14)	8,00 (6,75 - 9,00)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 12.8.2 : Résidents d'un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents de 75 ans et plus

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,47 (1,29 - 1,67)	26,85 (24,14 - 29,88)	18,30 (16,82 - 19,92)
Centre (f)	1,06 (0,88 - 1,28)	21,21 (18,02 - 24,97)	19,93 (18,03 - 22,03)
Assiniboine (f,d)	0,29 (0,20 - 0,42)	10,49 (7,32 - 15,04)	35,78 (32,69 - 39,15)
Brandon	1,22 (0,75 - 1,97)	29,18 (19,35 - 43,99)	23,94 (18,52 - 30,93)
Entre-les-Lacs (d)	0,54 (0,36 - 0,81)	16,59 (11,35 - 24,23)	30,82 (26,68 - 35,61)
Nord-Est (f,d)	0,41 (0,27 - 0,61)	11,72 (8,02 - 17,13)	28,67 (25,17 - 32,66)
Parcs (f,d)	0,33 (0,17 - 0,66)	5,19 (2,70 - 9,98)	15,55 (12,57 - 19,23)
Nor-Man (f,d)	0,44 (0,20 - 0,98)	8,15 (3,88 - 17,11)	18,56 (13,60 - 25,32)
Burntwood	0,00 (0,00 - 0,00)	0,00 (0,00 - 0,00)	23,75 (11,87 - 47,52)
Winnipeg (f,d)	1,08 (1,03 - 1,13)	29,13 (27,54 - 30,82)	27,02 (26,23 - 27,83)
Fort Garry (d)	0,76 (0,62 - 0,93)	28,25 (23,34 - 34,19)	37,13 (34,42 - 40,06)
Assiniboine South (d)	0,44 (0,29 - 0,65)	23,91 (15,99 - 35,74)	54,95 (50,92 - 59,30)
St. Boniface (d)	2,00 (1,81 - 2,22)	27,97 (26,01 - 30,08)	13,96 (12,80 - 15,23)
St. Boniface Est (d)	1,72 (1,30 - 2,28)	22,17 (17,75 - 27,67)	12,87 (10,76 - 15,39)
St. Boniface Ouest (d)	2,00 (1,78 - 2,24)	28,70 (26,57 - 31,01)	14,38 (13,01 - 15,89)
St.Vital (f,d)	1,50 (1,33 - 1,69)	35,68 (32,34 - 39,37)	23,79 (21,96 - 25,78)
St. Vital Sud (f,d)	1,53 (1,30 - 1,80)	47,83 (42,37 - 53,99)	31,24 (27,82 - 35,07)
St. Vital Nord (d)	1,26 (1,05 - 1,51)	24,76 (21,19 - 28,92)	19,69 (17,65 - 21,97)
Transcona (d)	1,74 (1,05 - 2,88)	32,10 (21,29 - 48,39)	18,48 (13,69 - 24,94)
River Heights	0,91 (0,66 - 1,27)	26,85 (19,41 - 37,14)	29,36 (27,69 - 31,13)
River East	1,08 (0,78 - 1,51)	19,28 (14,05 - 26,46)	17,84 (16,00 - 19,90)
Seven Oaks	1,04 (0,63 - 1,70)	28,43 (18,50 - 43,68)	27,38 (21,32 - 35,15)
St. James Assiniboia (d)	0,63 (0,44 - 0,91)	26,72 (18,85 - 37,87)	42,11 (38,09 - 46,54)
Inkster (s)	s	s	43,60 (31,13 - 61,08)
Centre-ville	1,12 (0,86 - 1,46)	30,59 (24,24 - 38,60)	27,33 (23,75 - 31,44)
Point Douglas	1,23 (0,73 - 2,08)	31,02 (19,75 - 48,72)	25,18 (19,16 - 33,07)
ORS du Sud-Ouest (f,d)	0,72 (0,62 - 0,84)	19,03 (16,50 - 21,96)	26,38 (24,61 - 28,27)
ORS de la partie centrale (f,d)	0,43 (0,33 - 0,56)	11,16 (8,70 - 14,32)	25,73 (23,56 - 28,09)
ORS du Nord (f,d)	0,37 (0,17 - 0,82)	7,24 (3,45 - 15,19)	19,45 (14,65 - 25,81)
Manitoba	1,02 (0,98 - 1,07)	26,52 (25,34 - 27,74)	25,94 (25,42 - 26,45)
Normalisé par la méthode directe	1,03 (0,99 - 1,07)	23,72 (22,87 - 24,58)	23,05 (22,56 - 23,54)
Répondants aux enquêtes	1,02 (0,61 - 1,44)	7,40 (4,60 - 10,20)	7,24 (6,39 - 8,08)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 13 : Utilisation d'ordonnances

Indicateurs dans ce chapitre :

- 13.1 Utilisation de produits pharmaceutiques
- 13.2 Nombre de médicaments différents dispensés
- 13.3 Ordonnances d'antibiotiques
- 13.4 Ordonnances d'antidépresseurs
- 13.5 Comparaison des taux entre les échantillons
- 13.6 Constatation de l'analyse documentaire
- 13.7 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, il n'y a pas de différences au chapitre des indicateurs liés aux médicaments sur ordonnance entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- On constate toutefois des différences entre les deux cohortes selon la région où les gens demeurent, parfois à la hausse, parfois à la baisse. Par exemple, les taux de prescription d'antidépresseurs, qui font partie des produits pharmaceutiques inclus dans la présente étude, ne sont pas différents à l'échelle provinciale, mais sont plus élevés dans plusieurs régions de la province.
- Il existe certaines variations parmi les francophones selon la région où ils vivent en ce qui concerne le nombre de médicaments différents dispensés, qui est plus élevé dans certaines régions et moins élevé dans d'autres.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 13.0 : Sommaire des indicateurs de l'utilisation d'ordonnances comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Utilisation de produits pharmaceutiques, 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↕	
Parcs (d)		
Nombre de médicaments différents dispensés, 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↓
SE Sud (d)	↓	
Assiniboine (d)	↓	
Brandon (f)		↑
Entre-les-Lacs (d)	↓	
Nord-Est (d)	↓	
Parcs (d)	↓	
Burntwood (f)		↑
St. Boniface		
St. Boniface Est (f)		↓
St. Vital		
St. Vital Sud (f,d)	↓	↓
St. Vital Nord (d)	↑	
Transcona (d)	↑	
River Heights (d)	↕	
Inkster (f)		↑
Centre-ville (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
ORS de la partie centrale (d)	↓	
ORS du Nord (f)		↑
Normalisé par la méthode directe (d)	↓	
Ordonnances d'antibiotiques, 2008-2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (d)	↕	
Assiniboine (d)		
Nord-Est (f)		↑
Parcs (d)	↓	
St. Vital (d)		
Transcona (f)		↑
Seven Oaks (f)		↑
Point Douglas (f)		↑
Ordonnances d'antidépresseurs, 2008-2009		
Manitoba		
St. Vital		
St. Vital Nord (d)	↑	
Centre-ville (d)	↑	
ORS du Sud-Ouest (d)	↑	
Normalisé par la méthode directe (d)	↑	
Répondants aux enquêtes (d)	↑	

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

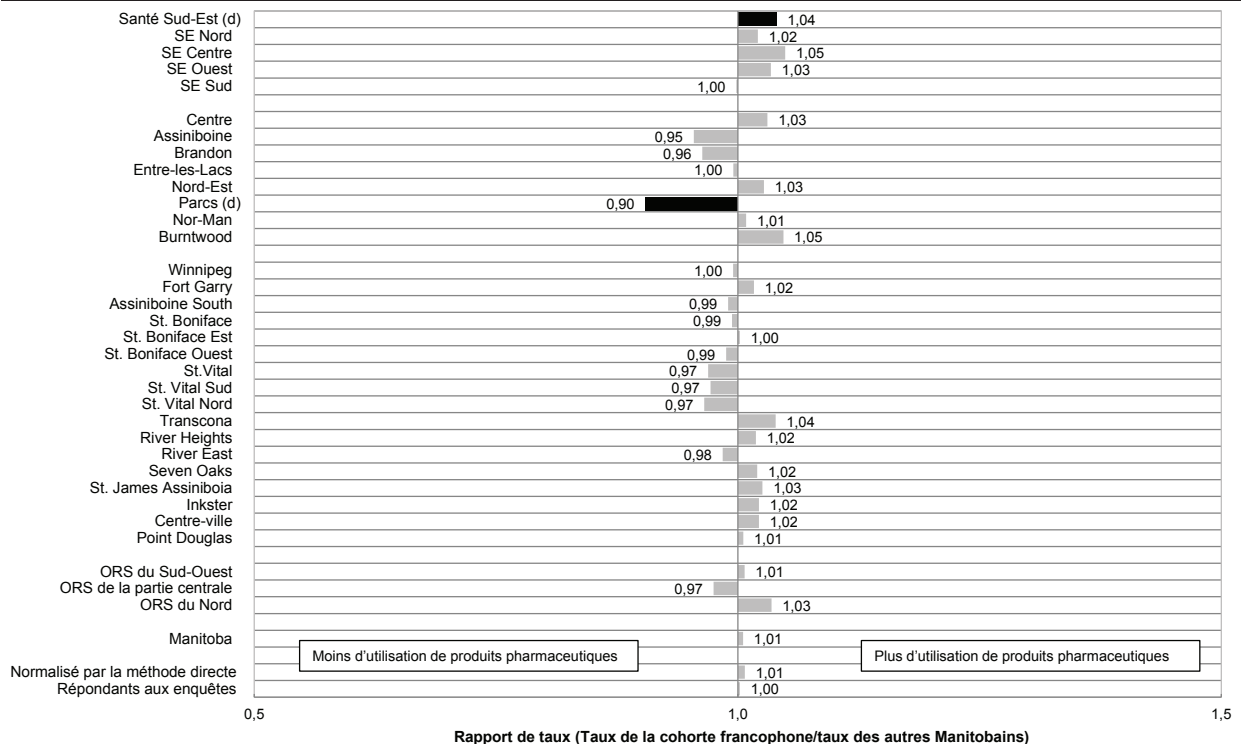
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

13.1 Utilisation de produits pharmaceutiques

L'utilisation de produits pharmaceutiques est une mesure de l'utilisation, par les résidents, de médicaments prescrits, dont les médicaments sur ordonnance inscrits dans le **Réseau pharmaceutique informatisé** du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba. La définition d'utilisation de produits pharmaceutiques s'applique à la proportion de résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée au cours d'une année donnée. Les taux ont été calculés sur une période d'un an (2008–2009), puis ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 13.1.1 : Utilisation de produits pharmaceutiques — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

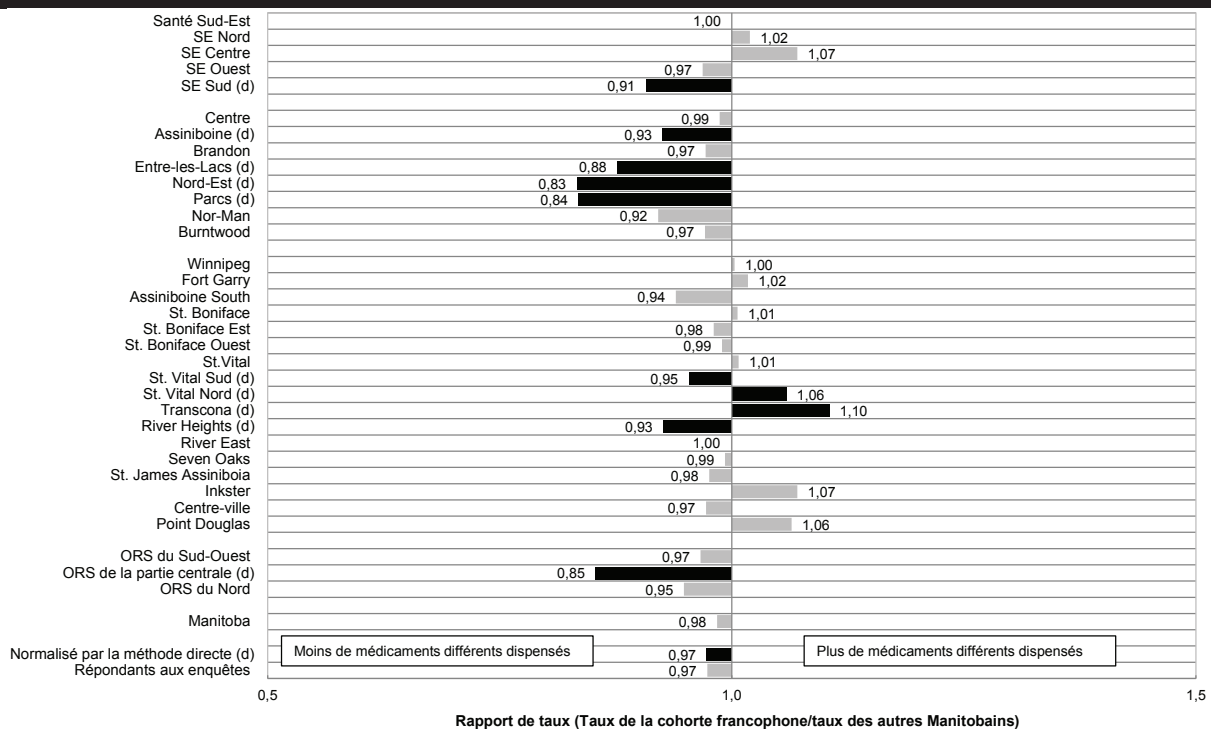
- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'utilisation de produits pharmaceutiques entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,01), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 1,00).
- On constate toutefois certaines différences significatives à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,04), où le taux d'utilisation de produits pharmaceutiques de la cohorte francophone est plus élevés que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et à l'ORS des Parcs (rapport de taux : 0,90), où le taux d'utilisation de produits pharmaceutiques de la cohorte francophone est moins élevé.
- Les taux d'utilisation de produits pharmaceutiques des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 13.7.1).

13.2 Nombre de médicaments différents dispensés

Cet indicateur correspond au nombre moyen de différents types de médicament dispensés aux résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée dans l'année. On le calcule en divisant le nombre de différents types de médicaments dispensés à chaque résident dont au moins une ordonnance a été exécutée par le nombre de résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée. Le nombre de médicaments différents dispensés a été calculé sur une période d'un an (2008–2009), puis ajusté selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 13.2.1 : Nombre de médicaments différents dispensés — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009
Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans le nombre de médicaments différents dispensés entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,97).¹⁸
- Dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 0,85), dans le district Sud de Santé Sud–Est (rapport de taux : 0,91), à l'ORS Assiniboine (rapport de taux : 0,93), à l'ORS d'Entre–les–Lacs (rapport de taux : 0,88), à l'ORS du Nord–Est (rapport de taux : 0,83), à l'ORS des Parcs (rapport de taux :

18 Il convient de noter que l'analyse des taux normalisés par la méthode directe indique que, même si les taux sont similaires, il y a des différences statistiquement significatives. La normalisation par la méthode directe est moins rigoureuse que la méthode de modélisation utilisée pour la plupart des analyses.

0,84), à Saint-Vital Sud (rapport de taux : 0,95) et à River Heights (rapport de taux : 0,93), le nombre de médicaments différents dispensés à la cohorte francophone est nettement inférieur à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains. À Saint-Vital Nord (rapport de taux : 1,06) et à Transcona (rapport de taux : 1,10), ce nombre est plus élevé dans la cohorte francophone.

- Le nombre de médicaments différents dispensés aux francophones de nombreuses régions est similaire à celui des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Nord, de l'ORS de Brandon, de l'ORS de Burntwood, d'Inkster, du centre-ville, et de Point Douglas, dont le nombre est plus élevé, et ceux du secteur Ouest de Santé Sud-Est, de Saint-Boniface Est et de Saint-Vital Sud, dont le nombre est moins élevé (Tableau 13.7.2).

Tableau 13.2.1 : Régression binomiale négative du nombre de médicaments différents dispensés

Modèle de base

Covariables	Risque relatif (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,02 (0,98 - 1,05)
Âge	1,02 (1,02 - 1,02)
Hommes (vs femmes)	0,86 (0,84 - 0,87)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,97 (0,95 - 0,99)
Partie centrale	1,08 (1,05 - 1,11)
Nord	1,28 (1,24 - 1,33)
Brandon	1,07 (1,03 - 1,11)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 13.2.2 : Régression binomiale négative du nombre de médicaments différents dispensés

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)	Valeur prédictive
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,02 (0,98 - 1,06)	0,2901
Âge	1,01 (1,01 - 1,01)	<0,0001
Hommes (vs femmes)	0,90 (0,88 - 0,91)	<0,0001
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)		
Sud-Ouest	0,96 (0,94 - 0,98)	0,0003
Partie centrale	1,06 (1,04 - 1,09)	<0,0001
Nord	1,26 (1,22 - 1,31)	<0,0001
Brandon	1,06 (1,02 - 1,10)	0,0011
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	0,94 (0,92 - 0,96)	<0,0001
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,00 (1,00 - 1,00)	<0,0001
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,95 (0,93 - 0,97)	<0,0001
Occupe un emploi (vs non)	0,79 (0,77 - 0,81)	<0,0001
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	0,97 (0,95 - 0,99)	0,0014
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,92 (0,90 - 0,95)	<0,0001
Usage du tabac (vs non)	1,10 (1,07 - 1,12)	<0,0001
Indice de masse corporelle	1,02 (1,02 - 1,02)	<0,0001
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)		
Actif	0,90 (0,88 - 0,93)	<0,0001
Modérément actif	0,89 (0,87 - 0,91)	<0,0001
Consommation de fruits et légumes au moins 5 fois par jour (vs 0-4)	1,02 (0,99 - 1,04)	0,2032

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les Tableaux 13.2.1 et 13.2.2 rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique liés au nombre de médicaments différents dispensés, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et le nombre d'ordonnances de médicaments différents exécutées par les résidents est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet

qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base sont conformes aux résultats de l'analyse initiale, à savoir que les tendances quant à l'exécution des ordonnances des médicaments prescrits sont les mêmes chez les francophones que chez les autres Manitobains (risque relatif : 1,02).

Comme les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie sont des prédicteurs importants de ces tendances, nous les avons inclus afin de voir s'ils pouvaient expliquer l'absence de différences entre le fait d'être francophone et le nombre de médicaments différents consommés. Les résultats portent à croire que la relation est essentiellement la même dans le modèle complet après l'ajout des facteurs supplémentaires (risque relatif : 1,02). Cela confirme que les francophones, en tant que groupe, prennent le même nombre de médicaments différents que les autres Manitobains, même après la prise en compte de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie.

13.3 Ordonnances d'antibiotiques

Un antibiotique est un type de médicament habituellement prescrit pour traiter une infection bactérienne. Le pourcentage de résidents ayant reçu une ordonnance d'antibiotiques est calculé en divisant le nombre de résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antibiotiques au cours d'une année par le nombre de résidents. Le pourcentage de résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antibiotiques a été calculé sur une période d'un an (2008–2009), puis ajusté selon l'âge et le sexe.

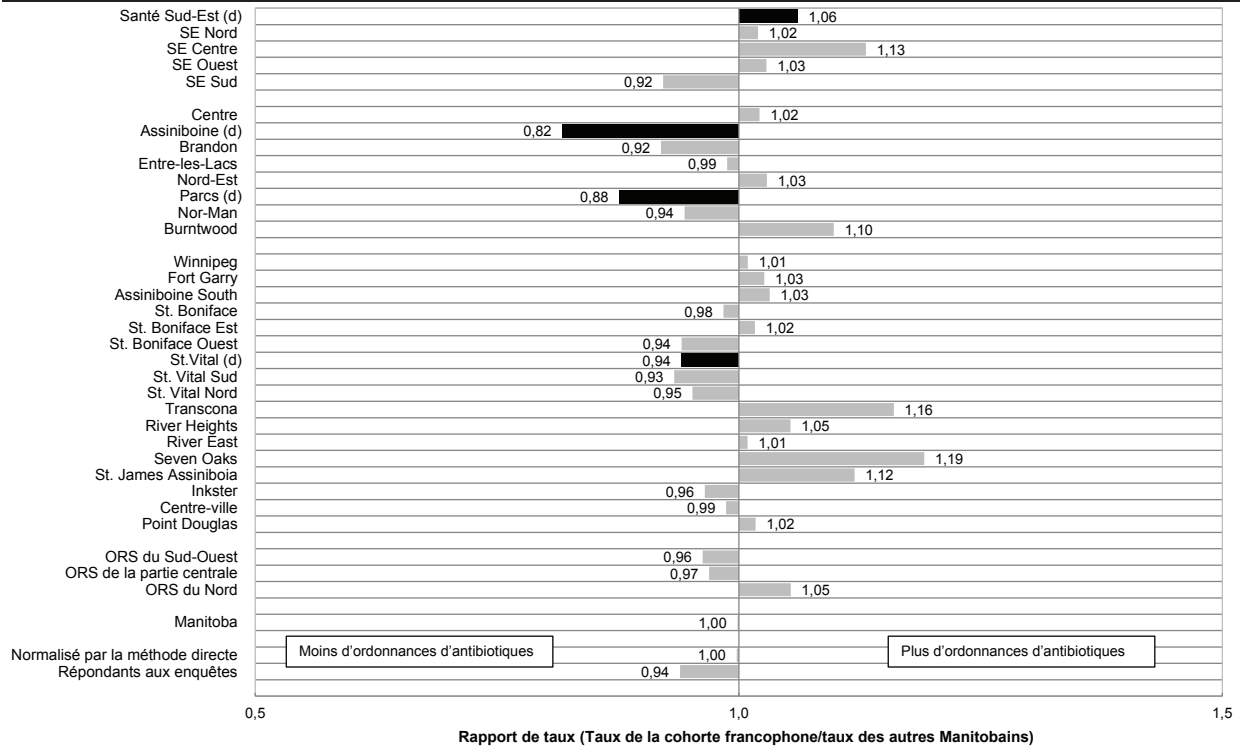
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'ordonnance d'antibiotiques entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,00), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,94).
- On constate toutefois des différences significatives à Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,06), où le taux d'ordonnance d'antibiotiques des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains, et à l'ORS Assiniboine (rapport de taux : 0,82), à l'ORS des Parcs (rapport de taux : 0,88) et à Saint–Vital (rapport de taux : 0,94), où les taux d'ordonnance d'antibiotiques des francophones sont moins élevés.
- Les taux d'ordonnance d'antibiotiques des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de l'ORS du Nord–Est, de Transcona, de Seven Oaks, et de Point Douglas, dont les taux sont plus élevés (Tableau 13.7.3).

Figure 13.3.1 : Ordonnances d'antibiotiques — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antibiotiques



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

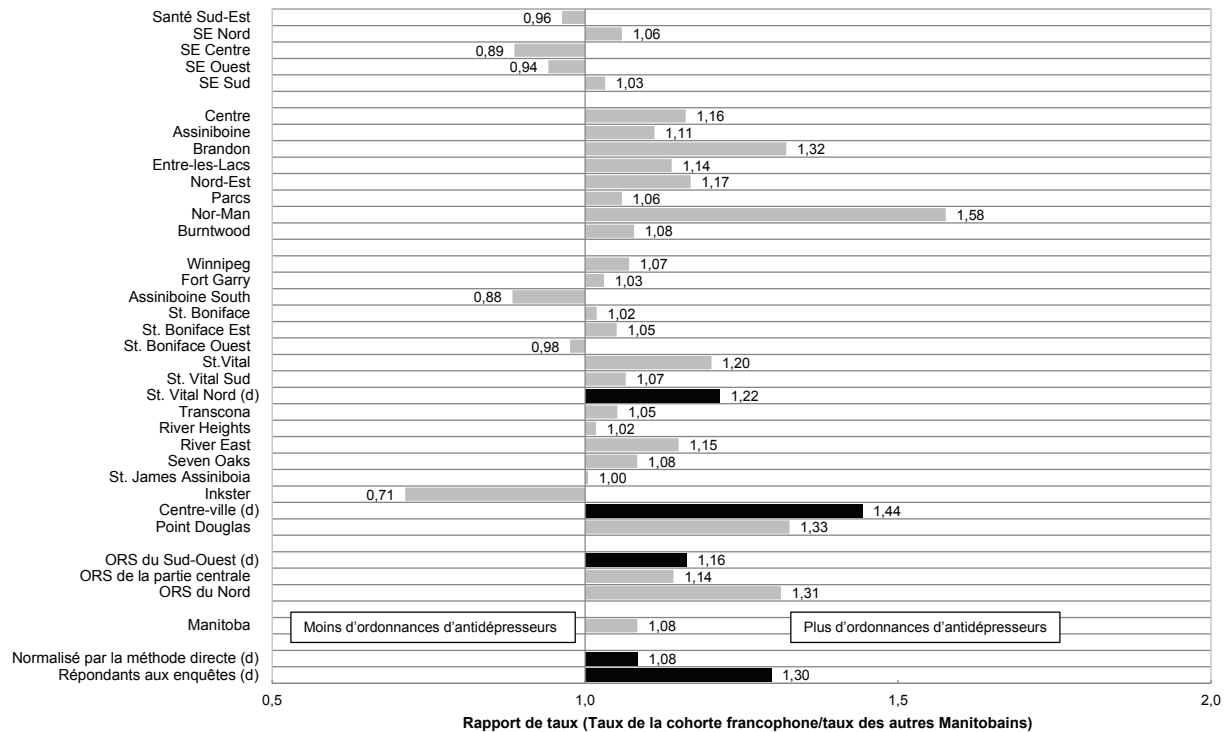
13.4 Ordonnances d'antidépresseurs

Un antidépresseur est un type de médicament utilisé pour aider les personnes qui souffrent de dépression, de troubles anxieux et d'autres problèmes de santé. Le pourcentage de résidents ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs est calculé en divisant le nombre de résidents ayant reçu au moins deux ordonnances d'antidépresseurs au cours d'une année par le nombre de résidents.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 13.4.1 : Ordonnances d'antidépresseurs — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antidépresseurs



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'ordonnance d'antidépresseurs entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,08). Une différence est observée avec l'échantillon d'enquêtes (rapport de taux : 1,30). Les rapports des taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes sont le fruit du hasard.¹⁹
- On constate toutefois des différences significatives dans les ORS du Sud-Ouest (rapport de taux : 1,16), à Saint-Vital Nord (rapport de taux : 1,22) et au centre-ville (rapport de taux : 1,44), où les taux d'ordonnance d'antidépresseurs des francophones sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'ordonnance d'antidépresseurs des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 13.7.4).

13.5 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones).

¹⁹ Il convient de noter que l'analyse des taux normalisés par la méthode directe indique que, même si les taux sont similaires, il y a des différences statistiquement significatives. La normalisation par la méthode directe est moins rigoureuse que la méthode de modélisation utilisée pour la plupart des analyses.

L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 13.5.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes Indicateurs

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux ajusté des francophones	Taux ajusté des autres Manitobains	Rapport de taux ajusté
Utilisation de produits pharmaceutiques	2008-2009	70,57%	70,06%	1,01	72,01%	71,86%	1,00
Nombre de médicaments différents dispensés	2008-2009	4,01	4,12	0,97 (d)	3,90	4,00	0,97
Ordonnances d'antibiotiques	2008-2009	32,98%	33,05%	1,00	32,54%	34,64%	0,94
Ordonnances d'antidépresseurs	2008-2009	9,89%	9,12%	1,08 (d)	11,52%	8,88%	1,30 (d)

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

13.6 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Kopec, Williams, To et Austin ont rapporté que les Canadiens–Français déclarent prendre moins de médicaments que les Canadiens–Anglais (2000).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) n'a pas relevé de différences au chapitre de l'utilisation des médicaments entre la population francophone et l'ensemble de la population. En Ontario, 81 % des francophones avaient pris des médicaments au cours du mois précédent, comparativement à 79 % pour l'ensemble de la population de la province (2010).
- *Dans la présente étude, aucune différence n'est constatée au chapitre de l'utilisation de médicaments sur ordonnance entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains. Cependant, dans plusieurs régions du Manitoba, les francophones sont moins portés à prendre des médicaments sur ordonnance. Après une nouvelle analyse de l'indicateur qu'est le nombre de médicaments différents dispensés auprès d'un échantillon plus petit à l'aide de données d'enquête représentatives et en prenant en compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie, aucun lien n'a été établi entre le fait d'être francophone et l'utilisation de médicaments sur ordonnance.*

13.7 Tableaux supplémentaires

Tableau 13.7.1 : Utilisation de produits pharmaceutiques, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,04 (1,01 - 1,07)	65,75 (63,87 - 67,68)	63,21 (62,13 - 64,32)
SE Nord	1,02 (0,97 - 1,07)	66,00 (63,45 - 68,66)	64,66 (62,89 - 66,47)
SE Centre	1,05 (0,94 - 1,17)	65,51 (59,15 - 72,55)	62,45 (60,72 - 64,22)
SE Ouest	1,03 (0,98 - 1,09)	66,57 (63,79 - 69,46)	64,36 (62,24 - 66,55)
SE Sud	1,00 (0,86 - 1,16)	60,38 (52,64 - 69,25)	60,47 (57,29 - 63,83)
Centre	1,03 (0,99 - 1,08)	66,45 (63,88 - 69,13)	64,47 (62,98 - 66,00)
Assiniboine	0,95 (0,88 - 1,03)	65,48 (61,06 - 70,22)	68,60 (65,97 - 71,34)
Brandon	0,96 (0,86 - 1,08)	72,28 (65,55 - 79,70)	75,04 (70,87 - 79,45)
Entre-les-Lacs	1,00 (0,91 - 1,09)	67,28 (62,08 - 72,90)	67,60 (64,52 - 70,82)
Nord-Est	1,03 (0,95 - 1,11)	71,33 (66,46 - 76,56)	69,45 (66,63 - 72,40)
Parcs (d)	0,90 (0,83 - 0,99)	64,10 (59,38 - 69,20)	70,88 (67,96 - 73,92)
Nor-Man	1,01 (0,85 - 1,20)	68,02 (58,45 - 79,17)	67,44 (61,57 - 73,87)
Burntwood	1,05 (0,90 - 1,22)	71,05 (62,45 - 80,83)	67,85 (62,79 - 73,32)
Winnipeg	1,00 (0,98 - 1,02)	67,41 (65,99 - 68,85)	67,73 (66,90 - 68,58)
Fort Garry	1,02 (0,95 - 1,09)	66,39 (62,27 - 70,78)	65,29 (62,90 - 67,78)
Assiniboine South	0,99 (0,85 - 1,15)	67,38 (58,79 - 77,24)	68,07 (63,36 - 73,13)
St. Boniface	0,99 (0,96 - 1,03)	66,98 (65,06 - 68,97)	67,39 (66,11 - 68,69)
St. Boniface Est	1,00 (0,96 - 1,05)	68,42 (65,70 - 71,26)	68,28 (66,67 - 69,92)
St. Boniface Ouest	0,99 (0,94 - 1,03)	65,52 (63,06 - 68,07)	66,32 (64,41 - 68,30)
St.Vital	0,97 (0,93 - 1,01)	66,44 (63,89 - 69,09)	68,55 (67,01 - 70,12)
St. Vital Sud	0,97 (0,92 - 1,03)	66,84 (63,58 - 70,26)	68,78 (66,83 - 70,78)
St. Vital Nord	0,97 (0,90 - 1,03)	65,83 (62,05 - 69,85)	68,21 (65,90 - 70,59)
Transcona	1,04 (0,93 - 1,16)	70,10 (63,66 - 77,19)	67,47 (63,77 - 71,38)
River Heights	1,02 (0,93 - 1,12)	67,28 (61,45 - 73,66)	66,05 (63,77 - 68,41)
River East	0,98 (0,91 - 1,06)	67,83 (63,08 - 72,93)	68,91 (66,78 - 71,09)
Seven Oaks	1,02 (0,88 - 1,19)	70,19 (61,61 - 79,97)	68,81 (63,72 - 74,32)
St. James Assiniboia	1,03 (0,92 - 1,14)	69,61 (63,16 - 76,72)	67,88 (64,33 - 71,63)
Inkster	1,02 (0,85 - 1,23)	73,19 (62,30 - 85,98)	71,63 (65,20 - 78,69)
Centre-ville	1,02 (0,94 - 1,11)	68,81 (64,01 - 73,97)	67,34 (64,50 - 70,31)
Point Douglas	1,01 (0,88 - 1,15)	71,89 (64,10 - 80,61)	71,47 (66,88 - 76,38)
ORS du Sud-Ouest	1,01 (0,97 - 1,04)	66,92 (64,71 - 69,20)	66,45 (65,16 - 67,77)
ORS de la partie centrale	0,97 (0,93 - 1,02)	67,60 (64,64 - 70,69)	69,34 (67,58 - 71,14)
ORS du Nord	1,03 (0,92 - 1,16)	69,98 (63,45 - 77,18)	67,61 (63,75 - 71,72)
Manitoba	1,01 (0,99 - 1,02)	66,98 (66,03 - 67,95)	66,62 (66,34 - 66,90)
Normalisé par la méthode directe	1,01 (1,00 - 1,02)	70,57 (70,07 - 71,06)	70,06 (69,77 - 70,35)
Répondants aux enquêtes	1,00 (0,95 - 1,06)	72,01 (68,22 - 75,79)	71,86 (70,96 - 72,76)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 13.7.2 : Nombre de médicaments différents dispensés, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents dont au moins une ordonnance a été exécutée

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,00 (0,95 - 1,05)	3,74 (3,57 - 3,92)	3,74 (3,58 - 3,91)
SE Nord	1,02 (0,98 - 1,06)	3,72 (3,58 - 3,87)	3,65 (3,53 - 3,79)
SE Centre	1,07 (1,00 - 1,15)	3,94 (3,68 - 4,21)	3,68 (3,55 - 3,82)
SE Ouest (f)	0,97 (0,93 - 1,01)	3,59 (3,44 - 3,73)	3,70 (3,57 - 3,84)
SE Sud (d)	0,91 (0,83 - 0,99)	3,76 (3,48 - 4,07)	4,15 (3,97 - 4,33)
Centre	0,99 (0,94 - 1,04)	3,73 (3,55 - 3,92)	3,78 (3,61 - 3,96)
Assiniboine (d)	0,93 (0,87 - 0,99)	3,80 (3,58 - 4,03)	4,10 (3,91 - 4,31)
Brandon (f)	0,97 (0,90 - 1,05)	4,37 (4,08 - 4,69)	4,50 (4,26 - 4,76)
Entre-les-Lacs (d)	0,88 (0,82 - 0,94)	4,07 (3,82 - 4,34)	4,64 (4,41 - 4,89)
Nord-Est (d)	0,83 (0,78 - 0,89)	4,09 (3,86 - 4,33)	4,91 (4,67 - 5,15)
Parcs (d)	0,84 (0,78 - 0,89)	3,97 (3,73 - 4,23)	4,75 (4,52 - 5,00)
Nor-Man	0,92 (0,83 - 1,02)	4,33 (3,96 - 4,73)	4,70 (4,40 - 5,03)
Burntwood (f)	0,97 (0,89 - 1,06)	5,10 (4,71 - 5,53)	5,26 (4,94 - 5,59)
Winnipeg	1,00 (0,97 - 1,03)	3,96 (3,85 - 4,07)	3,95 (3,84 - 4,05)
Fort Garry	1,02 (0,96 - 1,08)	3,74 (3,54 - 3,97)	3,68 (3,51 - 3,86)
Assiniboine South	0,94 (0,85 - 1,04)	3,66 (3,35 - 4,00)	3,90 (3,67 - 4,14)
St. Boniface	1,01 (0,96 - 1,06)	3,79 (3,62 - 3,97)	3,77 (3,60 - 3,94)
St. Boniface Est (f)	0,98 (0,94 - 1,02)	3,62 (3,48 - 3,77)	3,69 (3,57 - 3,82)
St. Boniface Ouest	0,99 (0,95 - 1,03)	3,88 (3,74 - 4,03)	3,92 (3,79 - 4,06)
St. Vital	1,01 (0,96 - 1,06)	3,86 (3,67 - 4,05)	3,83 (3,66 - 4,01)
St. Vital Sud (f,d)	0,95 (0,91 - 1,00)	3,59 (3,44 - 3,75)	3,77 (3,63 - 3,91)
St. Vital Nord (d)	1,06 (1,01 - 1,11)	4,12 (3,94 - 4,30)	3,89 (3,75 - 4,04)
Transcona (d)	1,10 (1,02 - 1,20)	4,22 (3,93 - 4,54)	3,82 (3,61 - 4,05)
River Heights (d)	0,93 (0,86 - 0,99)	3,92 (3,66 - 4,19)	4,23 (4,03 - 4,43)
River East	1,00 (0,94 - 1,06)	4,15 (3,91 - 4,40)	4,15 (3,96 - 4,35)
Seven Oaks	0,99 (0,90 - 1,09)	4,07 (3,74 - 4,44)	4,10 (3,85 - 4,38)
St. James Assiniboia	0,98 (0,90 - 1,05)	4,02 (3,75 - 4,32)	4,12 (3,91 - 4,35)
Inkster (f)	1,07 (0,95 - 1,20)	4,79 (4,33 - 5,29)	4,47 (4,16 - 4,81)
Centre-ville (f)	0,97 (0,91 - 1,04)	4,82 (4,54 - 5,12)	4,96 (4,72 - 5,21)
Point Douglas (f)	1,06 (0,98 - 1,16)	5,91 (5,49 - 6,36)	5,55 (5,23 - 5,89)
ORS du Sud-Ouest	0,97 (0,93 - 1,00)	3,81 (3,67 - 3,96)	3,94 (3,82 - 4,08)
ORS de la partie centrale (d)	0,85 (0,82 - 0,89)	4,03 (3,89 - 4,18)	4,73 (4,59 - 4,87)
ORS du Nord (f)	0,95 (0,89 - 1,01)	4,72 (4,47 - 4,98)	4,97 (4,78 - 5,17)
Manitoba	0,98 (0,94 - 1,03)	3,90 (3,73 - 4,07)	3,96 (3,95 - 3,98)
Normalisé par la méthode directe (d)	0,97 (0,96 - 0,98)	4,01 (3,98 - 4,03)	4,12 (4,10 - 4,13)
Répondants aux enquêtes	0,97 (0,91 - 1,03)	3,90 (3,66 - 4,14)	4,00 (3,94 - 4,07)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 13.7.3 : Ordonnances d'antibiotiques, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antibiotiques

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,06 (1,02 - 1,11)	32,05 (30,75 - 33,40)	30,21 (29,46 - 30,97)
SE Nord	1,02 (0,95 - 1,09)	31,57 (29,83 - 33,42)	30,96 (29,73 - 32,23)
SE Centre	1,13 (0,98 - 1,31)	32,22 (27,91 - 37,20)	28,48 (27,35 - 29,66)
SE Ouest	1,03 (0,96 - 1,11)	33,04 (31,11 - 35,09)	32,12 (30,62 - 33,69)
SE Sud	0,92 (0,74 - 1,15)	27,18 (22,11 - 33,40)	29,48 (27,29 - 31,85)
Centre	1,02 (0,96 - 1,09)	31,69 (29,93 - 33,56)	31,03 (30,00 - 32,09)
Assiniboine (d)	0,82 (0,73 - 0,92)	29,57 (26,64 - 32,82)	36,17 (34,26 - 38,18)
Brandon	0,92 (0,79 - 1,07)	39,36 (34,54 - 44,86)	42,81 (39,73 - 46,13)
Entre-les-Lacs	0,99 (0,87 - 1,12)	36,66 (32,85 - 40,91)	37,10 (34,83 - 39,53)
Nord-Est (f)	1,03 (0,92 - 1,15)	39,58 (35,93 - 43,59)	38,46 (36,34 - 40,70)
Parcs (d)	0,88 (0,78 - 0,98)	37,06 (33,49 - 41,01)	42,29 (40,03 - 44,67)
Nor-Man	0,94 (0,72 - 1,24)	30,89 (24,42 - 39,06)	32,72 (28,55 - 37,49)
Burntwood	1,10 (0,89 - 1,35)	38,00 (31,79 - 45,41)	34,60 (31,01 - 38,60)
Winnipeg	1,01 (0,95 - 1,07)	34,27 (32,15 - 36,53)	33,96 (32,08 - 35,94)
Fort Garry	1,03 (0,93 - 1,14)	33,61 (30,73 - 36,77)	32,75 (31,07 - 34,52)
Assiniboine South	1,03 (0,84 - 1,27)	36,27 (30,09 - 43,72)	35,14 (31,81 - 38,82)
St. Boniface	0,98 (0,94 - 1,03)	32,17 (30,85 - 33,55)	32,69 (31,80 - 33,60)
St. Boniface Est	1,02 (0,95 - 1,09)	32,45 (30,59 - 34,41)	31,91 (30,82 - 33,04)
St. Boniface Ouest	0,94 (0,88 - 1,01)	31,95 (30,24 - 33,75)	33,95 (32,56 - 35,41)
St. Vital (d)	0,94 (0,89 - 1,00)	32,92 (31,14 - 34,80)	34,99 (33,90 - 36,12)
St. Vital Sud	0,93 (0,86 - 1,01)	32,93 (30,67 - 35,36)	35,29 (33,90 - 36,73)
St. Vital Nord	0,95 (0,87 - 1,05)	32,90 (30,25 - 35,79)	34,56 (32,92 - 36,28)
Transcona (f)	1,16 (1,00 - 1,35)	40,02 (35,19 - 45,51)	34,49 (31,86 - 37,35)
River Heights	1,05 (0,92 - 1,20)	34,68 (30,57 - 39,36)	32,92 (31,35 - 34,58)
River East	1,01 (0,91 - 1,12)	35,66 (32,27 - 39,41)	35,34 (33,86 - 36,88)
Seven Oaks (f)	1,19 (0,97 - 1,46)	42,43 (35,79 - 50,30)	35,60 (31,94 - 39,69)
St. James Assiniboia	1,12 (0,96 - 1,30)	36,98 (32,36 - 42,27)	33,03 (30,59 - 35,67)
Inkster	0,96 (0,75 - 1,24)	38,23 (30,64 - 47,69)	39,62 (34,93 - 44,93)
Centre-ville	0,99 (0,88 - 1,10)	35,71 (32,38 - 39,38)	36,19 (34,17 - 38,32)
Point Douglas (f)	1,02 (0,86 - 1,21)	41,35 (35,64 - 47,96)	40,64 (37,27 - 44,31)
ORS du Sud-Ouest	0,96 (0,91 - 1,01)	32,00 (30,49 - 33,59)	33,25 (32,34 - 34,18)
ORS de la partie centrale	0,97 (0,89 - 1,06)	37,78 (34,74 - 41,08)	38,97 (36,50 - 41,62)
ORS du Nord	1,05 (0,88 - 1,26)	35,51 (30,47 - 41,38)	33,70 (30,39 - 37,37)
Manitoba	1,00 (0,98 - 1,02)	33,48 (32,81 - 34,17)	33,53 (33,25 - 33,81)
Normalisé par la méthode directe	1,00 (0,98 - 1,01)	32,98 (32,47 - 33,49)	33,05 (32,75 - 33,35)
Répondants aux enquêtes	0,94 (0,82 - 1,06)	32,54 (28,56 - 36,51)	34,64 (33,58 - 35,70)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 13.7.4 : Ordonnances d'antidépresseurs, 2008–2009

Ajusté selon l'âge et le sexe, résidents ayant reçu au moins une ordonnance d'antidépresseurs

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,96 (0,81 - 1,14)	7,34 (6,23 - 8,65)	7,62 (6,61 - 8,78)
SE Nord	1,06 (0,91 - 1,23)	7,62 (6,70 - 8,67)	7,20 (6,53 - 7,93)
SE Centre	0,89 (0,64 - 1,23)	7,72 (5,60 - 10,65)	8,71 (7,89 - 9,61)
SE Ouest	0,94 (0,79 - 1,12)	6,62 (5,72 - 7,67)	7,03 (6,29 - 7,86)
SE Sud	1,03 (0,66 - 1,61)	6,34 (4,19 - 9,60)	6,14 (5,13 - 7,36)
Centre	1,16 (0,96 - 1,40)	8,59 (7,18 - 10,28)	7,40 (6,37 - 8,61)
Assiniboine	1,11 (0,86 - 1,44)	9,38 (7,42 - 11,86)	8,44 (7,07 - 10,08)
Brandon	1,32 (0,93 - 1,88)	10,78 (7,97 - 14,58)	8,16 (6,47 - 10,27)
Entre-les-Lacs	1,14 (0,83 - 1,56)	7,61 (5,78 - 10,01)	6,68 (5,44 - 8,21)
Nord-Est	1,17 (0,89 - 1,53)	8,78 (6,89 - 11,17)	7,51 (6,24 - 9,03)
Parcs	1,06 (0,77 - 1,45)	6,72 (5,08 - 8,90)	6,35 (5,19 - 7,77)
Nor-Man	1,58 (0,93 - 2,66)	7,41 (4,84 - 11,34)	4,70 (3,36 - 6,56)
Burntwood	1,08 (0,65 - 1,78)	7,16 (4,65 - 11,01)	6,64 (4,96 - 8,87)
Winnipeg	1,07 (0,98 - 1,16)	8,09 (7,43 - 8,82)	7,56 (7,06 - 8,09)
Fort Garry	1,03 (0,79 - 1,34)	7,82 (6,17 - 9,91)	7,59 (6,37 - 9,04)
Assiniboine South	0,88 (0,56 - 1,40)	7,85 (5,18 - 11,90)	8,88 (7,00 - 11,26)
St. Boniface	1,02 (0,86 - 1,21)	7,66 (6,52 - 9,00)	7,52 (6,51 - 8,69)
St. Boniface Est	1,05 (0,90 - 1,23)	7,03 (6,12 - 8,08)	6,69 (6,10 - 7,35)
St. Boniface Ouest	0,98 (0,85 - 1,12)	8,05 (7,16 - 9,05)	8,25 (7,52 - 9,05)
St. Vital	1,20 (0,99 - 1,46)	8,51 (7,10 - 10,20)	7,08 (6,07 - 8,25)
St. Vital Sud	1,07 (0,89 - 1,28)	7,35 (6,26 - 8,63)	6,90 (6,21 - 7,68)
St. Vital Nord (d)	1,22 (1,00 - 1,47)	8,70 (7,37 - 10,27)	7,16 (6,38 - 8,03)
Transcona	1,05 (0,72 - 1,53)	7,96 (5,73 - 11,07)	7,57 (6,03 - 9,51)
River Heights	1,02 (0,75 - 1,38)	9,19 (6,89 - 12,24)	9,03 (7,65 - 10,66)
River East	1,15 (0,87 - 1,51)	8,75 (6,79 - 11,29)	7,62 (6,43 - 9,02)
Seven Oaks	1,08 (0,66 - 1,77)	7,08 (4,63 - 10,82)	6,53 (4,92 - 8,67)
St. James Assiniboia	1,00 (0,71 - 1,41)	8,94 (6,58 - 12,14)	8,90 (7,25 - 10,92)
Inkster	0,71 (0,32 - 1,57)	4,06 (1,99 - 8,29)	5,70 (3,92 - 8,27)
Centre-ville (d)	1,44 (1,08 - 1,93)	10,16 (7,91 - 13,05)	7,04 (5,75 - 8,61)
Point Douglas	1,33 (0,87 - 2,02)	10,17 (7,12 - 14,54)	7,67 (5,92 - 9,92)
ORS du Sud-Ouest (d)	1,16 (1,04 - 1,30)	8,96 (8,06 - 9,96)	7,71 (7,14 - 8,32)
ORS de la partie centrale	1,14 (0,97 - 1,34)	7,75 (6,72 - 8,94)	6,79 (6,14 - 7,51)
ORS du Nord	1,31 (0,93 - 1,85)	7,37 (5,52 - 9,83)	5,61 (4,59 - 6,86)
Manitoba	1,08 (0,95 - 1,24)	8,12 (7,09 - 9,30)	7,50 (7,34 - 7,65)
Normalisé par la méthode directe (d)	1,08 (1,04 - 1,13)	9,89 (9,57 - 10,21)	9,12 (8,94 - 9,30)
Répondants aux enquêtes (d)	1,30 (1,02 - 1,57)	11,52 (9,15 - 13,89)	8,88 (8,39 - 9,37)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 14 : Qualité des soins primaires

Indicateurs dans ce chapitre

- 14.1 Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur
- 14.2 Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien
- 14.3 Traitement du diabète : Prévalence d'un examen de la vue annuel
- 14.4 Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Bêta bloquant
- 14.5 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité
- 14.6 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels (FSP)
- 14.7 Comparaison des taux entre les échantillons
- 14.8 Constatations de l'analyse documentaire
- 14.9 Tableaux supplémentaires

Nota – Pour les indicateurs de la qualité des soins, nous utilisons des taux bruts (qui ne sont pas ajustés selon l'âge et le sexe), car la qualité des soins reçus par les patients est la même, peu importe l'âge.

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, la qualité des soins primaires est la même dans la cohorte francophone et dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains, à une exception près.
- Les taux de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité sont plus élevés chez les francophones que dans le groupe témoin formé d'autres Manitobains, mais ce n'est pas le cas des francophones qui vivent dans un FSP. Cette tendance chez les francophones est observée dans toutes les régions de la province. Parmi les francophones, il n'y a pas de variation régionale se rapportant aux taux de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines pour les résidents vivant dans la collectivité, mais dans le cas des résidents d'un FSP, les taux sont plus élevés à Santé Sud-Est et moins élevés à Saint-Boniface.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Dans la mesure du possible, on a aussi calculé le rapport de taux d'un échantillon d'enquêtes plus petit, qui figure au bas de chaque graphique. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de

l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Tableau 14.0 : Sommaire des indicateurs de la qualité des soins primaires comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité, 2004 2005 à 2008 2009		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Nord (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface (d)	↑	
St. Boniface Ouest (f)		
St. Vital (d)	↑	
St. Vital Nord (d)	↑	
Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels, 2004 2005 à 2008 2009		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f)		↕
St. Boniface (f)		

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

14.1 Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur

Il est essentiel de surveiller la façon dont un patient réagit à un antidépresseur après un diagnostic initial de dépression, puis de modifier le traitement au besoin. La définition de suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur s'applique à la proportion de résidents qui, après un diagnostic de dépression, se sont fait prescrire un nouvel antidépresseur et qui, dans les quatre mois suivant l'exécution de leur ordonnance, ont effectué trois visites chez le médecin. Les calculs sont basés sur des données portant sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

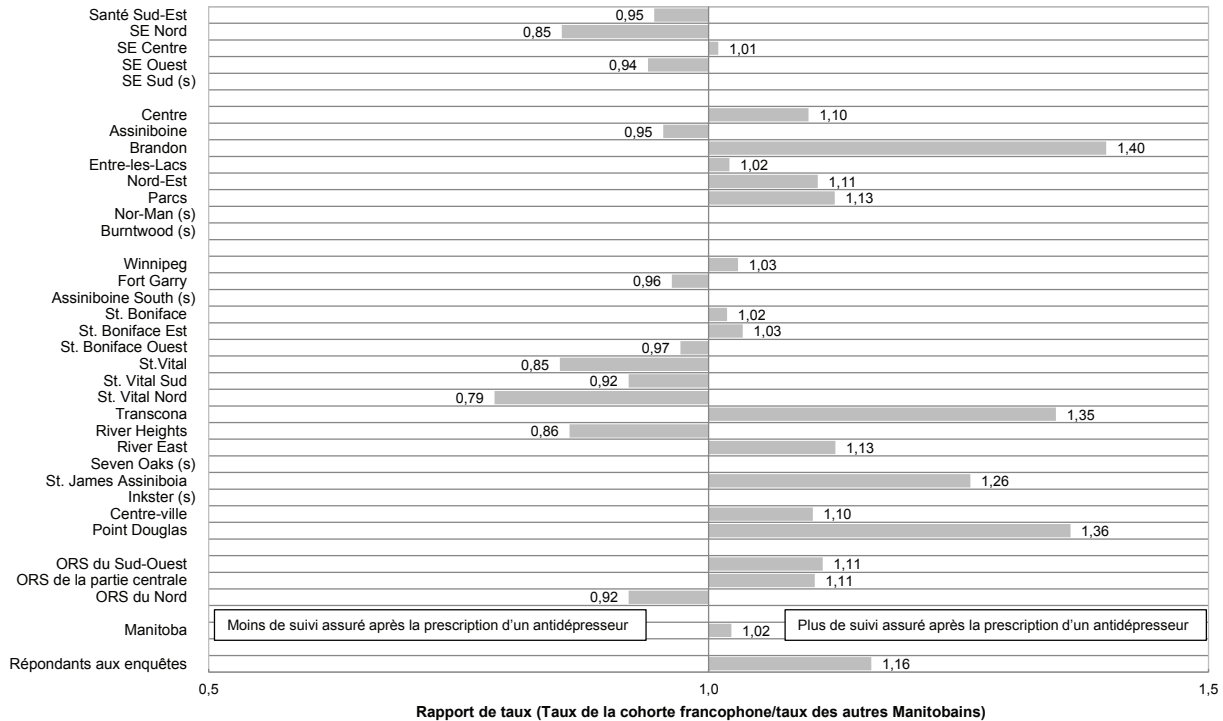
Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,02).
- Les taux de suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 14.9.1).

Figure 14.1.1 : Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009

Nouveaux patients souffrant de dépression, âgés de 10 ans et plus, qui ont effectué au moins trois visites dans les quatre mois suivant l'exécution de leur ordonnance



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

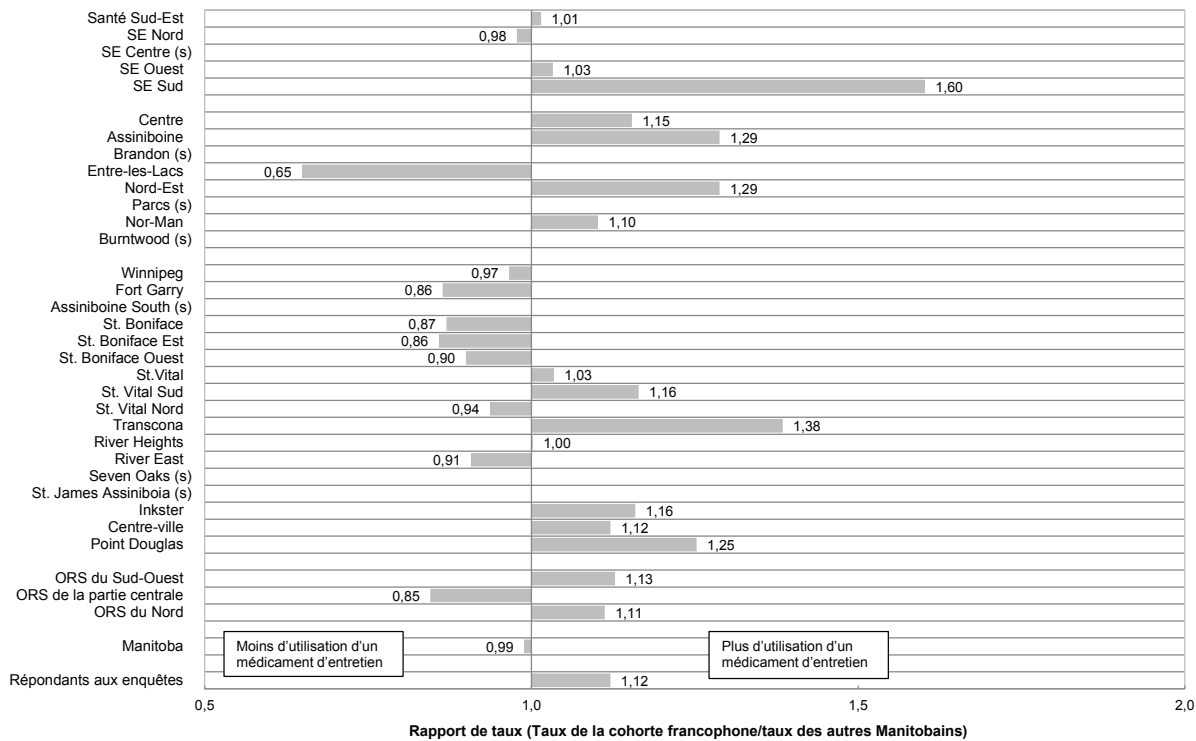
14.2 Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien

Les lignes directrices sur le traitement de l'asthme recommandent à tous les patients qui doivent prendre des médicaments comme traitement d'urgence (p. ex., Beta 2-agonistes) plus d'une fois par jour de prendre aussi des anti-inflammatoires à action prolongée pour maîtriser l'asthme à long terme. Cet indicateur de traitement de l'asthme a été établi en calculant le pourcentage de résidents asthmatiques qui ont exécuté une ordonnance de médicament recommandé pour maîtriser l'asthme à long terme. La définition de résidents asthmatiques s'applique aux personnes qui ont reçu au moins deux ordonnances de Beta 2-agonistes, de médicaments contre l'asthme à action prolongée (y compris des corticostéroïdes inhalés), de modificateurs des récepteurs des leucotriènes ou d'autres médicaments contre l'obstruction des voies respiratoires. Les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), identifiées parce qu'elles ont reçu au moins une ordonnance de bromure d'ipratopium, ont été exclues de cette analyse. Les calculs sont basés sur les données portant sur une période d'un an (2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 14.2.1 : Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Personnes asthmatiques prenant les médicaments recommandés (au moins une ordonnance de stéroïdes inhalés)



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de traitement de l'asthme recommandé entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,99).
- Les taux de traitement de l'asthme recommandé des francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 14.9.2).

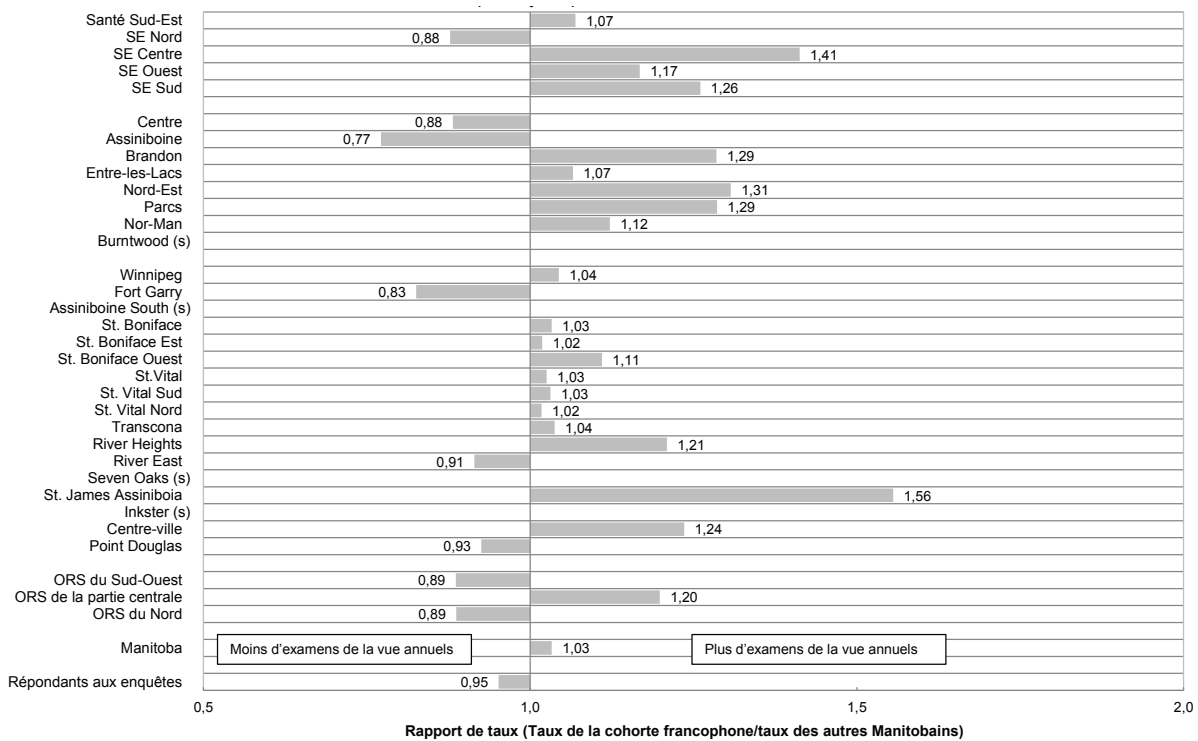
14.3 Traitement du diabète : Prévalence d'un examen de la vue annuel

Les personnes atteintes de diabète courent plus de risque de subir des dommages à leur rétine que la population en général. Des examens de la vue réguliers contribuent à établir un diagnostic de rétinopathie tôt à des fins de traitement pour ralentir sa progression. La définition d'examen de la vue annuel s'applique au pourcentage de diabétiques de 19 ans et plus qui ont effectué au moins une visite chez un ophtalmologiste ou un optométriste pour passer un examen de la vue. Les calculs sont basés sur les données portant sur une période d'un an (2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 14.3.1 : Traitement du diabète : Examen de la vue annuel — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2008–2009

Personnes diabétiques ayant passé au moins un examen de la vue



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de diabétiques qui ont passé un examen de la vue entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,03).
- Les taux de diabétiques qui ont passé un examen de la vue parmi les francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 14.9.3).

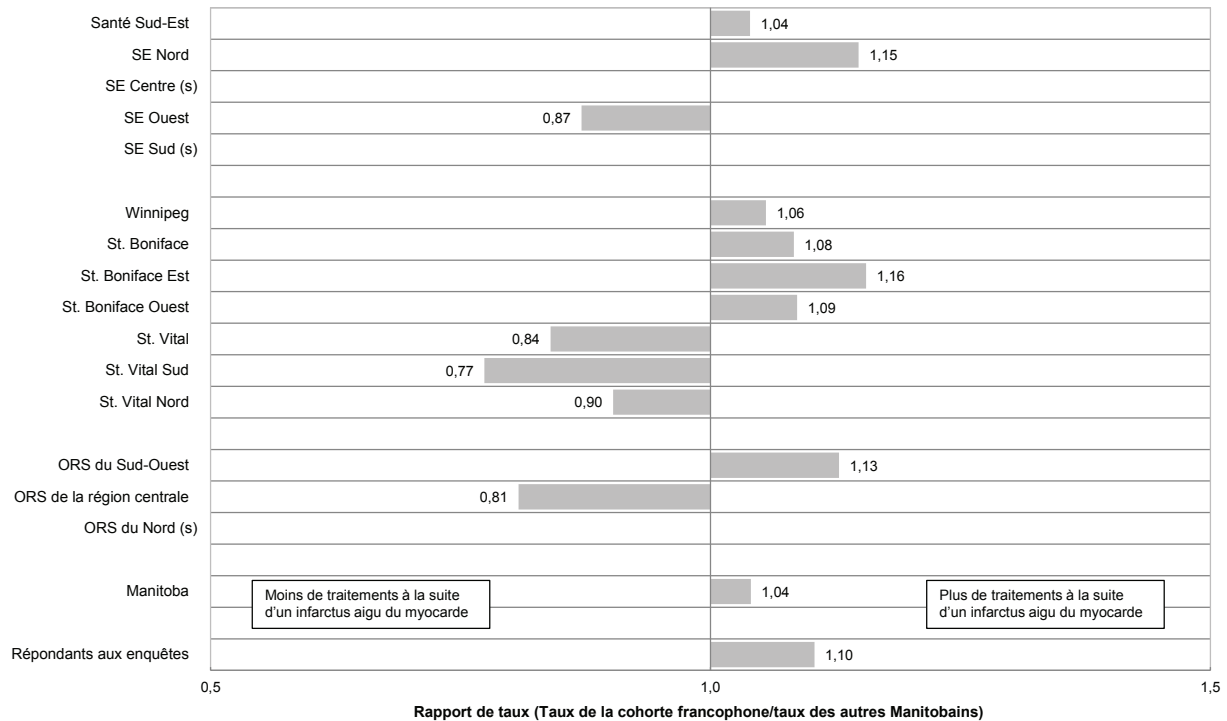
14.4 Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Bêtabloquant

Les **bêtabloquants** sont reconnus pour réduire le risque d'un nouvel infarctus aigu du myocarde, ou crise cardiaque, parmi les personnes qui en ont eu déjà un. La définition de traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde s'applique au pourcentage de résidents ayant déjà subi un infarctus aigu du myocarde âgés de 20 ans et plus, qui ont exécuté au moins une ordonnance de bêtabloquant dans les quatre mois suivant leur sortie de l'hôpital. Les calculs sont basés sur les données portant sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 14.4.1 : Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009

Patients ayant subi un infarctus, âgés de 20 ans et plus, qui ont exécuté au moins une ordonnance de bêtabloquant dans les quatre mois suivant leur infarctus



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de résidents qui ont suivi un traitement bêtabloquant à la suite d'un infarctus aigu du myocarde entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,03).
- Les taux de traitement bêtabloquant parmi les francophones de l'ensemble des régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 14.9.4).

14.5 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité

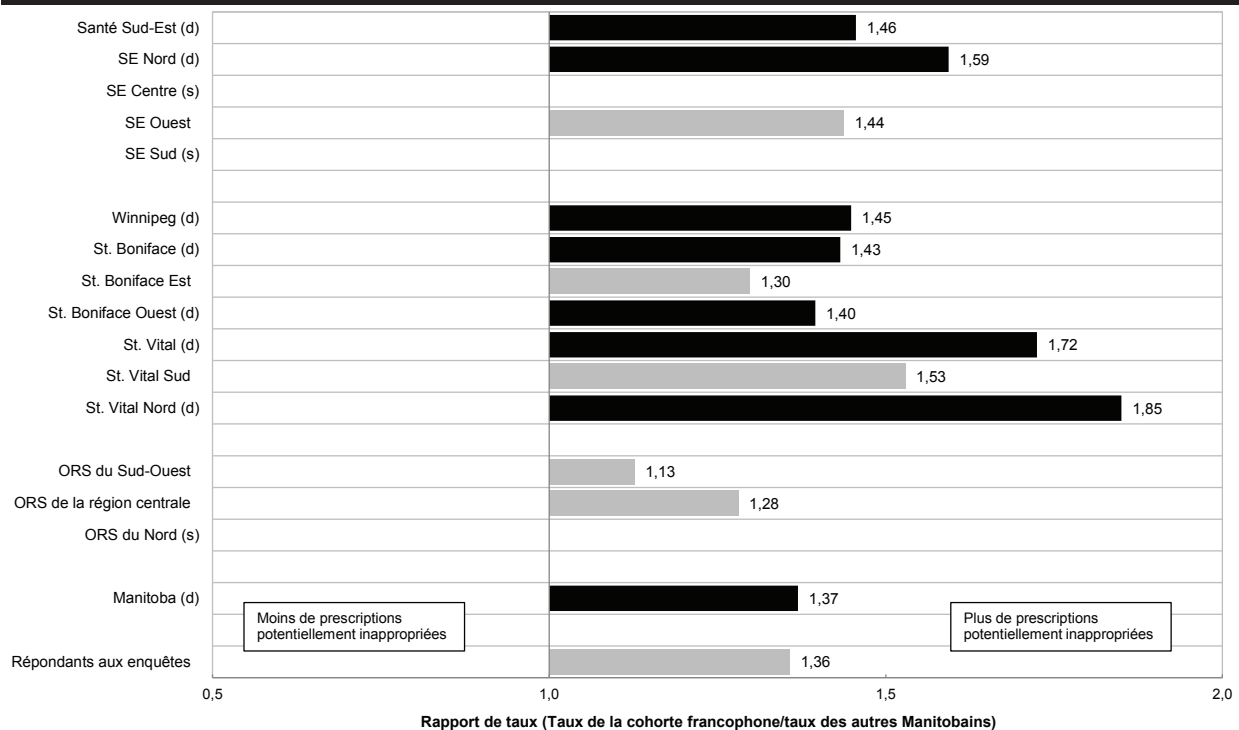
Les benzodiazépines peuvent être utilisés pour traiter les troubles anxieux, les troubles paniques, l'insomnie, les crises épileptiques, la spasticité musculaire et le sevrage alcoolique, et dans un contexte d'anesthésie périopératoire. Comme leur usage prolongé peut entraîner une tolérance et une dépendance physique et psychologique pour les personnes âgées, il n'est pas recommandé de leur prescrire ces médicaments à long terme. La définition de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines s'applique au pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus qui ont reçu au moins deux ordonnances de benzodiazépines ou encore une ordonnance de benzodiazépines

prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours. Les taux ne concernent que les personnes âgées vivant dans la collectivité. Les personnes âgées vivant dans un FSP ont été exclues. Les calculs sont basés sur des données portant sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 14.5.1 : Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009

Résidents vivant dans la collectivité, âgés de 75 ans et plus, qui ont reçu au moins deux ordonnances prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours annuellement



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines des membres de la cohorte francophones âgé de 75 ans et plus vivant dans la collectivité est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,37).
- Une tendance nette vers des taux plus élevés d'usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines se dégage dans la plupart des régions. À Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,46), notamment dans le district Nord (rapport de taux : 1,59), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,45), à Saint–Boniface (rapport de taux : 1,43), à Saint–Boniface Est (rapport de taux : 1,40) et à Saint–Vital (rapport de taux : 1,72), les taux de la cohorte francophone sont nettement supérieurs à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines parmi les francophones de presque toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 14.9.5).

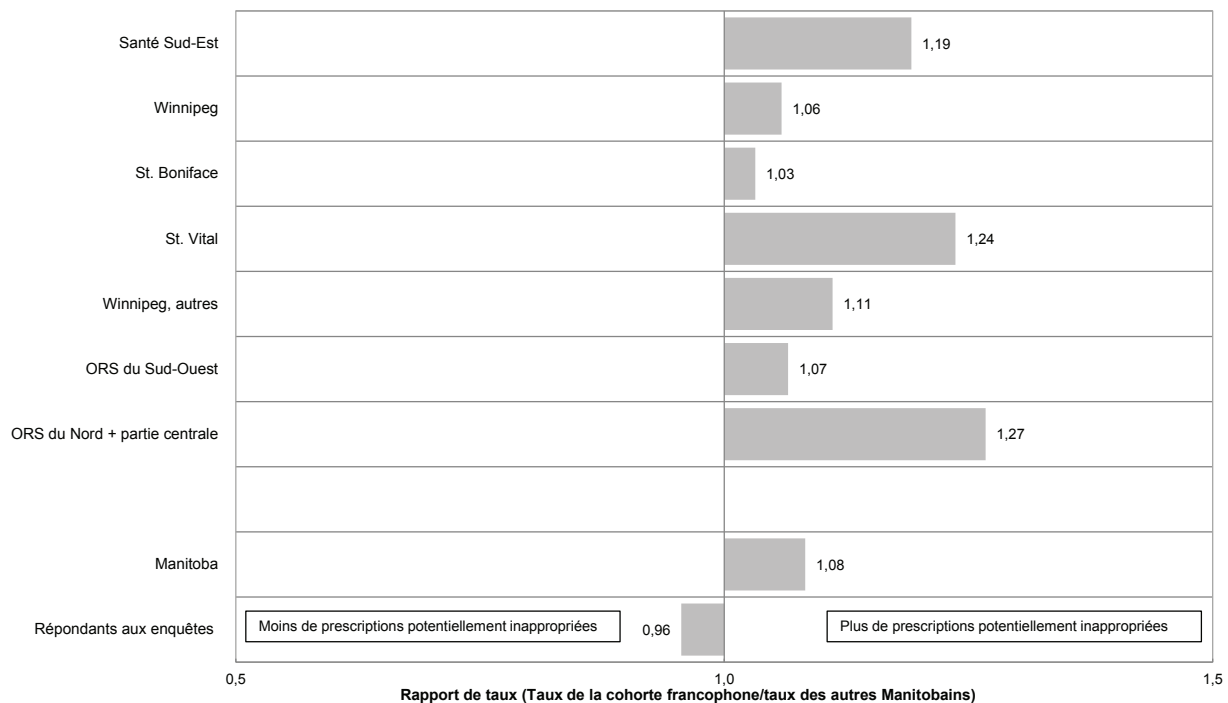
14.6 Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels (FSP)

Les benzodiazépines peuvent être utilisés pour traiter les troubles anxieux, les troubles paniques, l'insomnie, les crises épileptiques, la spasticité musculaire et le sevrage alcoolique, et dans un contexte d'anesthésie périopératoire. Comme leur usage prolongé peut entraîner une tolérance et une dépendance physique et psychologique pour les personnes âgées, il n'est pas recommandé de leur prescrire ces médicaments à long terme. La définition de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines s'applique au pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus qui ont reçu au moins deux ordonnances de benzodiazépines ou encore une ordonnance de benzodiazépines prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours. Les taux ne concernent que les personnes âgées vivant dans un FSP. Les personnes âgées vivant dans la collectivité ont été exclues. Les calculs sont basés sur les données portant sur une période de cinq ans (2004–2005 à 2008–2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Figure 14.6.1 : Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2004–2005 à 2008–2009

Résidents d'un FSP, âgés de 75 ans et plus, qui ont reçu au moins deux ordonnances prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours annuellement



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence n'est observée dans les taux d'usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines entre les membres de la cohorte francophone vivant dans un FSP et ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,08), ni avec les répondants aux enquêtes (rapport de taux : 0,96).
- Les taux d'usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines parmi les francophones de presque toutes les régions sont similaires au taux des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Santé Sud-Est, dont le taux est plus élevé, et de ceux de Saint-Boniface, dont le taux est moins élevé (Tableau 14.9.6).

14.7 Comparaison des taux entre les échantillons

Nous avons établi le tableau ci-dessous afin d'évaluer jusqu'à quel point les taux estimés pour la cohorte francophone et le groupe témoin se rapprochent des taux estimés auprès d'un échantillon d'enquêtes représentatif (2 342 Manitobains francophones et 40 000 Manitobains non-francophones). L'absence de la lettre « D » en majuscule indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les rapports de taux observés entre la cohorte francophone et l'échantillon d'enquêtes. Les différences observées sont probablement le fruit du hasard et non des différences réelles.

Tableau 14.7.1 : Comparaison des taux entre les cohortes et l'échantillon d'enquêtes

Indicateurs	Année(s)	Cohorte francophone et groupe témoin			Échantillon d'enquêtes*		
		Cohorte francophone - Taux normalisé par la méthode directe	Groupe témoin - Taux normalisé par la méthode directe	Rapport de taux normalisé par la méthode directe	Taux brut des francophones	Taux brut du groupe témoin	Rapport de taux brut
Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur	2004-2005 à 2008-2009	58,94%	57,38%	1,03	69,00%	59,34%	1,16
Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien	2008-2009	59,20%	59,22%	1,00	68,75%	61,33%	1,12
Traitement du diabète : Prévalence d'un examen de la vue annuel	2008-2009	29,36%	29,19%	1,01	35,59%	37,40%	0,95
Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Bêta bloquant	2004-2005 à 2008-2009	84,08%	81,66%	1,03	85,67%	77,60%	1,10
Utilisation de benzodiazépines : adultes (75 ans et plus) vivant dans la collectivité	2004-2005 à 2008-2009	28,85%	21,28%	1,36 (d)	25,01%	18,43%	1,36
Utilisation de benzodiazépines : adultes (75 ans et plus) vivant dans un FSP	2004-2005 à 2008-2009	32,93%	31,25%	1,05	28,92%	30,25%	0,96

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

* L'échantillon d'enquêtes regroupe les personnes identifiées au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire (ESC).

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

14.8 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

Usage de benzodiazépines chez les personnes âgées (75+) vivant dans la collectivité

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario, Boudreau et Farmer ont constaté que les francophones plus âgés étaient plus portés à prendre des médicaments sur ordonnance que les autres résidents de l'Ontario (1999).
- *Dans la présente étude, les membres de la cohorte francophone âgés de 75 ans et plus vivant dans la collectivité sont beaucoup plus portés à prendre des benzodiazépines pour une période de plus de 30 jours que les membres de 75 ans et plus du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,37). Cet usage potentiellement inapproprié de benzodiazépines ne se retrouve pas parmi les personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un FSP.*

14.9 Tableaux supplémentaires

Tableau 14.9.1 : Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur, 2004–2005 à 2008–2009

Nouveaux patients souffrant de dépression, âgés de 10 ans et plus, qui ont effectué au moins trois visites dans les quatre mois suivant l'exécution de leur ordonnance

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	0,95 (0,81 - 1,10)	55,49 (47,88 - 63,09)	58,68 (54,49 - 62,87)
SE Nord	0,85 (0,68 - 1,06)	54,65 (44,13 - 65,17)	64,06 (57,28 - 70,85)
SE Centre	1,01 (0,62 - 1,65)	53,33 (28,09 - 78,58)	52,82 (45,81 - 59,83)
SE Ouest	0,94 (0,72 - 1,23)	56,90 (44,15 - 69,64)	60,58 (51,18 - 69,97)
SE Sud (s)	s	s	56,41 (40,85 - 71,97)
Centre	1,10 (0,86 - 1,40)	51,65 (41,38 - 61,92)	46,96 (40,51 - 53,41)
Assiniboine	0,95 (0,63 - 1,45)	51,85 (33,00 - 70,70)	54,32 (43,47 - 65,17)
Brandon	1,40 (0,96 - 2,05)	75,00 (56,02 - 93,98)	53,66 (38,39 - 68,92)
Entre-les-Lacs	1,02 (0,62 - 1,68)	56,25 (31,94 - 80,56)	55,10 (41,18 - 69,03)
Nord-Est	1,11 (0,81 - 1,52)	64,71 (48,64 - 80,77)	58,33 (46,95 - 69,72)
Parcs	1,13 (0,71 - 1,78)	58,82 (35,43 - 82,22)	52,24 (40,28 - 64,20)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (s)	s	s	42,86 (16,93 - 68,78)
Winnipeg	1,03 (0,93 - 1,14)	61,27 (56,14 - 66,40)	59,52 (56,48 - 62,56)
Fort Garry	0,96 (0,65 - 1,42)	58,33 (38,61 - 78,06)	60,56 (49,20 - 71,93)
Assiniboine South (s)	s	s	42,31 (23,32 - 61,30)
St. Boniface	1,02 (0,86 - 1,20)	61,79 (53,20 - 70,38)	60,67 (55,14 - 66,19)
St. Boniface Est	1,03 (0,79 - 1,35)	59,18 (45,42 - 72,95)	57,23 (49,85 - 64,60)
St. Boniface Ouest	0,97 (0,78 - 1,20)	63,51 (52,55 - 74,48)	65,35 (57,08 - 73,63)
St. Vital	0,85 (0,67 - 1,08)	55,07 (43,34 - 66,81)	64,71 (58,15 - 71,26)
St. Vital Sud	0,92 (0,68 - 1,25)	55,56 (41,04 - 70,07)	60,40 (50,86 - 69,93)
St. Vital Nord	0,79 (0,53 - 1,16)	54,17 (34,23 - 74,10)	68,93 (59,99 - 77,87)
Transcona	1,35 (0,83 - 2,19)	61,90 (41,13 - 82,68)	45,95 (29,89 - 62,00)
River Heights	0,86 (0,55 - 1,36)	56,25 (31,94 - 80,56)	65,35 (56,07 - 74,63)
River East	1,13 (0,78 - 1,63)	57,69 (38,70 - 76,68)	51,20 (42,44 - 59,96)
Seven Oaks (s)	s	s	50,00 (25,50 - 74,50)
St. James Assiniboia	1,26 (0,86 - 1,85)	76,47 (56,31 - 96,63)	60,61 (43,93 - 77,28)
Inkster (s)	s	s	72,73 (46,41 - 99,05)
Centre-ville	1,10 (0,77 - 1,58)	66,67 (47,81 - 85,53)	60,38 (47,21 - 73,55)
Point Douglas	1,36 (0,85 - 2,18)	73,33 (50,95 - 95,71)	53,85 (34,68 - 73,01)
ORS du Sud-Ouest	1,11 (0,93 - 1,34)	55,07 (46,77 - 63,37)	49,43 (44,21 - 54,65)
ORS de la partie centrale	1,11 (0,88 - 1,39)	61,19 (49,53 - 72,86)	55,32 (48,21 - 62,43)
ORS du Nord	0,92 (0,42 - 2,00)	40,00 (15,21 - 64,79)	43,48 (23,22 - 63,74)
Manitoba	1,02 (0,95 - 1,10)	58,36 (54,78 - 61,93)	57,06 (54,94 - 59,18)
Répondants aux enquêtes	1,16 (0,78 - 1,55)	69,00 (47,56 - 90,44)	59,34 (53,31 - 65,37)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 14.9.2 : Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien, 2008–2009

Personnes asthmatiques prenant les médicaments recommandés (au moins une ordonnance de stéroïdes inhalés)

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,01 (0,86 - 1,20)	59,26 (50,97 - 67,55)	58,40 (53,41 - 63,39)
SE Nord	0,98 (0,76 - 1,25)	56,34 (44,80 - 67,87)	57,62 (49,73 - 65,50)
SE Centre (s)	s	s	63,27 (53,72 - 72,81)
SE Ouest	1,03 (0,77 - 1,39)	58,49 (45,22 - 71,76)	56,63 (45,96 - 67,29)
SE Sud	1,60 (1,06 - 2,42)	85,71 (59,79 - 111,64)	53,49 (38,58 - 68,40)
Centre	1,15 (0,93 - 1,43)	65,67 (54,30 - 77,04)	56,92 (49,97 - 63,87)
Assiniboine	1,29 (0,96 - 1,72)	82,35 (64,23 - 100,47)	63,93 (51,88 - 75,98)
Brandon (s)	s	s	68,00 (49,71 - 86,29)
Entre-les-Lacs	0,65 (0,35 - 1,19)	41,18 (17,78 - 64,57)	63,46 (50,37 - 76,55)
Nord-Est	1,29 (0,96 - 1,73)	77,27 (59,76 - 94,78)	60,00 (48,91 - 71,09)
Parcs (s)	s	s	64,91 (52,52 - 77,30)
Nor-Man	1,10 (0,69 - 1,75)	77,78 (50,62 - 104,94)	70,59 (48,93 - 92,25)
Burntwood (s)	s	s	67,74 (51,29 - 84,20)
Winnipeg	0,97 (0,88 - 1,06)	57,53 (52,94 - 62,12)	59,56 (56,90 - 62,22)
Fort Garry	0,86 (0,63 - 1,18)	54,17 (40,07 - 68,26)	62,67 (51,72 - 73,61)
Assiniboine South (s)	s	s	46,15 (26,99 - 65,32)
St. Boniface	0,87 (0,74 - 1,03)	51,45 (44,00 - 58,89)	59,14 (54,28 - 63,99)
St. Boniface Est	0,86 (0,67 - 1,10)	52,94 (41,08 - 64,80)	61,68 (55,17 - 68,20)
St. Boniface Ouest	0,90 (0,72 - 1,13)	50,48 (40,91 - 60,04)	56,11 (48,86 - 63,36)
St. Vital	1,03 (0,83 - 1,28)	55,43 (45,28 - 65,59)	53,58 (47,58 - 59,59)
St. Vital Sud	1,16 (0,87 - 1,56)	61,54 (46,27 - 76,81)	52,86 (44,59 - 61,13)
St. Vital Nord	0,94 (0,69 - 1,28)	50,94 (37,48 - 64,40)	54,40 (45,67 - 63,13)
Transcona	1,38 (0,82 - 2,32)	69,23 (44,14 - 94,32)	50,00 (31,48 - 68,52)
River Heights	1,00 (0,67 - 1,51)	64,29 (39,19 - 89,39)	64,14 (56,33 - 71,94)
River East	0,91 (0,64 - 1,28)	57,14 (38,81 - 75,47)	62,96 (55,53 - 70,40)
Seven Oaks (s)	s	s	52,63 (30,18 - 75,08)
St. James Assiniboia (s)	s	s	74,51 (62,55 - 86,47)
Inkster	1,16 (0,68 - 1,97)	75,00 (44,99 - 105,01)	64,71 (41,99 - 87,42)
Centre-ville	1,12 (0,81 - 1,55)	65,52 (48,22 - 82,82)	58,44 (47,43 - 69,45)
Point Douglas	1,25 (0,94 - 1,66)	81,82 (65,70 - 97,94)	65,31 (51,98 - 78,63)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,95 - 1,34)	67,03 (57,37 - 76,69)	59,43 (53,69 - 65,17)
ORS de la partie centrale	0,85 (0,64 - 1,12)	52,83 (39,39 - 66,27)	62,50 (55,50 - 69,50)
ORS du Nord	1,11 (0,80 - 1,54)	76,47 (56,31 - 96,63)	68,75 (55,64 - 81,86)
Manitoba	0,99 (0,92 - 1,06)	59,11 (55,57 - 62,65)	59,79 (57,74 - 61,84)
Répondants aux enquêtes	1,12 (0,78 - 1,46)	68,75 (49,26 - 88,23)	61,33 (55,09 - 67,57)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 14.9.3 : Traitement du diabète : Examen de la vue annuel, 2008–2009

Personnes diabétiques ayant passé au moins un examen de la vue

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,07 (0,91 - 1,25)	36,93 (32,02 - 41,84)	34,53 (31,70 - 37,36)
SE Nord	0,88 (0,69 - 1,12)	32,42 (25,62 - 39,22)	36,95 (32,25 - 41,64)
SE Centre	1,41 (0,86 - 2,31)	45,45 (24,65 - 66,26)	32,18 (26,52 - 37,85)
SE Ouest	1,17 (0,91 - 1,50)	42,11 (33,71 - 50,50)	36,05 (30,57 - 41,54)
SE Sud	1,26 (0,74 - 2,15)	35,29 (19,23 - 51,36)	28,00 (20,13 - 35,87)
Centre	0,88 (0,69 - 1,13)	30,86 (24,01 - 37,70)	35,00 (31,05 - 38,95)
Assiniboine	0,77 (0,54 - 1,10)	32,89 (22,33 - 43,46)	42,62 (36,42 - 48,83)
Brandon	1,29 (0,78 - 2,11)	44,83 (26,73 - 62,93)	34,88 (24,81 - 44,96)
Entre-les-Lacs	1,07 (0,68 - 1,67)	26,76 (16,46 - 37,06)	25,12 (19,27 - 30,97)
Nord-Est	1,31 (0,90 - 1,90)	32,47 (22,01 - 42,93)	24,84 (20,03 - 29,65)
Parcs	1,29 (0,82 - 2,02)	36,59 (21,84 - 51,33)	28,45 (22,73 - 34,17)
Nor-Man	1,12 (0,71 - 1,78)	50,00 (30,00 - 70,00)	44,57 (34,41 - 54,72)
Burntwood (s)	s	s	36,47 (26,24 - 46,70)
Winnipeg	1,04 (0,94 - 1,16)	32,54 (29,64 - 35,43)	31,17 (29,47 - 32,87)
Fort Garry	0,83 (0,55 - 1,24)	28,38 (18,11 - 38,65)	34,38 (28,16 - 40,59)
Assiniboine South (s)	s	s	22,22 (11,13 - 33,31)
St. Boniface	1,03 (0,88 - 1,21)	33,85 (29,50 - 38,19)	32,77 (29,68 - 35,86)
St. Boniface Est	1,02 (0,80 - 1,30)	37,16 (29,38 - 44,95)	36,49 (32,01 - 40,96)
St. Boniface Ouest	1,11 (0,89 - 1,38)	32,25 (27,02 - 37,48)	29,05 (24,83 - 33,28)
St. Vital	1,03 (0,81 - 1,29)	33,50 (26,91 - 40,09)	32,68 (28,81 - 36,56)
St. Vital Sud	1,03 (0,74 - 1,44)	33,33 (23,75 - 42,91)	32,33 (27,04 - 37,63)
St. Vital Nord	1,02 (0,74 - 1,40)	33,65 (24,57 - 42,74)	33,08 (27,39 - 38,77)
Transcona	1,04 (0,61 - 1,76)	34,21 (19,13 - 49,29)	32,98 (23,47 - 42,48)
River Heights	1,21 (0,71 - 2,07)	34,48 (17,18 - 51,78)	28,52 (23,13 - 33,90)
River East	0,91 (0,55 - 1,52)	25,00 (13,23 - 36,77)	27,34 (22,20 - 32,47)
Seven Oaks (s)	s	s	36,11 (25,02 - 47,21)
St. James Assiniboia	1,56 (0,99 - 2,44)	47,06 (30,28 - 63,84)	30,25 (22,00 - 38,51)
Inkster (s)	s	s	27,91 (14,50 - 41,31)
Centre-ville	1,24 (0,77 - 1,99)	31,48 (19,09 - 43,87)	25,48 (18,66 - 32,29)
Point Douglas	0,93 (0,45 - 1,89)	28,00 (10,40 - 45,60)	30,26 (19,93 - 40,59)
ORS du Sud-Ouest	0,89 (0,73 - 1,07)	32,86 (27,36 - 38,36)	37,08 (33,91 - 40,25)
ORS de la partie centrale	1,20 (0,94 - 1,53)	31,22 (24,61 - 37,82)	26,05 (22,93 - 29,17)
ORS du Nord	0,89 (0,58 - 1,35)	36,17 (22,43 - 49,91)	40,78 (33,58 - 47,98)
Manitoba	1,03 (0,96 - 1,11)	33,40 (31,28 - 35,53)	32,34 (31,13 - 33,55)
Répondants aux enquêtes	0,95 (0,67 - 1,23)	35,59 (25,53 - 45,65)	37,40 (34,61 - 40,19)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 14.9.4 : Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde, 2004–2005 à 2008–2009

Patients ayant subi un infarctus, âgés de 20 ans et plus, qui ont exécuté au moins une ordonnance de bêtabloquant dans les quatre mois suivant leur infarctus

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,04 (0,91 - 1,19)	86,27 (76,83 - 95,72)	82,99 (76,92 - 89,07)
SE Nord	1,15 (1,01 - 1,31)	96,30 (89,17 - 103,42)	83,87 (74,72 - 93,03)
SE Centre (s)	s	s	75,00 (60,00 - 90,00)
SE Ouest	0,87 (0,65 - 1,16)	76,47 (56,31 - 96,63)	87,80 (77,79 - 97,82)
SE Sud (s)	s	s	83,33 (62,25 - 104,42)
Winnipeg	1,06 (0,97 - 1,15)	85,19 (79,19 - 91,18)	80,72 (76,80 - 84,64)
St. Boniface	1,08 (0,96 - 1,22)	89,83 (82,12 - 97,54)	82,93 (76,28 - 89,58)
St. Boniface Est	1,16 (1,04 - 1,29)	100,00 (100,00 - 100,00)	86,54 (77,26 - 95,82)
St. Boniface Ouest	1,09 (0,93 - 1,27)	87,23 (77,69 - 96,77)	80,28 (71,03 - 89,54)
St. Vital	0,84 (0,66 - 1,08)	72,41 (56,15 - 88,68)	86,21 (77,33 - 95,08)
St. Vital Sud	0,77 (0,55 - 1,10)	71,43 (47,76 - 95,09)	92,31 (82,06 - 102,55)
St. Vital Nord	0,90 (0,64 - 1,28)	73,33 (50,95 - 95,71)	81,25 (67,73 - 94,77)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,95 - 1,34)	87,10 (75,30 - 98,90)	77,17 (68,60 - 85,75)
ORS de la région centrale	0,81 (0,60 - 1,09)	72,22 (51,53 - 92,91)	89,39 (81,97 - 96,82)
ORS du Nord (s)	s	s	80,00 (59,76 - 100,24)
Manitoba	1,04 (0,98 - 1,11)	84,81 (80,24 - 89,38)	81,52 (78,67 - 84,38)
Répondants aux enquêtes	1,10 (0,85 - 1,36)	85,67 (69,41 - 101,93)	77,60 (67,86 - 87,34)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 14.9.5 : Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité, 2004–2005 à 2008–2009

Résidents vivant dans la collectivité, âgés de 75 ans et plus, qui ont reçu au moins deux ordonnances prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours annuellement

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,46 (1,16 - 1,83)	29,52 (24,09 - 34,95)	20,28 (17,47 - 23,08)
SE Nord (d)	1,59 (1,12 - 2,26)	30,77 (22,84 - 38,70)	19,31 (14,77 - 23,85)
SE Centre (s)	s	s	22,82 (16,08 - 29,56)
SE Ouest	1,44 (1,00 - 2,08)	31,13 (22,32 - 39,95)	21,65 (16,59 - 26,72)
SE Sud (s)	s	s	15,63 (8,36 - 22,89)
Winnipeg (d)	1,45 (1,28 - 1,64)	30,93 (27,90 - 33,97)	21,36 (19,83 - 22,88)
St. Boniface (d)	1,43 (1,20 - 1,71)	32,64 (28,47 - 36,82)	22,79 (19,99 - 25,59)
St. Boniface Est	1,30 (0,76 - 2,21)	21,33 (12,06 - 30,60)	16,43 (11,46 - 21,41)
St. Boniface Ouest (d)	1,40 (1,16 - 1,68)	34,72 (30,10 - 39,33)	24,88 (21,55 - 28,22)
St. Vital (d)	1,72 (1,29 - 2,30)	33,33 (25,94 - 40,73)	19,33 (15,78 - 22,88)
St. Vital Sud	1,53 (0,93 - 2,51)	29,51 (18,06 - 40,95)	19,30 (13,38 - 25,21)
St. Vital Nord (d)	1,85 (1,30 - 2,64)	35,79 (26,15 - 45,43)	19,34 (14,91 - 23,78)
ORS du Sud-Ouest	1,13 (0,87 - 1,46)	26,46 (20,67 - 32,25)	23,48 (20,35 - 26,60)
ORS de la région centrale	1,28 (0,90 - 1,81)	24,82 (17,69 - 31,95)	19,38 (15,59 - 23,17)
ORS du Nord (s)	s	s	15,38 (7,38 - 23,39)
Manitoba (d)	1,37 (1,25 - 1,51)	29,07 (26,81 - 31,32)	21,22 (20,06 - 22,38)
Répondants aux enquêtes	1,36 (0,93 - 1,79)	25,01 (17,60 - 32,43)	18,43 (16,68 - 20,18)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 14.9.6 : Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels, 2004–2005 à 2008–2009

Résidents d'un FSP, âgés de 75 ans et plus, qui ont reçu au moins deux ordonnances prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours annuellement

Région	Rapport de taux brut (Pourcentage brut de la cohorte francophone/ Pourcentage brut du groupe témoin, IC à 95 %)	Pourcentage brut de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage brut du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (f)	1,19 (0,92 - 1,53)	44,83 (36,73 - 52,92)	37,62 (30,94 - 44,30)
Winnipeg	1,06 (0,92 - 1,22)	28,64 (25,20 - 32,07)	27,05 (24,90 - 29,20)
St. Boniface (f)	1,03 (0,77 - 1,39)	25,42 (20,91 - 29,93)	24,64 (18,77 - 30,51)
St. Vital	1,24 (0,92 - 1,66)	33,92 (26,82 - 41,01)	27,43 (21,75 - 33,11)
Winnipeg, autres	1,11 (0,85 - 1,45)	30,43 (22,76 - 38,11)	27,39 (24,86 - 29,93)
ORS du Sud-Ouest	1,07 (0,79 - 1,43)	46,15 (34,03 - 58,27)	43,32 (37,49 - 49,16)
ORS du Nord + partie centrale	1,27 (0,76 - 2,10)	40,74 (22,21 - 59,27)	32,14 (25,08 - 39,21)
Manitoba	1,08 (0,97 - 1,21)	32,85 (29,79 - 35,92)	30,34 (28,45 - 32,22)
Répondants aux enquêtes	0,96 (0,40 - 1,51)	28,92 (13,53 - 44,31)	30,25 (24,93 - 35,57)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 15 : Habitudes de santé et caractéristiques personnelles tirées des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Indicateurs dans ce chapitre :

- 15.1 État de santé déclaré
- 15.2 État de santé mentale déclaré
- 15.3 Bien-être émotionnel
- 15.4 Satisfaction à l'égard de la vie
- 15.5 Stress vécu au quotidien
- 15.6 Stress au travail
- 15.7 Indice de masse corporelle (IMC)
- 15.8 Consommation de fruits et légumes
- 15.9 Fréquence de la consommation occasionnelle excessive d'alcool
- 15.10 Tabagisme
- 15.11 Exposition à la fumée secondaire
- 15.12 Activité physique totale (travail, déplacements et loisirs)
- 15.13 Limitations d'activités
- 15.14 Constatations de l'analyse documentaire
- 15.15 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, les taux d'état de santé mentale déclaré et d'exposition à la fumée secondaire des francophones sont moins élevés que ceux des autres Manitobains. Lorsqu'on tient compte des facteurs socioéconomiques et des facteurs liés au style de vie, les constatations relatives à l'état de santé mentale déclaré demeurent statistiquement significatives, mais pas celles concernant l'exposition à la fumée secondaire.
- Les francophones de Santé Sud-Est ont un **indice de masse corporelle** moins élevé que celui des autres Manitobains de cette région et sont plus portés à rapporter une consommation occasionnelle excessive d'alcool que les autres Manitobains. Dans les ORS du Sud-Ouest, les francophones sont plus portés à rapporter des limitations d'activités que les non-francophones.
- Parmi les francophones, des variations sont observées selon le lieu où ils habitent, les taux étant supérieurs à la moyenne provinciale dans certaines régions, et inférieurs à la moyenne dans d'autres.
- Aucune différence n'est observée entre les francophones et les autres Manitobains, ou entre les francophones des différentes régions, en ce qui concerne l'état de santé déclaré, le bien-être émotionnel, la satisfaction à l'égard de la vie, le stress vécu au quotidien, le stress au travail, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme et l'activité physique.

Les indicateurs de santé de ce chapitre sont tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'Enquête regroupait 2 154 francophones et 36 326 autres Manitobains et est considérée comme représentative de la population manitobaine. Les analyses ont été menées à l'échelle du Manitoba, mais dans seulement quatre régions, en raison de la taille relativement réduite de l'échantillon francophone. Contrairement aux autres chapitres du présent rapport, les graphiques ne présentent que les taux réels. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux.

Tableau 15.0 : Sommaire des indicateurs des habitudes de santé et caractéristiques personnelles tirées des données de l'ESCC comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
État de santé déclaré		
Manitoba (d)	↓	
Winnipeg (d)	↓	
Indice de masse corporelle (IMC)		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f,d)	↓	↓
ORS du Nord + partie centrale (f)		↑
Consommation occasionnelle excessive d'alcool		
Manitoba		
Santé Sud-Est (f,d)	↑	↕
Winnipeg RHA (f)		↕
Exposition à la fumée secondaire		
Manitoba (d)	↓	
Winnipeg (d,w)	↓	
Limitations d'activités dues à une déficience physique ou mentale		
Manitoba		
ORS du Sud-Ouest (f,d)	↑	↑

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

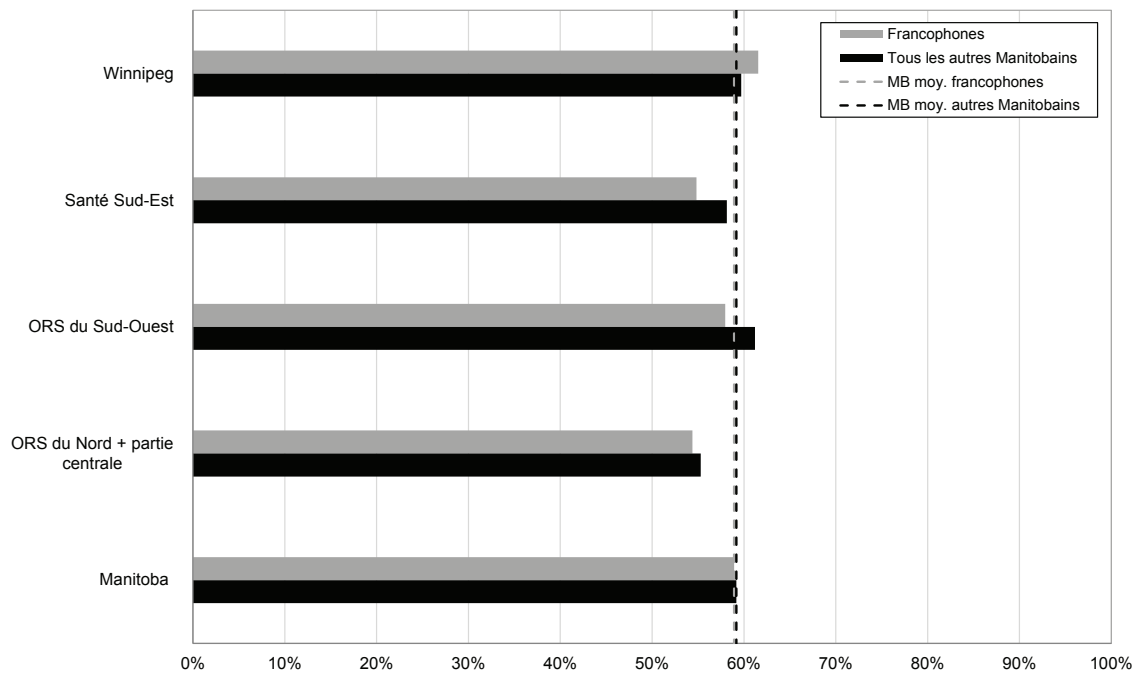
15.1 État de santé déclaré

L'état de santé déclaré est reconnu comme un excellent prédicteur de l'état de santé global de la population et il existe une corrélation avec d'autres mesures de l'état de santé comme le taux de mortalité prématurée.

Les répondants à l'Enquête âgés de 12 ans et plus étaient invités à répondre à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? », puis cette clarification : « Par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessure mais aussi le bien-être physique, mental et social. » La définition d'état de santé déclaré s'applique à la proportion de répondants qui ont qualifié leur santé comme « excellente » ou « très bonne ». Les résultats de sept cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.1.1 : État de santé déclaré

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont qualifié leur santé comme excellente ou très bonne (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

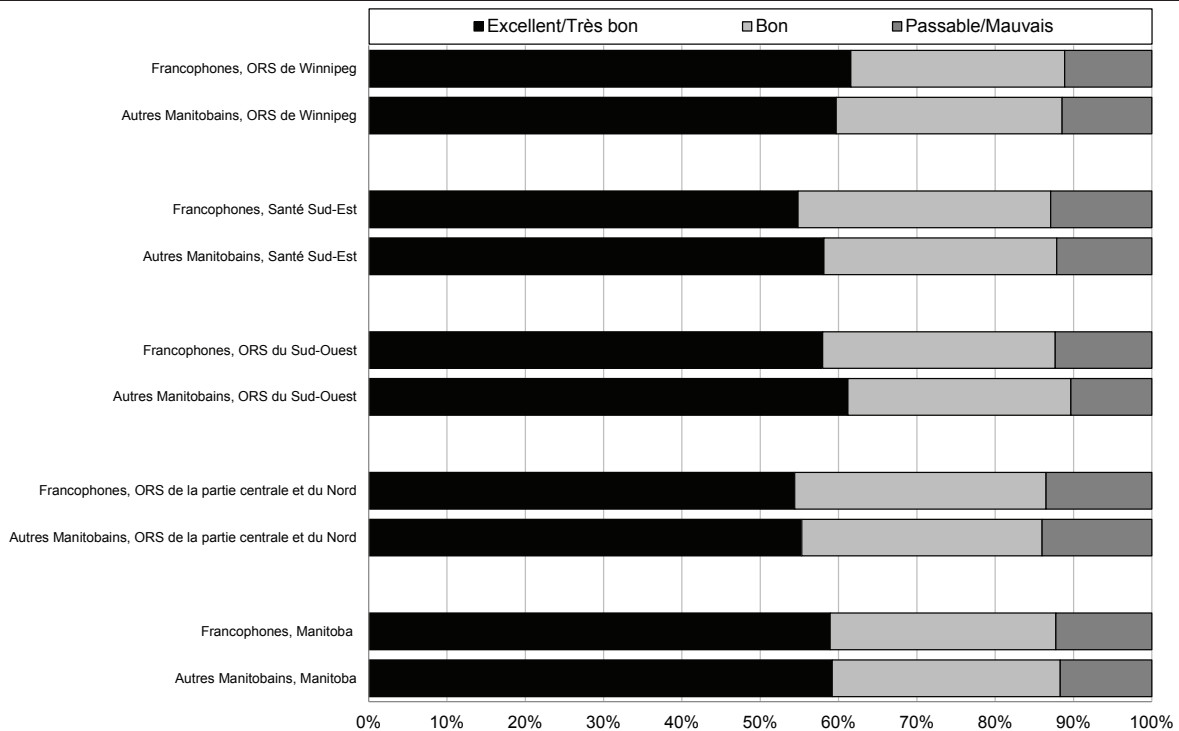


« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Figure 15.1.2 : État de santé déclaré (empilé bar)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 58,9 % des francophones et 59,1 % des autres Manitobains ont répondu que leur santé était excellente ou très bonne, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'état de santé déclaré entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux d'état de santé déclaré des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableaux 15.15.1 et 15.15.2).

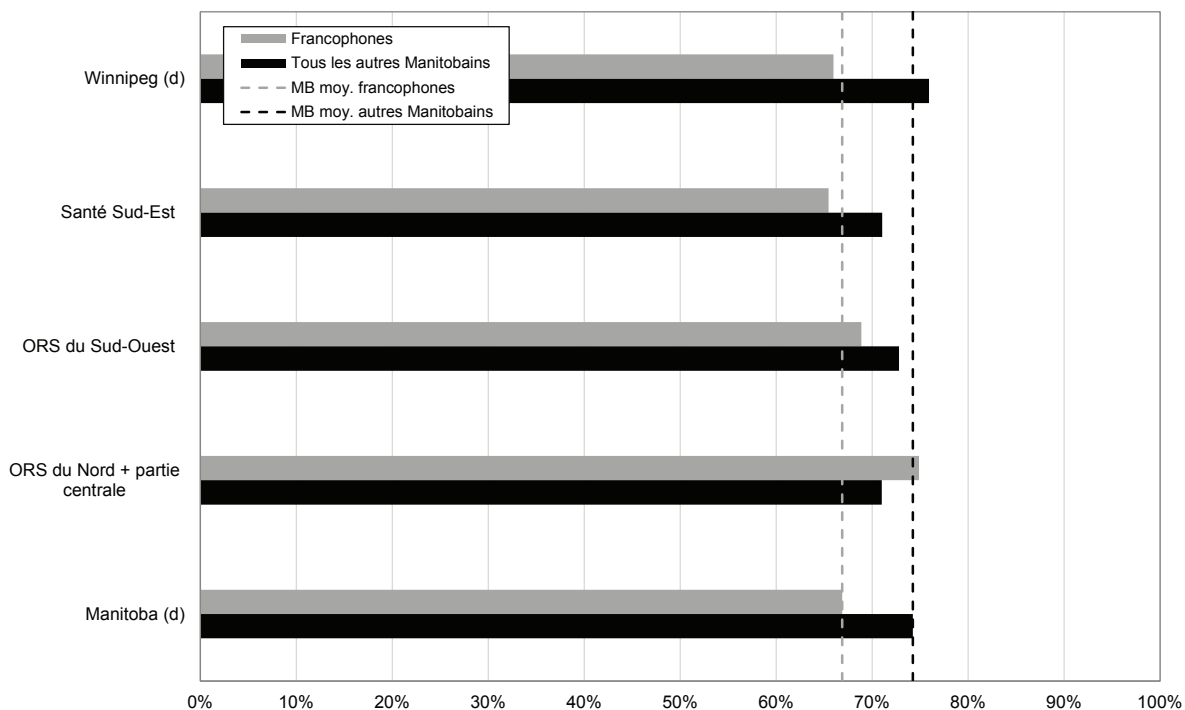
15.2 État de santé mentale déclaré

La santé mentale peut être définie de bien des façons. L'**Agence de la santé publique du Canada** la définit comme « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle. »

Tous les répondants à l'ESCC étaient invités à répondre à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est (excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise)? ». Les valeurs ont été calculées à l'aide des données tirées des cycles 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 de l'ESCC.

Figure 15.2.1 : État de santé mentale déclaré

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont qualifié leur santé mentale d'excellente ou très bonne (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



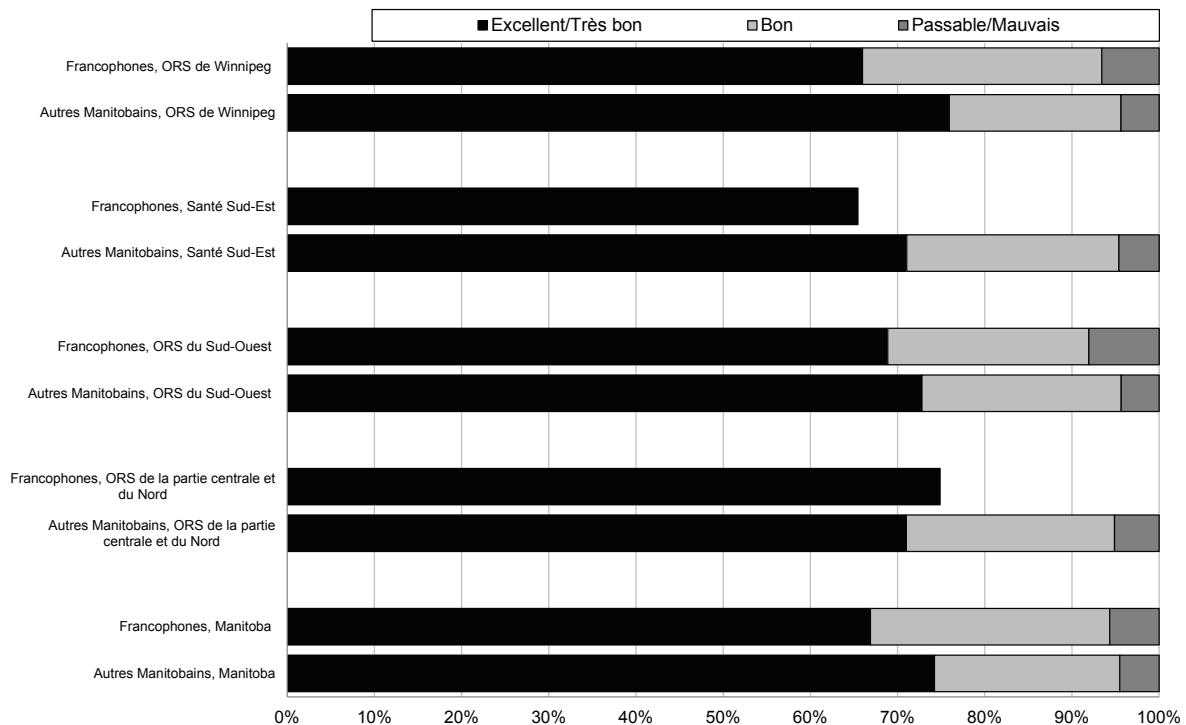
« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 65,5 % des francophones et 74,2 % des autres Manitobains ont répondu que leur santé mentale était « excellente » ou « très bonne », ce qui constitue une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, on constate une différence significative à Winnipeg entre les francophones (66,0 %) et les autres Manitobains (75,9 %), mais aucune différence n'est observée dans les autres régions.
- Les taux d'état de santé mentale déclaré des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableaux 15.15.3 et 15.15.4).

Figure 15.2.2 : État de santé mentale déclaré (empilé bar)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.2.1 : Modèle de régression logistique de l'état de santé mentale qualifié d'excellent ou de très bon

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,71 (0,56 - 0,91)
Âge	0,99 (0,99 - 0,99)
Hommes (vs femmes)	1,04 (0,93 - 1,15)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,91 (0,80 - 1,04)
Partie centrale	0,79 (0,69 - 0,91)
Nord	0,89 (0,74 - 1,07)
Brandon	0,78 (0,63 - 0,97)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.2.2 : Modèle de régression logistique de l'état de santé mentale qualifié d'excellent ou de très bon

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,63 (0,47 - 0,84)
Âge	1,00 (0,99 - 1,00)
Hommes (vs femmes)	0,98 (0,85 - 1,14)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,96 (0,81 - 1,13)
Partie centrale	0,80 (0,68 - 0,93)
Nord	1,05 (0,82 - 1,34)
Brandon	0,82 (0,64 - 1,04)
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	1,22 (1,04 - 1,43)
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,01 (1,00 - 1,01)
Diplôme d'études secondaires (vs non)	1,50 (1,26 - 1,79)
Occupe un emploi (vs non)	1,18 (1,00 - 1,40)
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	1,94 (1,68 - 2,24)
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	0,94 (0,77 - 1,15)
Usage du tabac (vs non)	0,76 (0,66 - 0,88)
Indice de masse corporelle	0,99 (0,98 - 1,00)
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)	
Actif	1,65 (1,38 - 1,98)
Modérément actif	1,42 (1,22 - 1,65)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

La Figure 15.2.2 montre les réponses à toutes les questions et donne à penser que les francophones sont un peu plus portés à répondre que leur santé mentale est « passable » ou « mauvaise » que les autres Manitobains.

Les Tableaux 15.2.1 et 15.2.2 rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et l'état de santé mentale déclaré est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. Les résultats du modèle de base vont de pair avec les résultats de l'analyse initiale, à savoir que les francophones sont moins portés à rapporter que leur état de santé mentale est excellent ou très bon (rapport de cotes : 0,71).

Des études antérieures donnent à penser que les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie ont une influence sur la santé mentale. Dans le modèle complet, lorsque ces facteurs supplémentaires sont pris en compte, l'effet lié au fait d'être francophone est accentué (rapport de cotes : 0,63). Cela donne à penser que le fait d'être francophone, ou d'avoir d'autres caractéristiques associées au fait d'être francophone, est associé à un moins bon état de santé mentale déclaré. Ce résultat n'est donc pas attribuable aux facteurs sociodémographiques et aux facteurs liés au style de vie qui ont été intégrés au modèle.

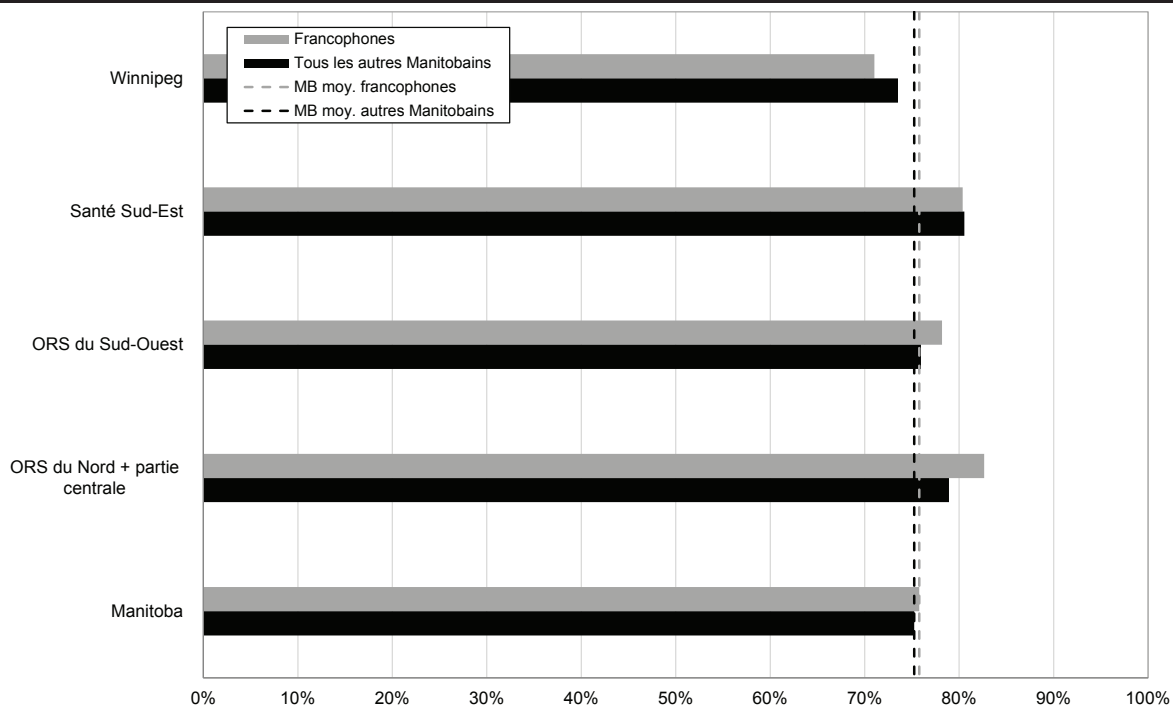
15.3 Bien-être émotionnel

Le bien-être émotionnel est l'un des attributs de l'Indice de l'état de santé élaboré au Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster, qui mesure l'état de santé et la qualité de vie qui s'y rattache. Les répondants à l'Enquête âgés de 12 ans et plus étaient invités à répondre à la question suivante : « Vous dé-criez-vous comme étant habituellement (heureux/se et intéressé/e à vivre, plutôt heureux/se, plutôt malheureux/se, malheureux/se et peu intéressé/e à vivre, si malheureux/se que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue)? »

Pour mesurer cet indicateur, nous avons calculé la proportion brute et la proportion pondérée normalisée de répondants disant ressentir un bien-être émotionnel en établissant un rapport entre le nombre de répondants qui ont dit qu'ils étaient heureux et intéressés à vivre et le nombre total de répondants. Les répondants qui n'ont pas donné de réponse ont été exclus de l'analyse. Les valeurs ont été calculées à l'aide des données tirées du cycle 1.1 de l'ESCC.

Figure 15.3.1 : Bien-être émotionnel

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont rapporté être heureux et intéressés à vivre (cycle de l'ESCC 1.1)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 75,8 % des francophones et 75,2 % des autres Manitobains ont répondu qu'ils étaient heureux et intéressés à vivre, des pourcentages très similaires qui ne constituent pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de bien-être émotionnel entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux de bien-être émotionnel perçu des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.5).

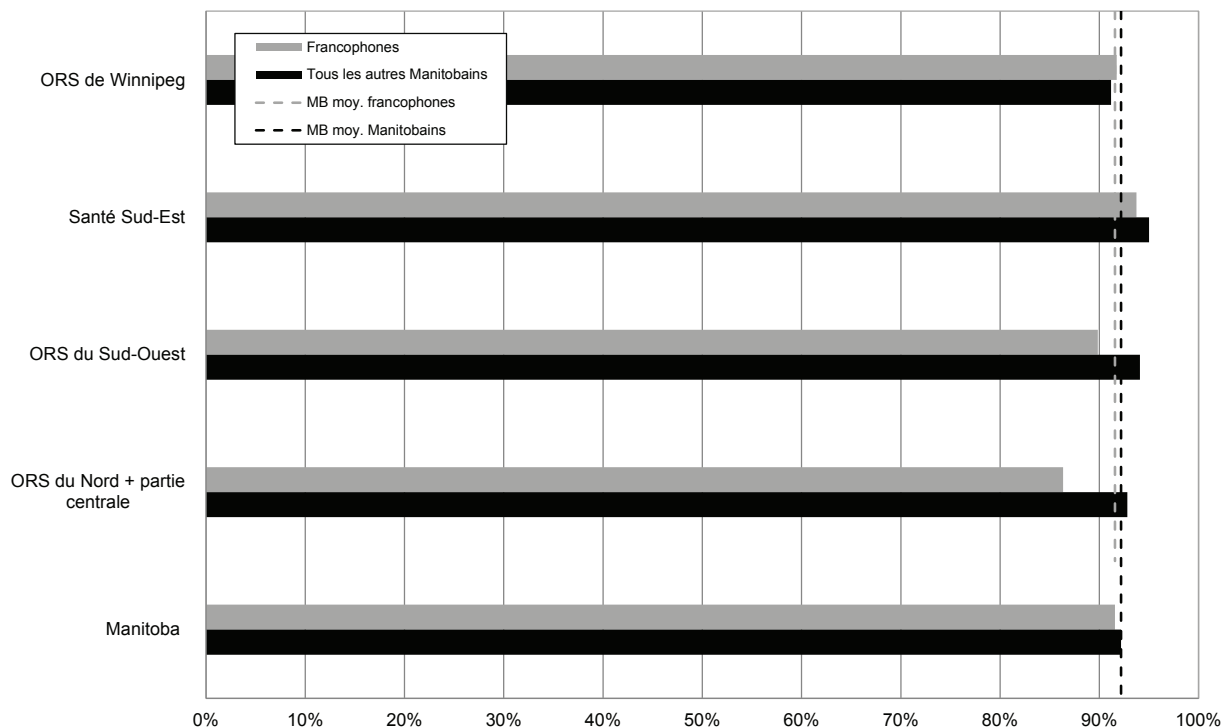
15.4 Satisfaction à l'égard de la vie

La satisfaction à l'égard de la vie est une mesure du niveau perçu de bien-être et de bonheur d'une personne, qui est reconnu comme étant en corrélation positive avec l'état de santé.

Les répondants à l'Enquête âgés de 12 ans et plus étaient invités à répondre à la question suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général : très satisfait(e), satisfait(e), ni satisfait(e) ni insatisfait(e), insatisfait(e), très insatisfait(e)? » Les résultats de cinq cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.4.1 : Satisfaction à l'égard de la vie

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont rapporté être très satisfaits ou satisfaits (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- Aucune différence significative n'est observée dans les taux de satisfaction à l'égard de la vie entre les francophones et les autres Manitobains. À l'échelle provinciale, 92 % des répondants des deux groupes ont répondu qu'ils étaient satisfaits à l'égard de la vie.
- Les taux de satisfaction à l'égard de la vie des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.6).

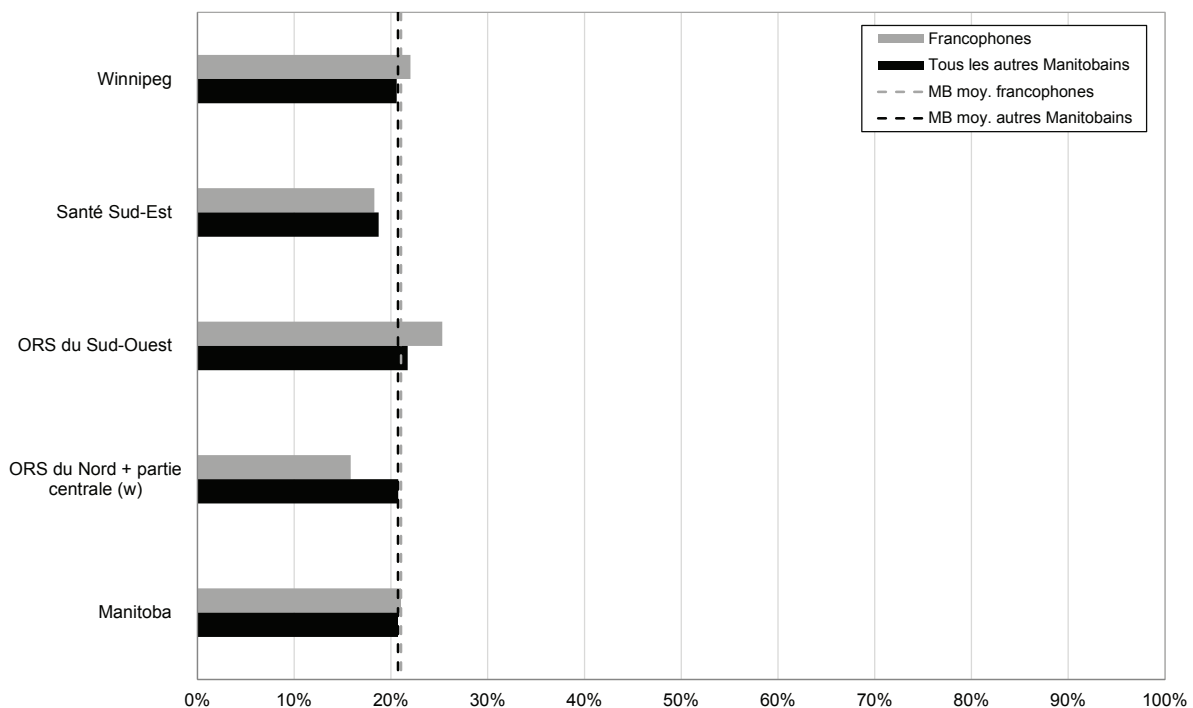
15.5 Stress vécu au quotidien

Le stress est une réponse émotionnelle et (ou) physique du corps à une situation ou pensée qui cause une disparité au niveau du système biologique, psychologique ou social d'une personne. Les événements stressants peuvent être positifs, comme une promotion, ou négatifs, comme la mort d'un membre de la famille. Une exposition prolongée au stress peut avoir des effets néfastes sur le bien-être physique et mental d'une personne.

Les répondants à l'Enquête âgés de 15 ans et plus étaient invités à répondre à la question suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont stressantes? » La définition de stress vécu au quotidien s'applique à la proportion de participants qui ont répondu que la plupart de leurs journées étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes. Les résultats de sept cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.5.1 : Stress vécu au quotidien

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 15 ans et plus qui ont rapporté que leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 21,1 % des francophones et 20,7 % des autres Manitobains ont répondu que leur vie était stressante, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de stress vécu au quotidien perçu entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux de stress vécu au quotidien perçu par les francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.7).

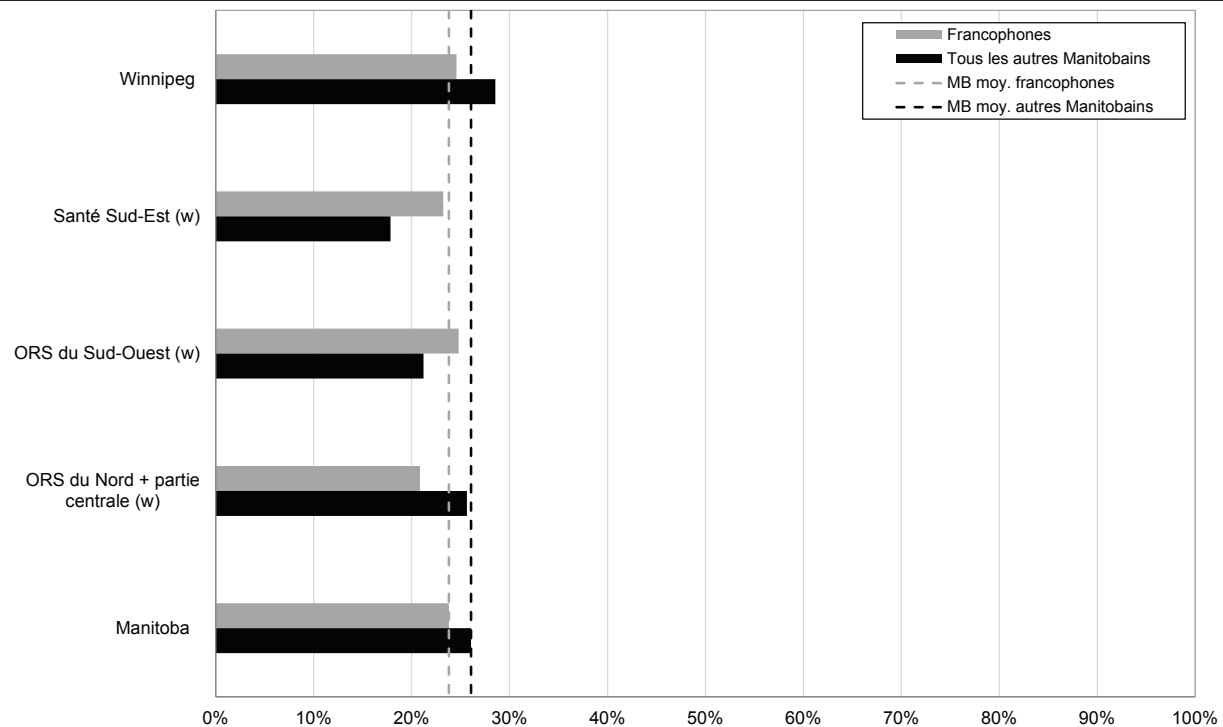
15.6 Stress au travail

Le stress en milieu de travail peut survenir en raison d'une augmentation de la charge de travail ou des exigences, d'un manque de ressources, de l'ajout d'heures supplémentaires obligatoires ou de la peur de perdre son emploi. La prolongation du stress lié au travail peut se traduire par une insatisfaction au travail, un roulement de personnel élevé, des congés de maladie, de l'absentéisme et un manque de motivation.

Les répondants à l'Enquête âgés de 15 à 75 ans étaient invités à répondre à la question suivante : « À un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? » Ceux qui ont répondu « oui » étaient invités à répondre à cette question : « La prochaine question porte sur votre entreprise ou emploi principal au cours des 12 derniers mois. Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient stressantes? » La définition de stress au travail s'applique à la proportion de participants qui ont répondu que la plupart de leurs journées au travail étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes. Les résultats des cycles 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 et 2008 ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.6.1 : Stress au travail

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 15 à 75 ans qui ont rapporté que leurs journées au travail étaient assez ou extrêmement stressantes (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

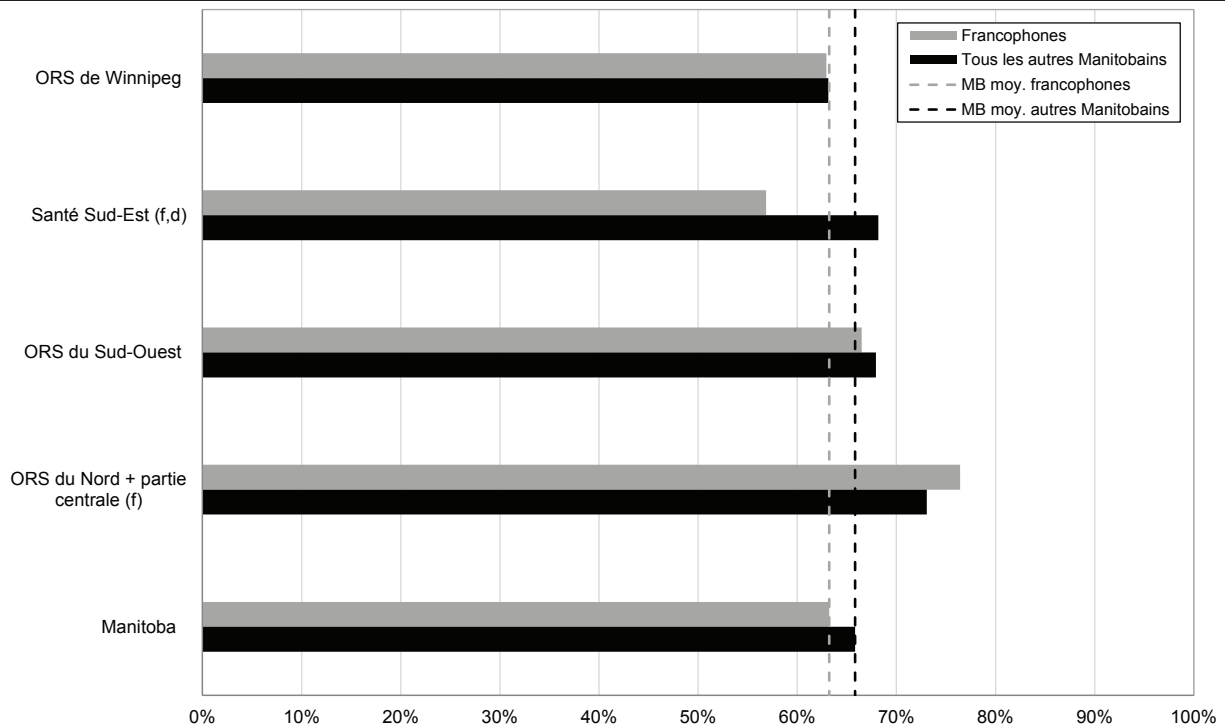
- À l'échelle provinciale, 23,8 % des répondants francophones et 26,1 % des autres Manitobains ont répondu que leur travail était stressant, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de stress au travail perçu entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux de stress au travail perçu des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.8).

15.7 Indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure utilisée pour classer et comparer des personnes selon leur hauteur et leur poids. Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids (en kilogrammes) par la hauteur (en mètres carrés). On a créé trois catégories : poids insuffisant et poids normal (IMC inférieur à 25), embonpoint (25–29) et obésité (30+). La définition d'IMC élevé s'applique à la proportion de répondants âgés de 18 ans et plus ayant un IMC de 25 ou plus. Les résultats de sept cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.7.1 : Indice de masse corporelle (IMC)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 18 ans et plus considérés comme faisant de l'embonpoint ou obèses (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

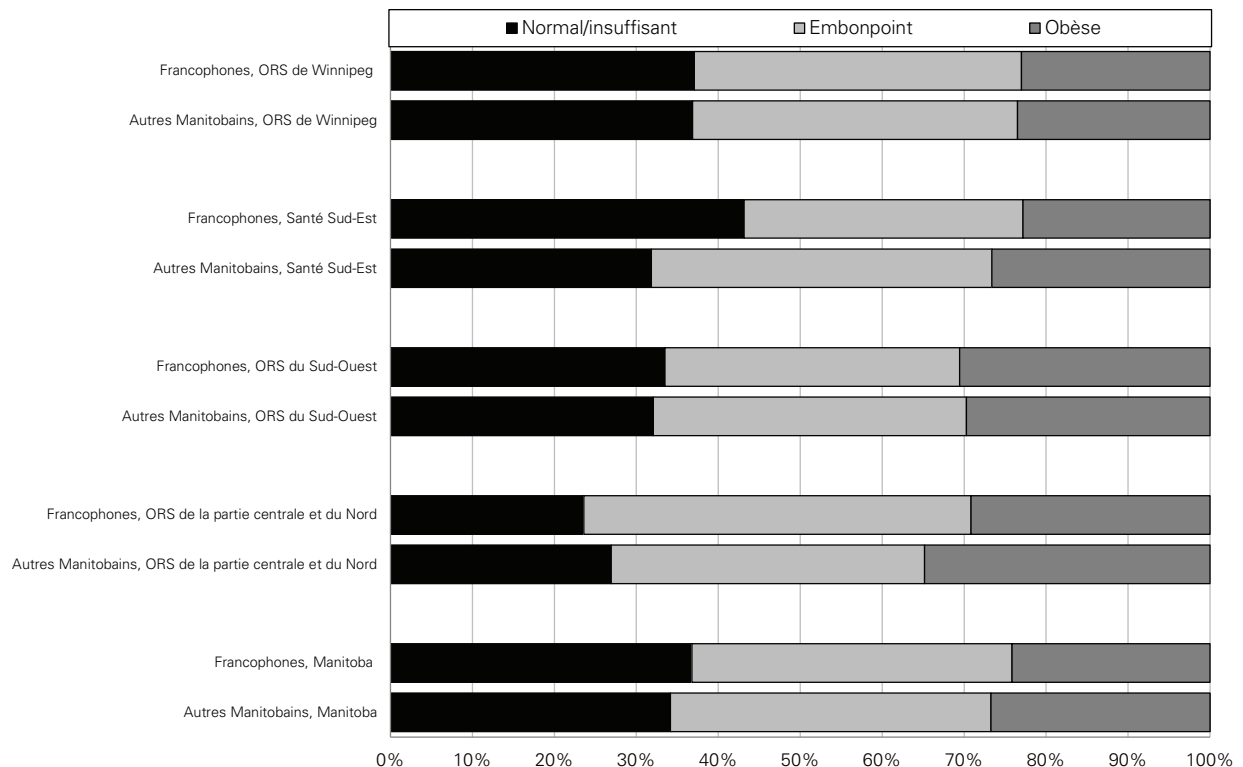
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 63,2 % des francophones et 65,8 % des autres Manitobains font de l'embonpoint ou sont obèses selon leur IMC, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, on constate une différence significative à Santé Sud-Est entre les francophones (56,9 %) et les autres Manitobains (68,2 %), mais aucune différence n'est observée dans les autres régions.
- Les taux d'IMC des francophones des ORS de la partie centrale et des ORS du Nord sont plus élevés que le taux provincial, tandis que le taux d'IMC des francophones de Santé Sud-Est est moins élevé (Tableaux 15.15.9 et 15.15.10).
- La Figure 15.7.2, qui montre les catégories poids insuffisant/poids normal, embonpoint et obésité, donne à penser que la différence entre les groupes de répondants de Santé Sud-Est est due principalement aux différences entre les catégories poids insuffisant/poids normal et embonpoint.

Figure 15.7.2 : Indice de masse corporelle (IMC) (empilé bar)E

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 18 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

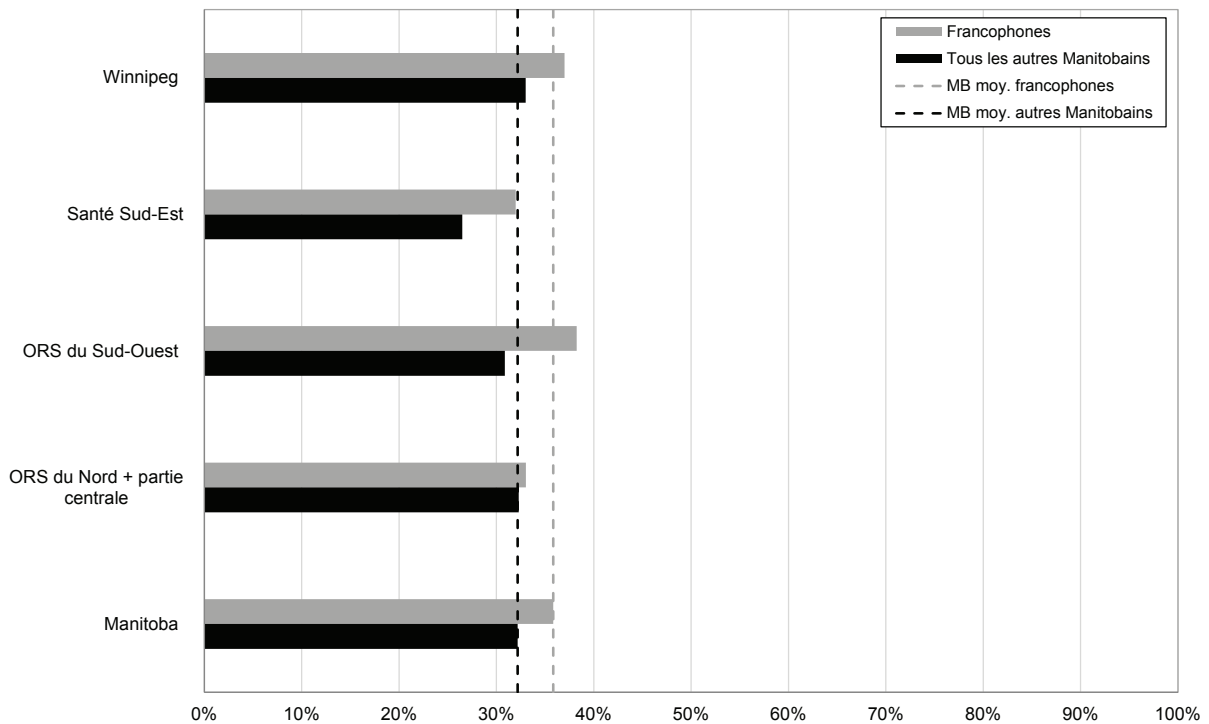
15.8 Consommation de fruits et légumes

Le Guide alimentaire canadien dit qu'une bonne alimentation offre l'avantage d'une meilleure santé globale, d'une sensation de bien-être et d'une meilleure apparence, d'une diminution du risque de maladie, d'un regain d'énergie, d'un poids santé et d'un renforcement des muscles et des os. L'indicateur de consommation de fruits et légumes s'applique à un nombre de questions permettant de savoir le nombre de fois par jour qu'un répondant consomme des fruits et des légumes (et non le nombre de portions consommées).

On a réparti les répondants en deux catégories : ceux qui consomment des fruits et des légumes « moins de cinq fois par jour » et « au moins cinq fois par jour », en se basant sur leurs réponses. Les résultats des cycles 1.1, 2.1, 2.2, 2007 et 2008 ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.8.1 : Consommation quotidienne moyenne de fruits et légumes

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui consomment des fruits et légumes au moins 5 fois par jour (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 35,8 % des francophones et 32,2 % des autres Manitobains ont rapporté consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de consommation de fruits et légumes entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux de consommation de fruits et légumes des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.11).

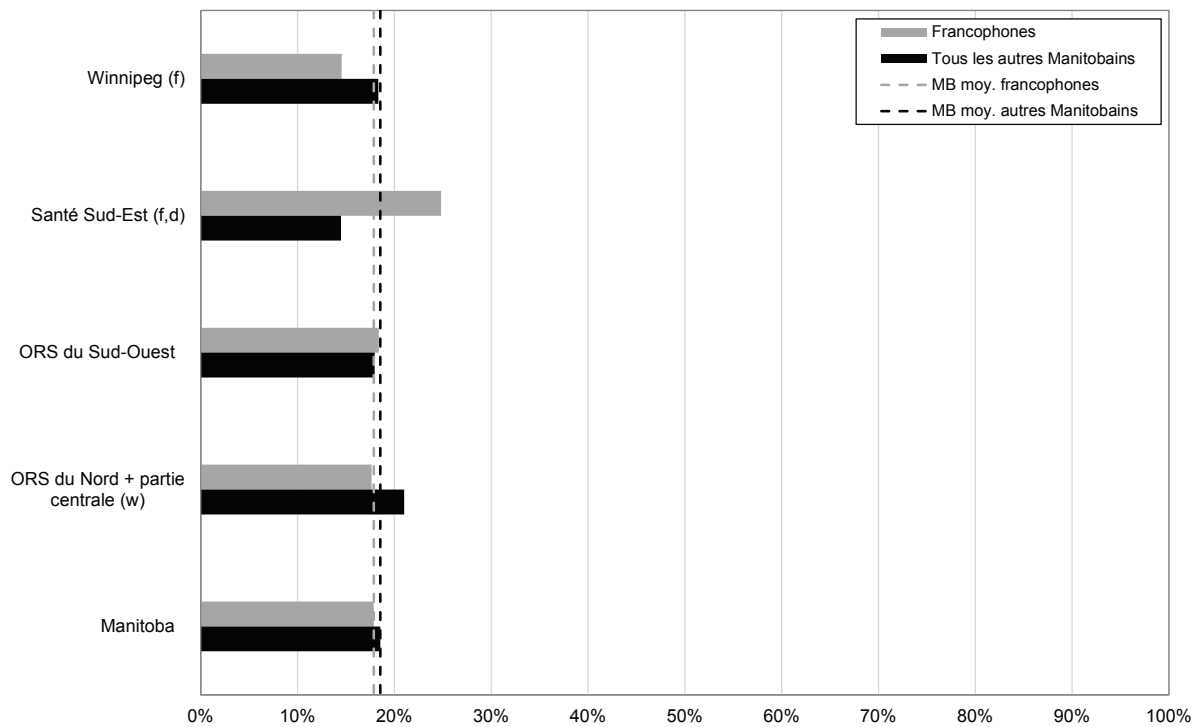
15.9 Fréquence de la consommation occasionnelle excessive d'alcool

Par consommation occasionnelle excessive d'alcool, on entend la consommation d'au moins cinq boissons alcoolisées à une même occasion. Selon Santé Canada, il existe un lien entre la consommation occasionnelle excessive d'alcool et les accidents de la route, l'**ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale** et d'autres problèmes de santé, les problèmes familiaux ainsi que la criminalité et la violence.

Les participants étaient invités à répondre à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée? » Ceux qui ont répondu « oui » étaient invités à répondre à cette question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? » On a réparti les répondants en deux catégories : ceux qui ont rapporté avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool à une

Figure 15.9.1 : Consommation occasionnelle excessive d'alcool

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

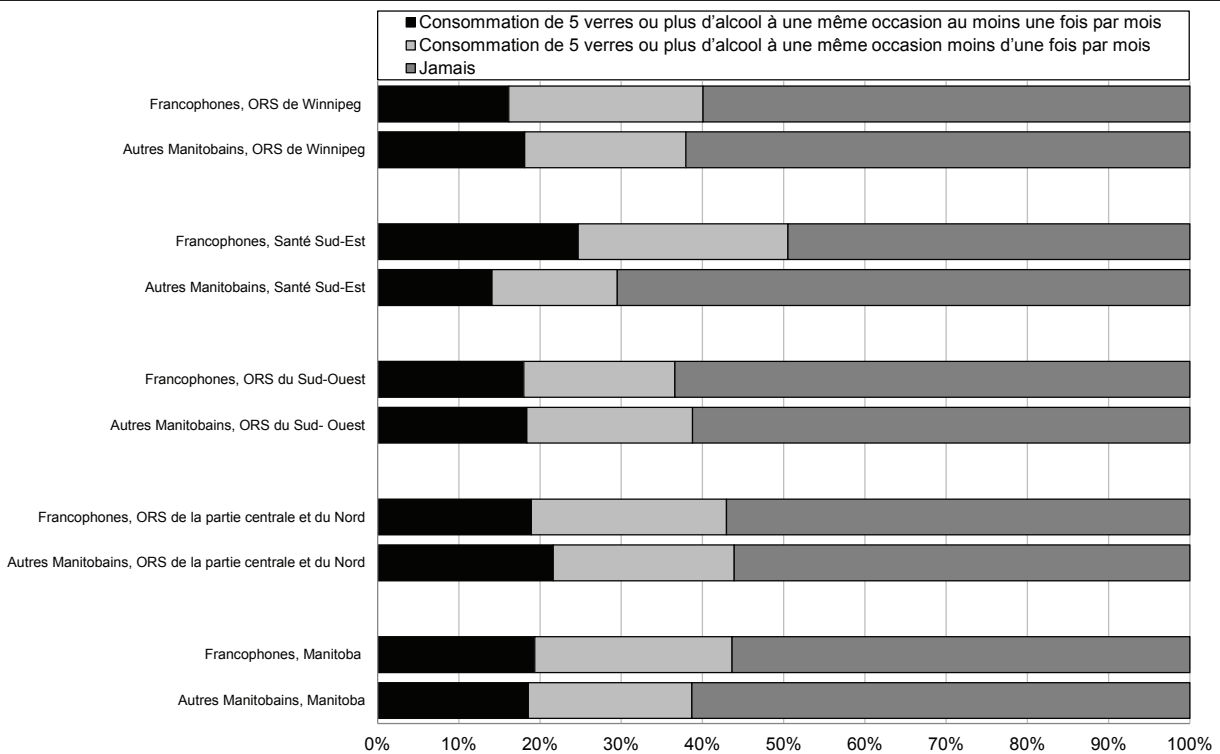
même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois et les autres (c.à.d. ceux qui n'ont jamais bu, ceux qui n'ont jamais bu 5 verres ou plus à une même occasion et ceux qui l'ont fait moins d'une fois par mois au cours de la dernière année). Les résultats de sept cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 17,9 % des francophones et 18,5 % des autres Manitobains ont rapporté une consommation occasionnelle excessive d'alcool, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, on constate une différence significative à Santé Sud-Est entre le taux de consommation occasionnelle excessive d'alcool des francophones (24,8 %) et celui des autres Manitobains (14,5 %), mais aucune différence n'est observée dans les autres régions.
- Les taux de consommation occasionnelle excessive d'alcool des francophones de certaines régions sont différents de celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableaux 15.15.12 et 15.15.13). Ces taux sont plus élevés à Santé Sud-Est et moins élevés à Winnipeg.

Figure 15.9.2 : Consommation occasionnelle excessive d'alcool (empilé bar)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

La Figure 15.9.2 montre aussi qui s'adonne à une consommation occasionnelle excessive d'alcool, mais moins fréquemment. Les francophones de la région desservie par Santé Sud-Est semblent avoir les taux les plus élevés de consommation occasionnelle excessive d'alcool.

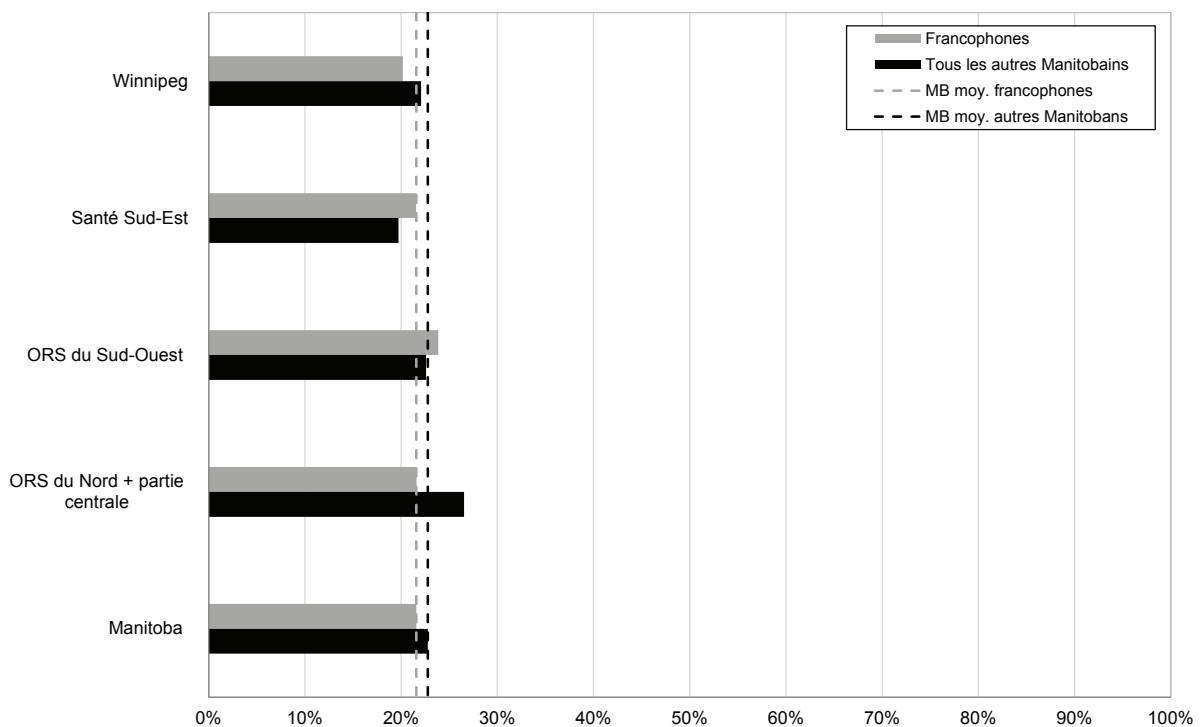
15.10 Tabagisme

Le tabagisme est l'action d'inhaler la fumée du tabac sous forme de cigarettes, de cigares ou dans une pipe. Le tabagisme endommage les poumons et augmente le risque de développer un cancer, notamment un cancer du poumon, ainsi qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique, de l'asthme, une cardiopathie et bien d'autres maladies.

L'indicateur de tabagisme s'applique aux réponses à plusieurs questions concernant les habitudes des fumeurs, ce qui a permis une répartition dans les groupes suivants : « fumeurs » (qui comprend les personnes qui fument tous les jours, qui ont déjà fumé tous les jours mais qui fument maintenant à l'occasion et les personnes qui fument essentiellement à l'occasion); « exfumeurs » (qui comprend les personnes qui fumaient tous les jours ou à l'occasion) et « non-fumeurs » (personnes qui n'ont jamais fumé). Les résultats de six cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.10.1 : Usage courant du tabac

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui fument tous les jours ou à l'occasion (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

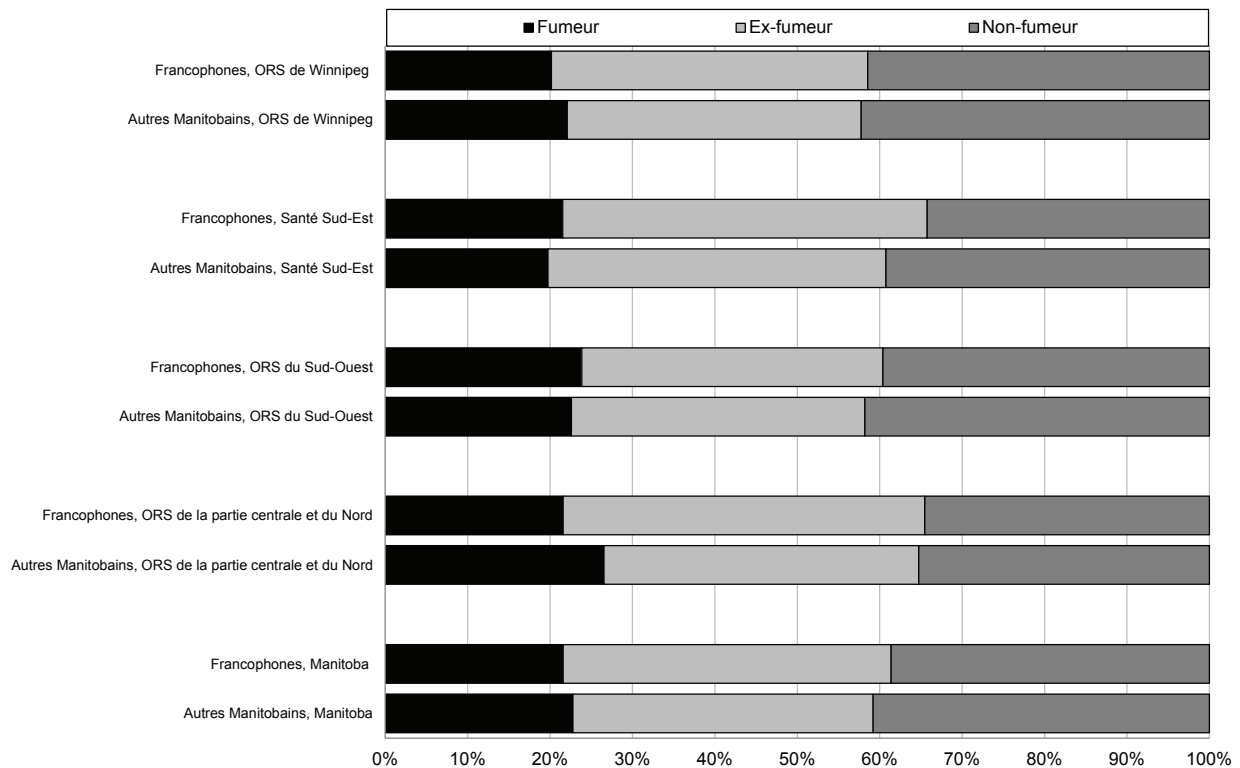
Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 21,2 % des francophones et 22,8 % des autres Manitobains ont rapporté qu'ils fument, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux de tabagisme entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux de tabagisme des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableaux 15.15.14 et 15.15.15).

Figure 15.10.2 : Tabagisme (empilé bar)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)



Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

La Figure 15.10.2 montre toutes les catégories de fumeurs. Il n'y a pas de différence apparente entre les groupes.

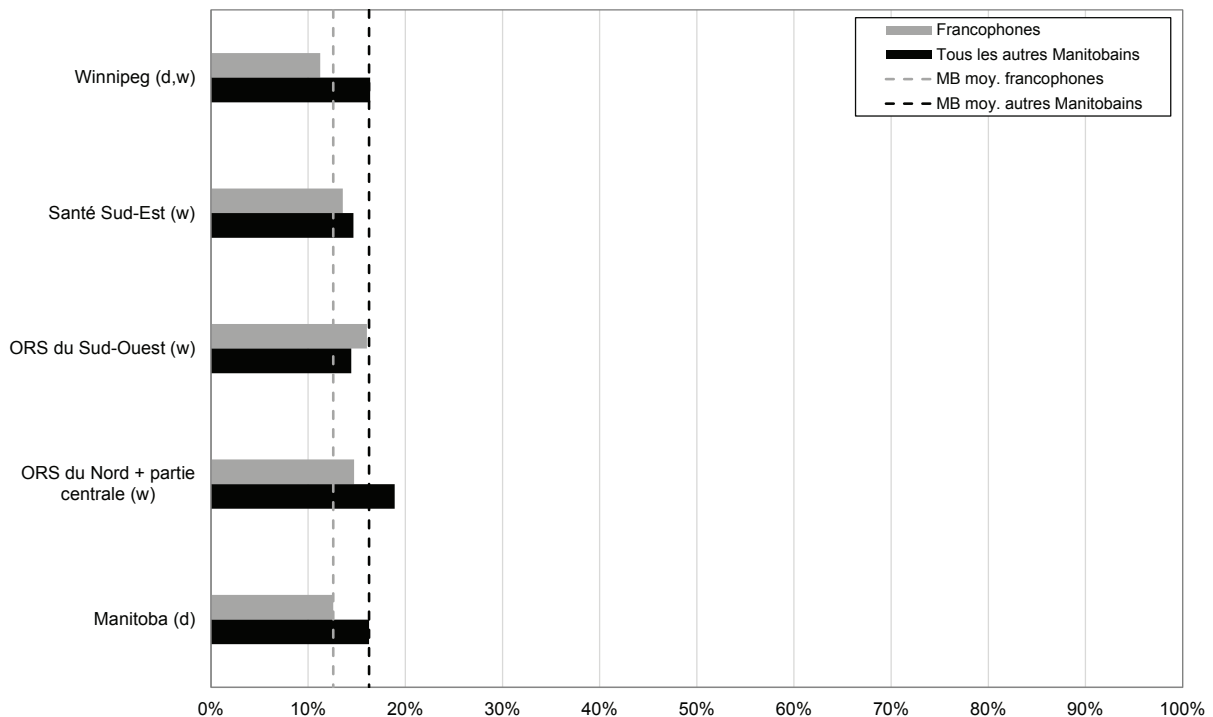
15.11 Exposition à la fumée secondaire

La fumée secondaire est la fumée ambiante provenant d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare allumé, ou encore la fumée exhalée par un fumeur. Lorsque vous êtes dans le même espace clos qu'un fumeur (p. ex., maison ou voiture), vous risquez de respirer sa fumée secondaire, qui nuit à la santé.

Les répondants à l'enquête qui ne vivaient pas seuls ou qui ne fumaient pas ont été invités à répondre à la question suivante : « En comptant les membres du ménage et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre maison, chaque jour ou presque chaque jour? » Les répondants ont été répartis en deux catégories : ceux qui ont été « exposés à la fumée secondaire » et « pas exposés à la fumée secondaire ». Les résultats de quatre cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.11.1 : Exposition à la fumée secondaire à domicile

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 12,6 % des francophones et 16,3 % des autres Manitobains ont rapporté être exposés à la fumée secondaire, ce qui constitue une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, on constate une différence significative à Winnipeg entre le taux d'exposition à la fumée secondaire des francophones (11,3 %) et celui des autres Manitobains (16,4 %), mais aucune différence n'est observée dans les autres régions.
- Les taux d'exposition à la fumée secondaire des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.16).

Les Tableaux 15.11.1 et 15.11.2 rapportent les résultats de deux modèles de régression logistique, soit un modèle de base où l'association entre le fait d'être francophone et l'exposition à la fumée secondaire est établie après la prise en compte des facteurs de l'âge, du sexe et de la région, et un modèle complet qui tient compte aussi de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie. La tendance générale des résultats du modèle de base va de pair avec les résultats de l'analyse initiale, à savoir que les francophones sont moins portés à rapporter qu'ils sont exposés à la fumée secondaire (rapport de cotes : 0,81). Cependant, les résultats du modèle de base ne sont pas statistiquement significatifs. Les différences entre l'analyse initiale et la présente analyse sont probablement dues aux différentes méthodes statistiques utilisées.

Tableau 15.11.1 : Modèle de régression logistique de la probabilité d'exposition à la fumée secondaire à l'intérieur du domicile

Modèle de base

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	0,81 (0,60 - 1,09)
Âge	0,98 (0,98 - 0,99)
Hommes (vs femmes)	0,96 (0,82 - 1,12)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,83 (0,69 - 0,98)
Partie centrale	1,00 (0,85 - 1,18)
Nord	1,78 (1,44 - 2,19)
Brandon	1,06 (0,79 - 1,41)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.11.2 : Modèle de régression logistique de la probabilité d'exposition à la fumée secondaire à l'intérieur du domicile

Modèle complet

Covariables	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance à 95 %)
Cohorte francophone (vs groupe témoin)	1,01 (0,71 - 1,44)
Âge	1,00 (0,99 - 1,01)
Hommes (vs femmes)	0,82 (0,65 - 1,02)
Régions regroupées (réf. = Winnipeg)	
Sud-Ouest	0,69 (0,55 - 0,87)
Partie centrale	0,83 (0,66 - 1,05)
Nord	1,13 (0,84 - 1,51)
Brandon	0,74 (0,54 - 1,01)
Marié ou en union de fait (vs célibataire)	0,92 (0,73 - 1,15)
Revenu du ménage (par tranche de 10 000 \$)	1,00 (0,99 - 1,00)
Diplôme d'études secondaires (vs non)	0,69 (0,53 - 0,90)
Occupe un emploi (vs non)	0,99 (0,77 - 1,27)
Sentiment d'appartenance à la collectivité locale (vs non)	0,78 (0,63 - 0,96)
Cinq verres ou plus à une occasion (vs non)	1,55 (1,20 - 1,99)
Usage du tabac (vs non)	10,19 (8,22 - 12,63)
Indice de masse corporelle	1,03 (1,01 - 1,04)
Indice d'activité physique durant les loisirs (réf. = inactivité)	
Actif	0,67 (0,51 - 0,87)
Modérément actif	0,56 (0,44 - 0,72)

Les caractères gras signalent une différence significative avec $p < 0,05$

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

L'exposition à la fumée secondaire pourrait être influencée par des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie. Dans le modèle complet, lorsque ces facteurs supplémentaires sont pris en compte, l'effet lié au fait d'être francophone disparaît (rapport de cotes : 1,01). Cela donne à penser que la relation entre le fait d'être francophone et l'exposition à la fumée secondaire est due à des facteurs sociodémographiques et à des facteurs liés au style de vie.

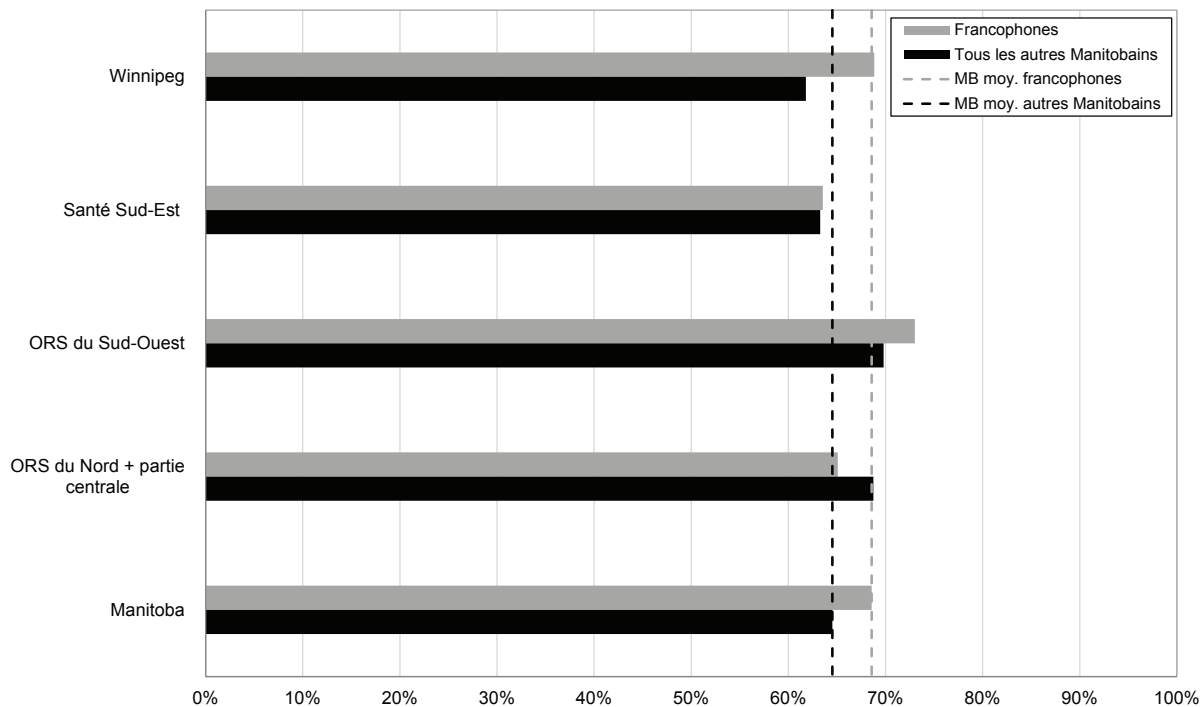
15.12 Activité physique totale (travail, déplacements et loisirs)

Le Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine recommande aux Canadiens d'accumuler de 30 à 60 minutes d'activité physique modérée chaque jour afin de bénéficier des avantages pour la santé qu'on en retire. L'Agence de la santé publique du Canada précise que les avantages de l'activité physique régulière comprennent la protection contre les maladies et la mort prématurée, un plus grand bien-être, une croissance et un développement optimaux pendant l'enfance et une plus grande autonomie au troisième âge.

L'indicateur d'activité physique totale repose sur la valeur de dépense énergétique quotidienne moyenne (kcal/kg/jour) calculée à partir d'une série de questions concernant l'activité physique totale habituelle au travail, dans les déplacements et dans les loisirs. Les répondants à l'Enquête âgés de 15 à 75 ans ont été répartis en deux catégories : « actifs et modérément actifs » et « inactifs ». Les résultats de quatre cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.12.1 : Activité physique (travail, déplacements et loisirs)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe des résidents âgés de 15 à 75 ans qui sont physiquement actifs (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1 et 3.1)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba
 « d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes
 « w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 68,6 % des francophones et 64,5 % des autres Manitobains étaient physiquement actifs, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'activité physique totale entre les francophones et les autres Manitobains.
- Les taux d'activité physique totale des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 15.15.17).

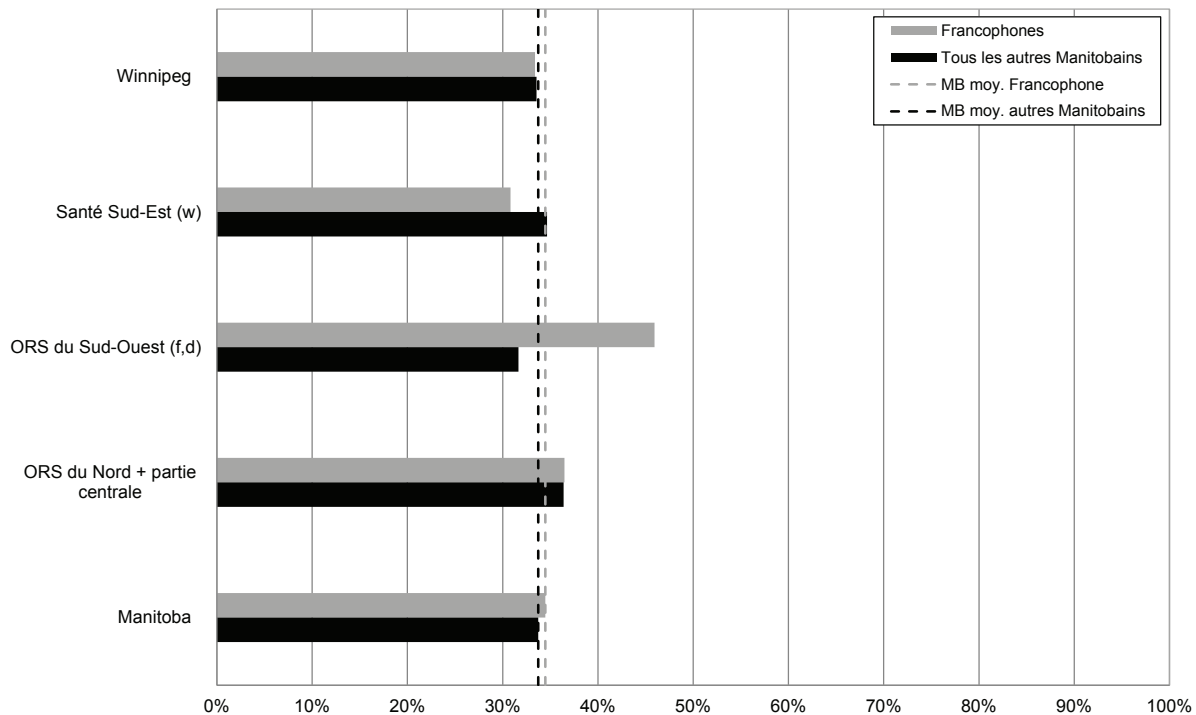
15.13 Limitations d'activités

D'après l'Agence de la santé publique du Canada, environ un Canadien sur huit a une déficience physique ou mentale. Il peut s'agir de limitations mineures, comme un mal de dos, de limitations modérées, comme l'arthrite, ou de limitations majeures, comme la paraplégie. Les personnes ayant une déficience peuvent avoir de la difficulté à pratiquer des activités quotidiennes comme monter des escaliers, s'habiller et se nourrir.

L'indicateur des limitations d'activités repose sur une série de questions permettant de classer les répondants en fonction de la fréquence à laquelle ils subissent des limitations d'activités en raison d'une maladie ou d'un problème de santé physique ou mentale à long terme qui a duré ou qui est susceptible de durer six mois ou plus. Les répondants à l'enquête ont été répartis en deux catégories : « avec des limitations » et « sans limitations ». Les résultats de cinq cycles (ou années) de l'ESCC ont été inclus et ajustés selon l'âge et le sexe.

Figure 15.13.1 : Limitations d'activités dues à une déficience physique ou mentale

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe des résidents âgés de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008)



« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, 34,5 % des francophones et 33,7 % des autres Manitobains ont rapporté des limitations d'activités dues à un problème de santé physique ou mentale, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative.
- À l'échelle régionale, on constate des différences dans les taux de limitations d'activités entre les francophones et les autres Manitobains des ORS du Sud-Ouest, mais pas dans les autres régions.
- Les taux de limitations d'activités des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux des ORS du Sud-Ouest (Tableau 15.15.18).

15.14 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Bouchard, Gilbert, Landry et Deveau ont rapporté que les gens au bas de l'échelle sociale sont plus portés à adopter des styles de vie nuisibles à leur santé (tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation, comportement sexuel à risque, etc.). Ils ont aussi un accès limité aux ressources ainsi qu'aux services sociaux et de santé (2006).

État de santé déclaré

- En utilisant les données de l'ESCC, Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois ont découvert que parmi les Canadiens vivant à l'extérieur du Québec, les francophones étaient plus portés à dire que leur santé était passable ou mauvaise (18 %) que les anglophones (13 %). Lorsque des modèles de régression logistique étaient créés afin de tenir compte de facteurs liés au style de vie, de facteurs sociodémographiques, du type de famille, du lieu de résidence et de la présence de maladie chronique, ces différences subsistaient chez les hommes. Ce n'était pas le cas chez les femmes, car les différences n'étaient plus apparentes une fois les facteurs supplémentaires pris en compte. De plus, les auteurs ont rapporté qu'au Québec, les francophones étaient moins portés à dire que leur santé était passable ou mauvaise (12 %) que les anglophones (14 %) (2009).
- Une étude récente de Bélanger et coll. a établi qu'il n'y avait pas de différences entre les francophones et les anglophones du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à l'état de santé perçu une fois l'âge, les comportements en lien avec la santé, les variables sociodémographiques et les états pathologiques pris en compte. Les auteurs ont souligné que des progrès importants ont été accomplis au chapitre de l'accès aux services de santé par les francophones de la province du Nouveau-Brunswick, notamment l'augmentation du nombre de médecins parlant français, la formation médicale en français dans la province et la création du poste de sous-ministre délégué à la santé (services francophones) (2011).
- Kopec, Williams, To et Austin ont utilisé les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP 1994–1995) pour étudier l'état de santé des Canadiens-Français, des Canadiens-Anglais et des Canadiens bilingues. Ils en sont arrivés à la conclusion que les comparaisons interculturelles de l'état de santé peuvent aboutir à des conclusions différentes, tout dépendant si le résultat est défini comme une bonne ou une mauvaise santé. Les auteurs ont rapporté qu'il y avait davantage de douleur chronique et d'inconfort parmi les Canadiens-Français, suivis des Canadiens bilingues, mais que la fonction cognitive était meilleure chez les Canadiens-Français et les Canadiens bilingues que chez les Canadiens-Anglais. Enfin, les Canadiens bilingues étaient moins susceptibles d'être classés comme dysfonctionnels que les Canadiens-Anglais, après la prise en compte de variables socioéconomiques (2001).

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a rapporté que les francophones étaient moins portés à dire que leur état de santé était « très bon » ou « excellent » (62 %) que l'ensemble de la population ontarienne (65 %) (2010).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario, Boudreau et Farmer ont établi que 22 % des hommes anglophones de 45 à 64 ans ont indiqué être en excellente santé comparativement à 15 % des francophones (1999).
- *Dans la présente étude, on n'a constaté aucune différence dans les taux d'état de santé déclaré comme « excellent » ou « très bon » entre les francophones et les autres Manitobains (58,9 % et 59,1 %). L'analyse par cohorte de naissance (au chapitre 17) n'a fait ressortir aucune différence statistiquement significative entre les groupes d'âge.*

Indice de masse corporelle (IMC)

- Joffres et MacLean ont constaté que les résidents du Québec avaient une prévalence plus faible d'embonpoint que les résidents des autres provinces (Québec : 28 %, autres provinces : 33 %), à l'exception des femmes du Québec âgées de 65 à 74 ans, qui étaient plus portées à faire de l'embonpoint que les femmes de ce groupe d'âge qui résident dans les autres provinces (45 % et 38 %). Les auteurs ont constaté que la prévalence plus faible d'embonpoint au Québec va de pair avec la prévalence plus faible d'hypertension. Par contre, les taux élevés d'usage du tabac pourraient expliquer l'IMC moins élevé et des taux de dyslipidémie plus élevés (1999).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a établi que moins de la moitié des francophones (44 %) avaient un « poids acceptable » d'après leur IMC (IMC de 20 à 27). Selon l'IRSS, le tiers des francophones (31 %) de 20 à 64 ans faisaient de l'embonpoint en 1996, ce qui constituait un taux plus élevé que taux provincial global (28 %). L'IRSS s'est rendu compte que pour l'ensemble de la population, une relation significative existe entre la catégorie de poids et le tabagisme. Dans la population francophone, 33 % des personnes ayant un poids insuffisant (IMC<20) fumaient comparativement à 24 % des personnes faisant de l'embonpoint (IMC>27) (2010).
- L'organisme Partners in Planning for Healthy Living a rapporté que, parmi les jeunes francophones du Manitoba, 67 % des garçons et 76 % des filles entraient dans la catégorie des gens ayant un poids santé. Il a établi que 13 % des élèves trouvaient qu'ils avaient un poids insuffisant, 18 % qu'ils faisaient de l'embonpoint et 67 % qu'ils avaient un poids santé (Action Cancer Manitoba, DSFM et CCS, 2009).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative à l'échelle provinciale n'est constatée dans les taux d'embonpoint et d'obésité des francophones et des autres Manitobains (63 % et 66 %).*

Consommation occasionnelle excessive d'alcool

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a rapporté qu'une proportion plus faible de francophones (9 %) avaient tendance à dire qu'ils avaient consommé 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion que les anglophones (11 %). Le taux des allophones (5 %) était sensiblement inférieur à ceux des deux autres groupes. Alors qu'en Ontario, plus de femmes que d'hommes étaient des consommateurs d'alcool à faible risque, cette différence entre les sexes n'était pas statistiquement significative dans la population francophone (2010).
- L'organisme Partners in Planning for Healthy Living a rapporté que 52 % des jeunes francophones du Manitoba avaient pris au moins un verre d'alcool dans les 30 jours précédents (Action Cancer Manitoba et coll., 2009).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative à l'échelle provinciale n'est constatée dans les taux de consommation occasionnelle excessive d'alcool (cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion) des francophones et des autres Manitobains (18 % et 19 %).*

Tabagisme

- Joffres et MacLean ont rapporté que le taux de tabagisme était beaucoup plus élevé au Québec (32 %) que dans les autres provinces (25 %). Les auteurs ont fait remarquer que la prévalence plus élevée de tabagisme était due aux taux élevés parmi les groupes d'âge plus jeunes (1999).
- O'Loughlin, Maximova, Tan, Gray et Donald ont constaté que c'était parmi les participants d'origine canadienne-française que la prévalence de tabagisme était la plus élevée (2007).
- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a rapporté qu'une proportion significative de francophones de l'Ontario fumaient comparativement aux autres groupes linguistiques. Le taux de tabagisme était de 30 % chez les francophones, de 27 % chez les anglophones et de 19 % chez les allophones. Ces différences persistaient lorsque les taux actuels de tabagisme étaient pris en compte : 26 % chez les francophones, 22 % chez les anglophones et 14 % chez les allophones. La différence entre les groupes linguistiques revenait dans tous les groupes d'âge. Les francophones étaient aussi moins portés à n'avoir jamais fumé (39 %) que la population en général (47 %) (2010).
- Boudreau et Farmer ont constaté que, dans l'Enquête sur la santé en Ontario, il y avait 7 % de plus de fumeurs parmi les francophones que parmi les anglophones (1999).
- Dans son enquête sur la santé des jeunes au Manitoba, l'organisme Partners in Planning for Healthy Living a constaté que 17 % des garçons et 13 % des filles francophones (9^e à la 12^e année) étaient des fumeurs. Il a rapporté aussi que 36 % des fumeurs et 44 % des fumeuses avaient l'intention de cesser de fumer à un moment donné à l'avenir (Action Cancer Manitoba et coll., 2009).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est constatée à l'échelle provinciale dans les taux de tabagisme entre les francophones et les autres Manitobains (21 % et 23 %).*

Exposition à la fumée secondaire

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a rapporté que le taux de tabagisme plus élevé chez les francophones entraîne une plus grande exposition à la fumée secondaire. En 1996, 69 % des Ontariens vivaient dans un foyer sans fumée. Ce pourcentage était beaucoup moins élevé chez les francophones (62 %) comparativement aux anglophones (67 %) et aux allophones (77 %) (2010).
- *Dans la présente étude, une fois les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés au style de vie pris en compte, aucune différence significative n'est constatée à l'échelle provinciale dans les taux d'exposition à la fumée secondaire entre les francophones et les autres Manitobains (13 % et 16 %).*

Activité physique totale (travail, déplacements et loisirs)

- Joffres et MacLean n'ont rapporté aucune tendance distincte dans la sédentarité du mode de vie entre les résidents du Québec et ceux des autres provinces. Les hommes du Québec de 18 à 34 ans ainsi que les femmes du Québec de 35 à 64 ans tendent à être moins sédentaires que les personnes de ces groupes d'âge dans les autres provinces (31 % et 35 %; 36 % et 40 %, respectivement) (1999).
- Bourque, Ouellette, Singleton et Béland ont examiné les facteurs liés au style de vie dans une sous-catégorie d'Acadiens plus âgés formée de 834 femmes et de 447 hommes de 64 à 94 ans. Les femmes acadiennes plus âgées ont rapporté faire moins d'activité physique que les hommes. On a observé que le nombre de limitations fonctionnelles était associé à moins d'activité physique, et que le fait d'être un non-fumeur était associé à plus d'activité physique (2005).

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (1996–1997), l'IRSS a indiqué qu'une proportion nettement plus élevée de francophones (24 %) étaient « actifs » selon l'indice d'activité physique que la population de l'Ontario en général (21 %). Lorsqu'une comparaison entre les groupes linguistiques était effectuée, la différence entre les allophones et les francophones demeurait significative, tandis que la différence entre les francophones et les anglophones était presque significative (2010).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est constatée à l'échelle provinciale dans les taux d'activité physique entre les francophones et les autres Manitobains (69 % et 65 %).*

Limitations d'activités

- En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario, l'IRSS a établi qu'une proportion plus élevée de francophones ont rapporté des limitations d'activités attribuables à une déficience physique ou mentale comparativement à l'ensemble de la population (francophones, par groupes d'âge : 20–44, 5 %; 45–64, 15 %; 65–74, 22 %; 75 et plus, 50 %; anglophones, par groupes d'âge : 20–44, 4 %; 45–64, 9 %; 65–74, 20 %; 75 et plus, 43 %) (2010).
- *Dans la présente étude, aucune différence significative n'est constatée à l'échelle provinciale dans les taux de limitations d'activités entre les francophones et les autres Manitobains (35% et 34%).*

15.15 Tableaux supplémentaires

Tableau 15.15.1 : État de santé déclaré

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont rapporté que leur santé était excellente ou très bonne (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	61,56 (56,26 - 66,85)	59,71 (58,26 - 61,16)
Santé Sud-Est	54,84 (48,93 - 60,74)	58,13 (54,33 - 61,93)
ORS du Sud-Ouest	57,96 (50,61 - 65,30)	61,19 (59,72 - 62,66)
ORS du Nord + partie centrale	54,39 (45,32 - 63,45)	55,30 (53,66 - 56,94)
Manitoba	58,93 (55,34 - 62,52)	59,18 (58,21 - 60,15)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.2 : Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'état de santé déclaré par les répondants de 12 ans et plus

Somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008

Région	Excellent/ Très bon	Bon	Passable/ Mauvais
Francophones, Winnipeg	61,6%	27,3%	11,1%
Autres Manitobains, Winnipeg	59,7%	28,8%	11,5%
Francophones, Santé Sud-Est	54,8%	32,2%	12,9%
Autres Manitobains, Santé Sud-Est	58,1%	29,7%	12,1%
Francophones, ORS du Sud-Ouest	58,0%	29,7%	12,3% (w)
Autres Manitobains, ORS du Sud-Ouest	61,2%	28,5%	10,3%
Francophones, ORS de la partie centrale et du Nord	54,4%	32,1%	13,5% (w)
Autres Manitobains, ORS de la partie centrale et du Nord	55,3%	30,7%	14,0%
Francophones, Manitoba	58,9%	28,8%	12,3%
Autres Manitobains, Manitoba	59,2%	29,1%	11,7%

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.3 : État de santé mentale déclaré

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont qualifié leur santé mentale d'excellente ou de très bonne (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg (d)	65,98 (58,24 - 73,71)	75,93 (74,20 - 77,66)
Santé Sud-Est	65,46 (57,53 - 73,38)	71,05 (67,68 - 74,43)
ORS du Sud-Ouest	68,87 (60,69 - 77,04)	72,79 (70,89 - 74,69)
ORS du Nord + partie centrale	74,88 (67,02 - 82,73)	71,01 (69,35 - 72,66)
Manitoba (d)	66,88 (62,05 - 71,71)	74,23 (73,13 - 75,34)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.4 : Taux ajustés selon l'âge et le sexe de l'état de santé mentale déclaré par les répondants de 12 ans et plus

Somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008

Région	Excellent/ Très bon	Bon	Passable/ Mauvais
Francophones, ORS de Winnipeg	65,5%	(s)	(s)
Autres Manitobains, ORS de Winnipeg	71,1%	24,3%	4,6% (w)
Francophones, Santé Sud-Est	68,9%	23,1%	8,1%
Autres Manitobains, Santé Sud-Est	72,8%	22,8%	4,4%
Francophones, ORS du Sud-Ouest	74,9%	(s)	(s)
Autres Manitobains, ORS du Sud-Ouest	71,0%	23,9%	5,1% (w)
Francophones, ORS de la partie centrale et du Nord	66,0% (d)	27,4% (d)	6,6%
Autres Manitobains, ORS de la partie centrale et du Nord	75,9% (d)	19,7% (d)	4,4% (w)
Francophones, Manitoba	66,9% (d)	27,5% (d)	5,7%
Autres Manitobains, Manitoba	74,2% (d)	21,2% (d)	4,5%

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.5 : Bien-être émotionnel

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont rapporté être heureux et intéressés à vivre (cycles de l'ESCC 1.1)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	71,02 (59,70 - 82,34)	73,53 (71,04 - 76,03)
Santé Sud-Est	80,36 (71,69 - 89,04)	80,54 (75,81 - 85,27)
ORS du Sud-Ouest	78,18 (62,93 - 93,43)	75,95 (73,48 - 78,43)
ORS du Nord + partie centrale	82,65 (70,68 - 94,62)	78,91 (76,16 - 81,66)
Manitoba	75,78 (69,05 - 82,50)	75,24 (73,65 - 76,84)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.6 : Satisfaction à l'égard de la vie

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui ont rapporté être très satisfaits ou satisfaits (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
ORS de Winnipeg	0,92 (0,88 - 0,95)	0,91 (0,90 - 0,92)
Santé Sud-Est	0,94 (0,90 - 0,98)	0,95 (0,94 - 0,96)
ORS du Sud-Ouest	0,90 (0,84 - 0,96)	0,94 (0,93 - 0,95)
ORS du Nord + partie centrale	0,86 (0,78 - 0,95)	0,93 (0,92 - 0,94)
Manitoba	0,92 (0,89 - 0,94)	0,92 (0,91 - 0,93)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.7 : Stress vécu au quotidien

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 15 ans et plus qui ont rapporté que leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	22,02 (16,88 - 27,16)	20,60 (19,37 - 21,82)
Santé Sud-Est	18,29 (13,39 - 23,19)	18,72 (15,95 - 21,49)
ORS du Sud-Ouest	25,31 (18,27 - 32,34)	21,72 (20,10 - 23,35)
ORS du Nord + partie centrale (w)	15,84 (9,31 - 22,37)	20,75 (19,46 - 22,03)
Manitoba	21,05 (17,56 - 24,54)	20,72 (19,88 - 21,56)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.8 : Stress au travail

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 15 à 75 ans qui ont rapporté que leurs journées au travail étaient assez ou extrêmement stressantes (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	24,59 (18,86 - 30,32)	28,56 (26,76 - 30,36)
Santé Sud-Est (w)	23,24 (15,06 - 31,42)	17,84 (14,57 - 21,10)
ORS du Sud-Ouest (w)	24,81 (16,74 - 32,89)	21,22 (19,59 - 22,86)
ORS du Nord + partie centrale (w)	20,86 (12,74 - 28,98)	25,64 (23,79 - 27,50)
Manitoba	23,81 (19,95 - 27,67)	26,08 (24,89 - 27,26)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.9 : Indice de masse corporelle (IMC)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 18 ans et plus considérés comme faisant de l'embonpoint ou obèses (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
ORS de Winnipeg	62,93 (57,32 - 68,54)	63,14 (61,73 - 64,55)
Santé Sud-Est (f,d)	56,86 (50,58 - 63,14)	68,18 (64,43 - 71,92)
ORS du Sud-Ouest	66,50 (57,94 - 75,06)	67,94 (66,24 - 69,63)
ORS du Nord + partie centrale (f)	76,42 (70,17 - 82,67)	73,06 (71,37 - 74,75)
Manitoba	63,22 (59,46 - 66,98)	65,84 (64,90 - 66,78)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.10 : Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'indice de masse corporelle (IMC) des répondants âgés de 18 ans et plus

Somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008

Région	Normal/ insuffisant	Embonpoint	Obèse
Francophones, ORS de Winnipeg	37,1%	39,9%	23,0%
Autres Manitobains, ORS de Winnipeg	36,9%	39,7%	23,5%
Francophones, Santé Sud-Est	43,1% (f,d)	34,0%	22,8%
Autres Manitobains, Santé Sud-Est	31,8% (d)	41,6%	26,6%
Francophones, ORS du Sud-Ouest	33,5%	35,9%	30,6%
Autres Manitobains, ORS du Sud-Ouest	32,1%	38,2%	29,7%
Francophones, ORS de la partie centrale et du Nord	23,6% (f)	47,3% (f,d)	29,2%
Autres Manitobains, ORS de la partie centrale et du Nord	26,9%	38,2% (d)	34,8%
Francophones, Manitoba	36,8%	39,1%	24,2%
Autres Manitobains, Manitoba	34,2%	39,1%	26,7%

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.11 : Consommation quotidienne moyenne de fruits et légumes

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui consomment des fruits et légumes au moins 5 fois par jour (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	37,00 (30,55 - 43,45)	33,00 (31,03 - 34,96)
Santé Sud-Est	31,98 (25,30 - 38,66)	26,51 (21,35 - 31,66)
ORS du Sud-Ouest	38,24 (28,28 - 48,20)	30,86 (28,81 - 32,92)
ORS du Nord + partie centrale	33,02 (23,17 - 42,88)	32,29 (30,43 - 34,16)
Manitoba	35,84 (31,79 - 39,88)	32,18 (30,86 - 33,49)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.12 : Consommation occasionnelle excessive d'alcool

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg (f)	14,55 (10,09 - 19,01)	18,35 (17,08 - 19,63)
Santé Sud-Est (f,d)	24,84 (19,91 - 29,76)	14,48 (11,63 - 17,33)
ORS du Sud-Ouest	18,39 (13,14 - 23,64)	17,97 (16,52 - 19,42)
ORS du Nord + partie centrale (w)	17,65 (11,29 - 24,02)	21,01 (19,60 - 22,42)
Manitoba	17,87 (14,86 - 20,88)	18,54 (17,68 - 19,41)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.13 : Taux normalisés selon l'âge et le sexe de la consommation excessive d'alcool des répondants âgés de 12 ans et plus

(Somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Consommation de 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins une fois par mois	Consommation de 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion moins d'une fois par mois	Jamais
Francophones, ORS de Winnipeg	16,1% (f)	23,9%	59,9% (f)
Autres Manitobains, ORS de Winnipeg	18,1%	19,8%	62,0%
Francophones, Santé Sud-Est	24,7% (f,d)	25,8% (d)	49,5% (f,d)
Autres Manitobains, Santé Sud-Est	14,1% (d)	15,4% (d)	70,5% (d)
Francophones, ORS du Sud-Ouest	18,0%	18,6%	63,4% (f)
Autres Manitobains, ORS du Sud-Ouest	18,4%	20,4%	61,2%
Francophones, ORS de la partie centrale et du Nord	18,9% (w)	24,0%	57,0%
Autres Manitobains, ORS de la partie centrale et du Nord	21,6%	22,3%	56,1%
Francophones, Manitoba	19,4%	24,3%	56,4% (d)
Autres Manitobains, Manitoba	18,5%	20,1%	61,3% (d)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.14 : Usage courant de tabac

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus qui fument tous les jours ou à l'occasion (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	20,17 (15,20 - 25,13)	22,08 (20,68 - 23,49)
Santé Sud-Est	21,55 (15,24 - 27,86)	19,74 (16,81 - 22,67)
ORS du Sud-Ouest	23,85 (16,82 - 30,88)	22,58 (21,12 - 24,05)
ORS du Nord + partie centrale	21,60 (15,58 - 27,62)	26,55 (25,08 - 28,02)
Manitoba	21,58 (18,23 - 24,92)	22,77 (21,84 - 23,71)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.15 : Taux normalisés selon l'âge et le sexe de l'usage du tabac des répondants âgés de 12 ans et plus

(Somme des cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Fumeur	Ex-fumeur	Non-fumeur
Francophones, ORS de Winnipeg	20,2%	38,4%	41,5%
Autres Manitobains, ORS de Winnipeg	22,1%	35,7%	42,2%
Francophones, Santé Sud-Est	21,5%	44,2%	34,3%
Autres Manitobains, Santé Sud-Est	19,7%	41,0%	39,2%
Francophones, ORS du Sud-Ouest	23,9%	36,5%	39,6%
Autres Manitobains, ORS du Sud-Ouest	22,6%	35,6%	41,8%
Francophones, ORS de la partie centrale et du Nord	21,6%	43,9%	34,5%
Autres Manitobains, ORS de la partie centrale et du Nord	26,5%	38,2%	35,3%
Francophones, Manitoba	21,6%	39,8%	38,6%
Autres Manitobains, Manitoba	22,8%	36,4%	40,8%

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.16 : Exposition à la fumée secondaire à domicile

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe d'un échantillon pondéré formé de répondants de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 2.1, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg (d,w)	11,25 (6,91 - 15,58)	16,38 (14,75 - 18,02)
Santé Sud-Est (w)	13,56 (8,20 - 18,91)	14,66 (11,79 - 17,52)
ORS du Sud-Ouest (w)	16,03 (8,18 - 23,89)	14,43 (12,97 - 15,89)
ORS du Nord + partie centrale (w)	14,72 (8,99 - 20,45)	18,90 (17,46 - 20,35)
Manitoba (d)	12,59 (9,69 - 15,48)	16,28 (15,23 - 17,33)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.17 : Activité physique (travail, déplacements et loisirs)

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe des résidents âgés de 15 à 75 ans qui sont physiquement actifs (somme des cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1 et 3.1)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	68,84 (61,52 - 76,15)	61,81 (59,50 - 64,12)
Santé Sud-Est	63,55 (55,11 - 71,99)	63,29 (58,60 - 67,97)
ORS du Sud-Ouest	73,02 (61,74 - 84,30)	69,81 (67,61 - 72,01)
ORS du Nord + partie centrale	65,09 (57,57 - 72,61)	68,74 (65,86 - 71,63)
Manitoba	68,57 (63,52 - 73,62)	64,53 (62,98 - 66,08)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 15.15.18 : Limitations d'activités dues à une déficience physique ou mentale

Pourcentage normalisé selon l'âge et le sexe des résidents âgés de 12 ans et plus (somme des cycles de l'ESCC 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008)

Région	Taux ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Taux ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Winnipeg	33,38 (27,13 - 39,63)	33,56 (31,74 - 35,38)
Santé Sud-Est (w)	30,83 (20,77 - 40,89)	34,67 (30,97 - 38,36)
ORS du Sud-Ouest (f,d)	45,94 (36,13 - 55,75)	31,67 (29,82 - 33,51)
ORS du Nord + partie centrale	36,48 (26,17 - 46,79)	36,39 (34,39 - 38,38)
Manitoba	34,47 (29,97 - 38,97)	33,72 (32,52 - 34,92)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux des francophones du secteur et la moyenne des francophones du Manitoba

« d » signale une différence statistiquement significative entre les taux des deux groupes

« w » signale un avertissement – le taux du secteur est extrêmement variable et devrait être interprété avec prudence

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 16 : Éducation

Indicateurs dans ce chapitre :

- 16.1 Instrument de mesure du développement de la petite enfance
- 16.1.1 Enfants « pas prêts » pour l'école
- 16.1.2 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être
- 16.1.3 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales
- 16.1.4 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective
- 16.1.5 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives
- 16.1.6 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales
- 16.2 Élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école
- 16.3 Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12^e année
- 16.4 Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12^e année
- 16.5 Achèvement des études secondaires
- 16.6 Constatations de l'analyse documentaire
- 16.7 Tableaux supplémentaires

Principales constatations générales

- Dans l'ensemble, le taux d'enfants de la cohorte francophone « pas prêts » pour l'école selon l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres enfants manitobains. Bien que les taux des deux groupes soient similaires sur le plan de la *santé physique* et du *bien-être* ainsi que des **habiletés sociales**, la moyenne des résultats des enfants francophones est moins élevée sur le plan de la *maturité affective*, des **habiletés langagières et cognitives** et des *capacités de communication* et des *connaissances générales*. Cependant, parmi les francophones, les taux d'achèvement des études secondaires et la proportion d'élèves ayant réussi l'examen de langue et de maths de 12^e année sont plus élevés.
- L'examen de chaque indicateur par région révèle une constance dans les différences entre les deux groupes à l'échelle provinciale, à quelques exceptions près.
- Au sein de la cohorte francophone, il y a quelques variations touchant la plupart des indicateurs entre les régions et la moyenne provinciale.

Ce chapitre contient des graphiques de rapports de taux aux fins de comparaison des taux des indicateurs de santé de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Un rapport de taux supérieur à 1 indique que le taux de l'indicateur de santé est plus élevé chez les francophones, tandis qu'un rapport de taux inférieur à 1 indique le contraire. L'analyse statistique indique si les différences entre les taux sont significatives ou si les différences apparentes sont dues au hasard. Les différences statistiquement significatives sont représentées par des traits noirs sur les graphiques. Les taux d'indicateurs de santé dans ce rapport sont basés sur les années financières, sauf pour quelques indicateurs où les années civiles ou scolaires ont été utilisées. Dans ces cas, les années seront précisées.

Les taux calculés sont également rapportés à la fin du chapitre. Ces taux calculés ne sont pas les taux de la population réelle, car la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains tendent à être plus jeunes que la population francophone et la population du Manitoba en général.

Dans tous les graphiques de ce rapport, le taux de mortalité prématurée (TMP) est utilisé comme moyen de classer les offices régionaux de la santé (ORS) et les secteurs communautaires (SC) de Winnipeg. Les régions les plus saines se retrouvent ainsi en tête de liste et les régions les moins saines au bas de

l'axe des y (côté gauche) de chaque graphique. Ce classement repose sur le TMP sur une période de dix ans pour assurer la stabilité du taux. Pour chaque graphique, le taux du Manitoba est normalisé par la méthode directe afin de tenir compte de la population du Manitoba réelle.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres Manitobains.

Tableau 16.0 : Sommaire des indicateurs de l'éducation comparant la cohorte francophone au groupe témoin par secteur de résidence

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Proportion d'enfants « pas prêts » pour l'école dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance, années scolaires 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
Brandon (f,d)	↑	↑
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface (d)	↑	
Proportion d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective, années scolaires 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
Winnipeg, autres (d)	↑	
Proportion d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives, années scolaires 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
ORS de la partie centrale (d)	↑	
Proportion d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales, années scolaires 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
Proportion d'élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école, années scolaires 2003 à 2006 - 2005 à 2008		
Manitoba		
Santé Sud-Est		
SE Nord (f)		↕
Brandon (f,d)	↓	↕
Winnipeg		
St. Vital		
St. Vital Sud (d)	↓	↓
River Heights (f,d)		↓
Centre-ville (f)		↓
Point Douglas (f)		↓
Proportion d'élèves ayant fait l'examen de langue de 12^e année par ORS, 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
Centre (d)	↑	
Nord-Est (d)	↑	
Parcs (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↑	
St. Vital (f,d)	↑	↑
St. Vital Sud (f,d)	↑	↑
River East (f)		↕
Centre-ville (f)		↓
ORS de la partie centrale (d)	↑	
ORS du Nord (d)	↑	

Région	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé au taux du groupe témoin dans la même région (d)	Taux de la cohorte francophone du secteur comparé à la moyenne de la cohorte francophone au Manitoba (f)
Proportion d'élèves ayant fait l'examen de maths de 12^e année par ORS, 2005-2006 et 2006-2007		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est		
SE Ouest (f)		↑
Centre (d)	↑	
Nord-Est (d)	↑	
Parcs (d)	↑	
Burntwood (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↑	
St. Vital (f,d)	↑	↑
St. Vital Sud (f,d)	↑	↑
Centre-ville (f)		↕
ORS de la partie centrale (d)	↑	
ORS du Nord (d)	↑	
Taux d'achèvement des études secondaires, 2005-2006 et 2007-2008		
Manitoba (d)	↑	
Santé Sud-Est (d)	↑	
SE Nord (d)	↑	
Centre (d)	↑	
Parcs (d)	↑	
Winnipeg (d)	↑	
St. Boniface		
St. Boniface Ouest (d)	↑	
Centre-ville (f)		↓

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

↑ signale que le taux des francophones est plus élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement supérieur à la moyenne de l'ensemble des francophones (colonne 3).

↓ signale que le taux des francophones est moins élevé que celui du groupe témoin dans ce secteur (colonne 2) ou que le taux de la cohorte francophone dans un secteur est statistiquement inférieur à la moyenne de l'ensemble des francophones.

L'absence de flèche signale qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes de référence.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

16.1 Instrument de mesure du développement de la petite enfance

L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) est une mesure du développement fondée sur la population des enfants de la maternelle à l'échelle communautaire.

On s'en sert pour évaluer la maturité scolaire des enfants à leur entrée à l'école. L'IMDPE indique où se situent les enfants par rapport aux cinq domaines du développement de l'enfance précisés dans le tableau ci-dessous. Les enfants peuvent être classés comme « pas prêts » pour l'école dans l'un ou l'autre des aspects du développement de la petite enfance si leurs résultats se situent sous la limite du 10^e percentile²⁰.

20 La limite est établie en fonction des résultats de l'IMDPE au Manitoba.

Tableau 16.1 : Domaines et sous-domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

DOMAINS (mesures du développement)	SOUS-DOMAINES
Santé physique et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • Aptitude physique requise pour entrer à l'école • Autonomie physique • Motricité globale et fine
Habiletés sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des habiletés sociales • Responsabilité et respect d'autrui • Façons d'apprendre • Empressement à découvrir de nouvelles choses
Maturité affective	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement à caractère sociable • Comportement anxieux et craintif • Comportement d'un être malheureux ou triste • Hyperactivité et inattention
Habiletés langagières et cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'alphabétisation de base • Intérêt pour la lecture, reconnaissance des chiffres et des formes • Niveau d'alphabétisation plus élevé • Notions élémentaires de calcul
Capacités de communication et connaissances générales	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à communiquer • Désir d'augmenter ses connaissances générales

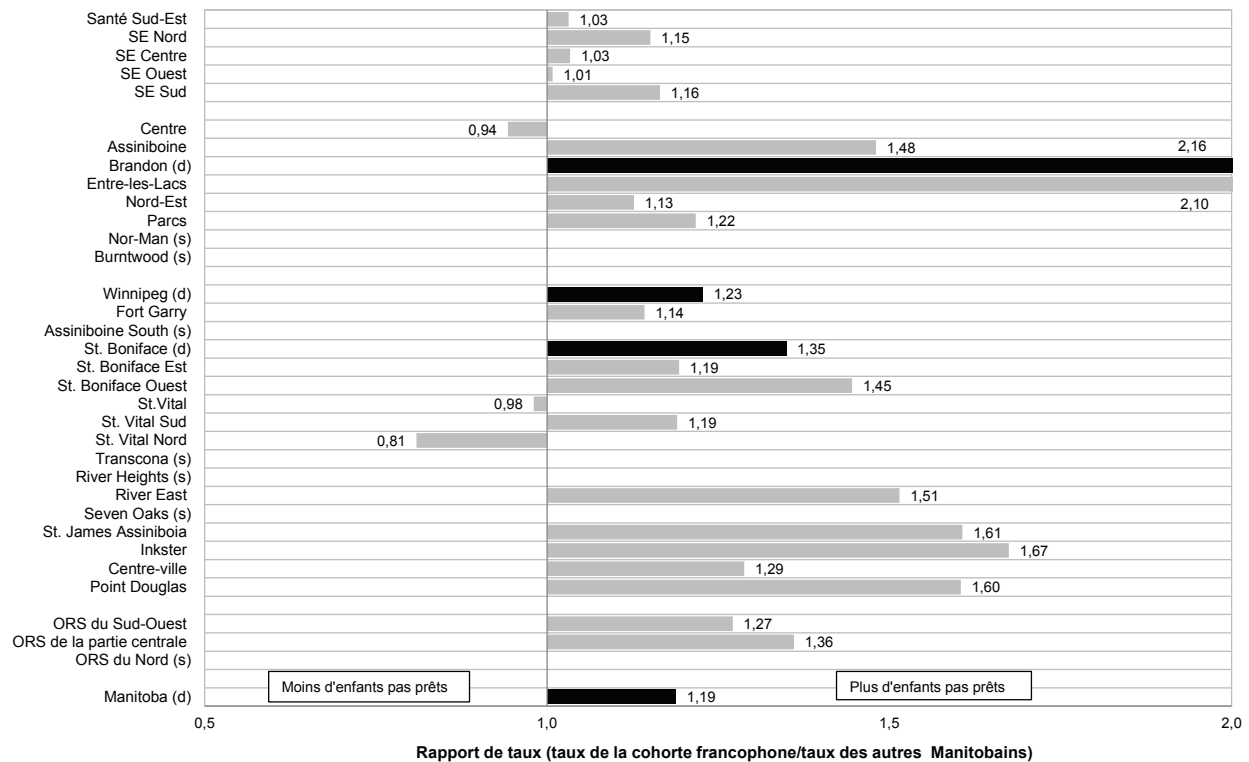
16.1.1 Enfants « pas prêts » pour l'école

Les enfants dont les résultats se situent sous la limite du 10^e percentile dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance sont considérés comme n'étant « pas prêts » pour l'école²¹. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

21 La limite est établie en fonction des résultats de l'IMDPE au Manitoba.

Figure 16.1.1 : Enfants « pas prêts » pour l'école dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007
Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'enfants « pas prêts pour l'école » de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,19).
- On constate également des différences significatives à Brandon (rapport de taux : 2,16), à Winnipeg (rapport de taux : 1,23) et à Saint-Boniface (rapport de taux : 1,35), où les taux de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'enfants francophones « pas prêts pour l'école » de la plupart des régions sont similaires au taux des enfants francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Brandon, dont le taux est plus élevé que le taux des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.1).

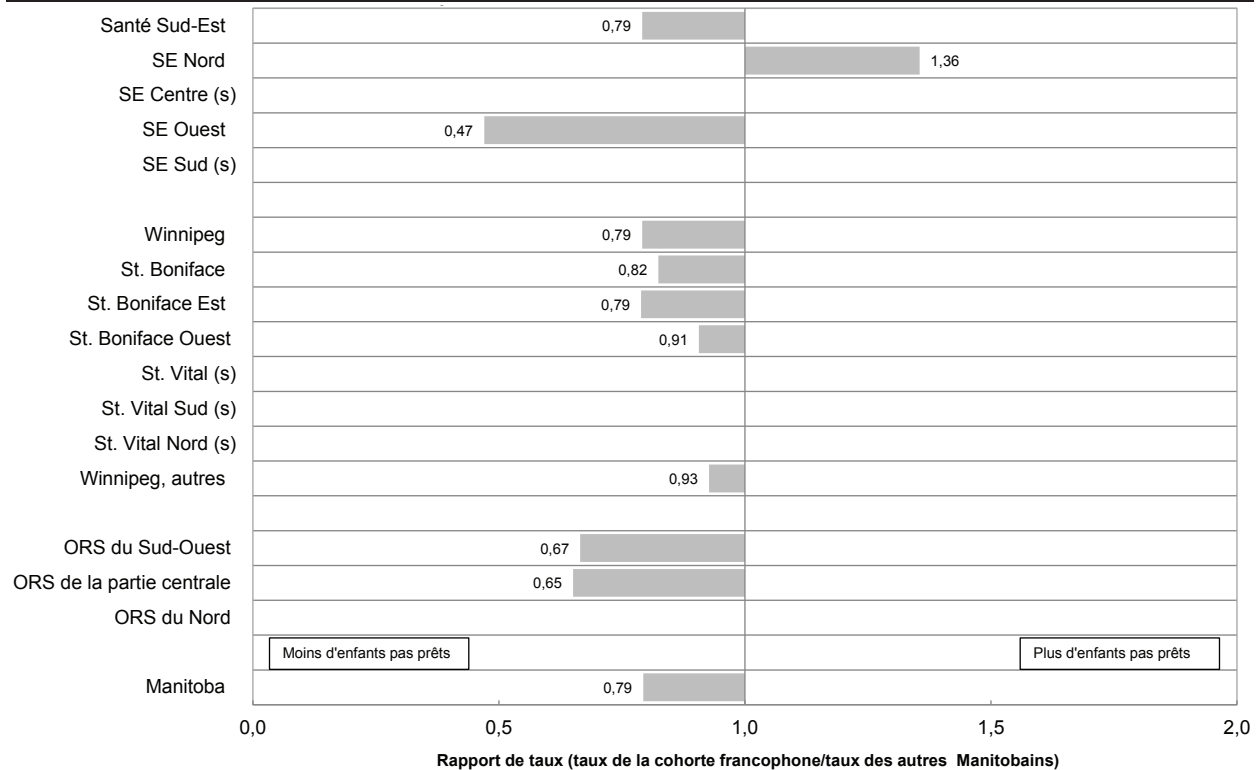
16.1.2 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être

La santé physique et le bien-être se rapportent à l'aptitude physique requise pour entrer à l'école, à l'autonomie physique, à l'état de santé général, à la motricité globale et fine, etc. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats à ce chapitre se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.1.2 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,79).
- Les taux relatifs à la santé physique et au bien-être des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.2).

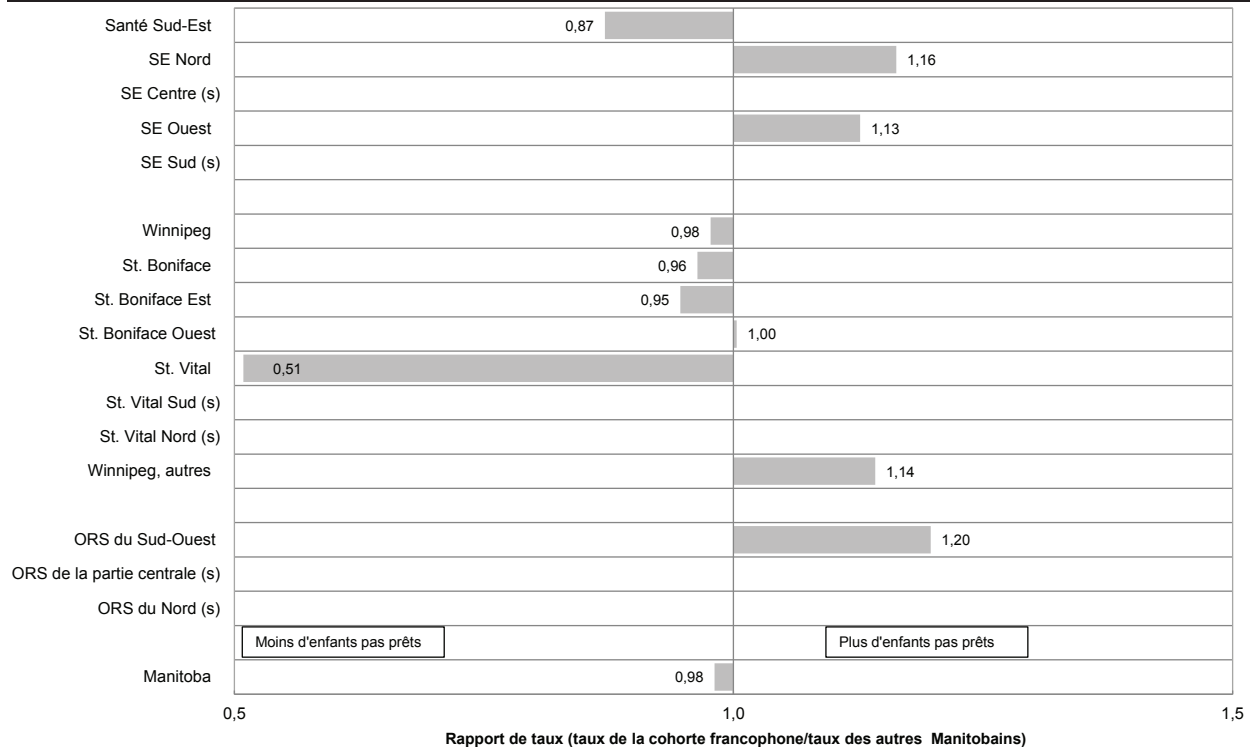
16.1.3 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales

Les habiletés sociales se rapportent à la responsabilité et au respect d'autrui, aux façons d'apprendre, à l'empressement à découvrir de nouvelles choses et au partage. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats à ce chapitre se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.1.3 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale et régionale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 0,98).
- Les taux relatifs aux habiletés sociales des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.3).

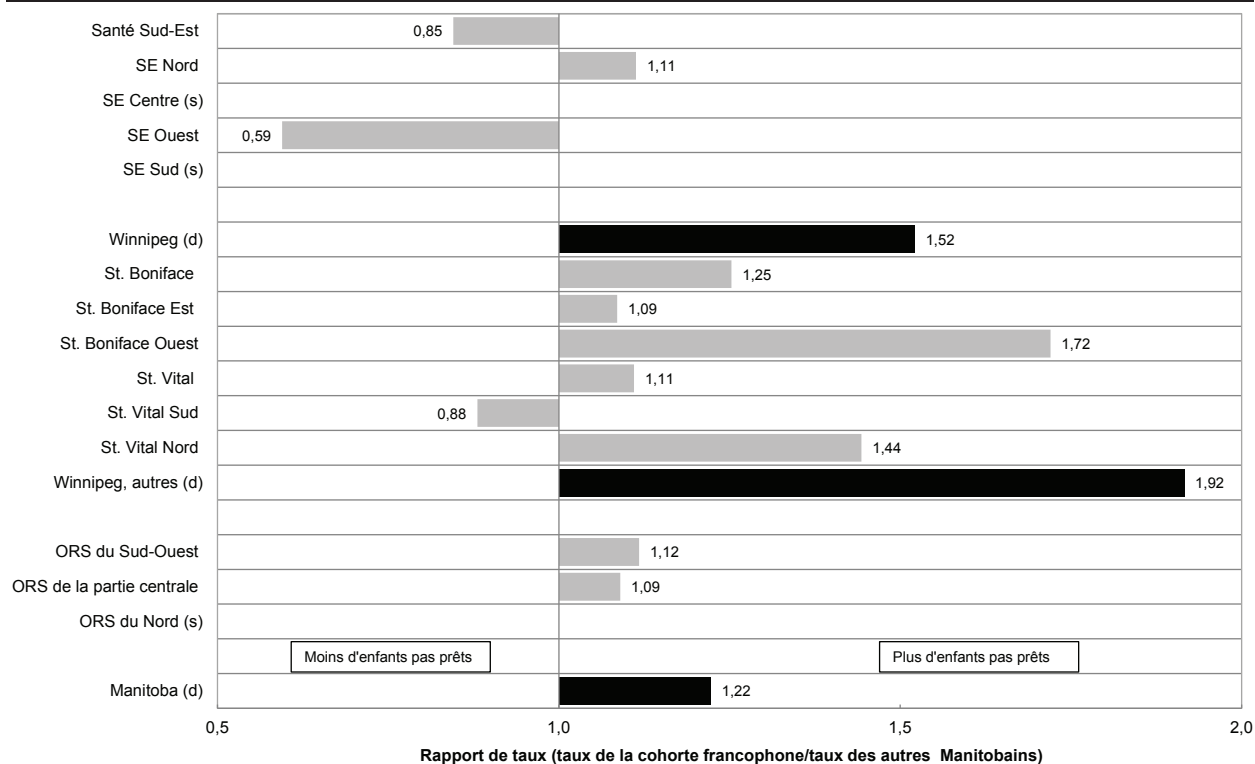
16.1.4 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective

La maturité affective se rapporte au comportement à caractère sociable, à la capacité de concentration, à la patience et à l'absence de comportement anxieux, craintif ou agressif. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats à ce chapitre se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.1.4 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

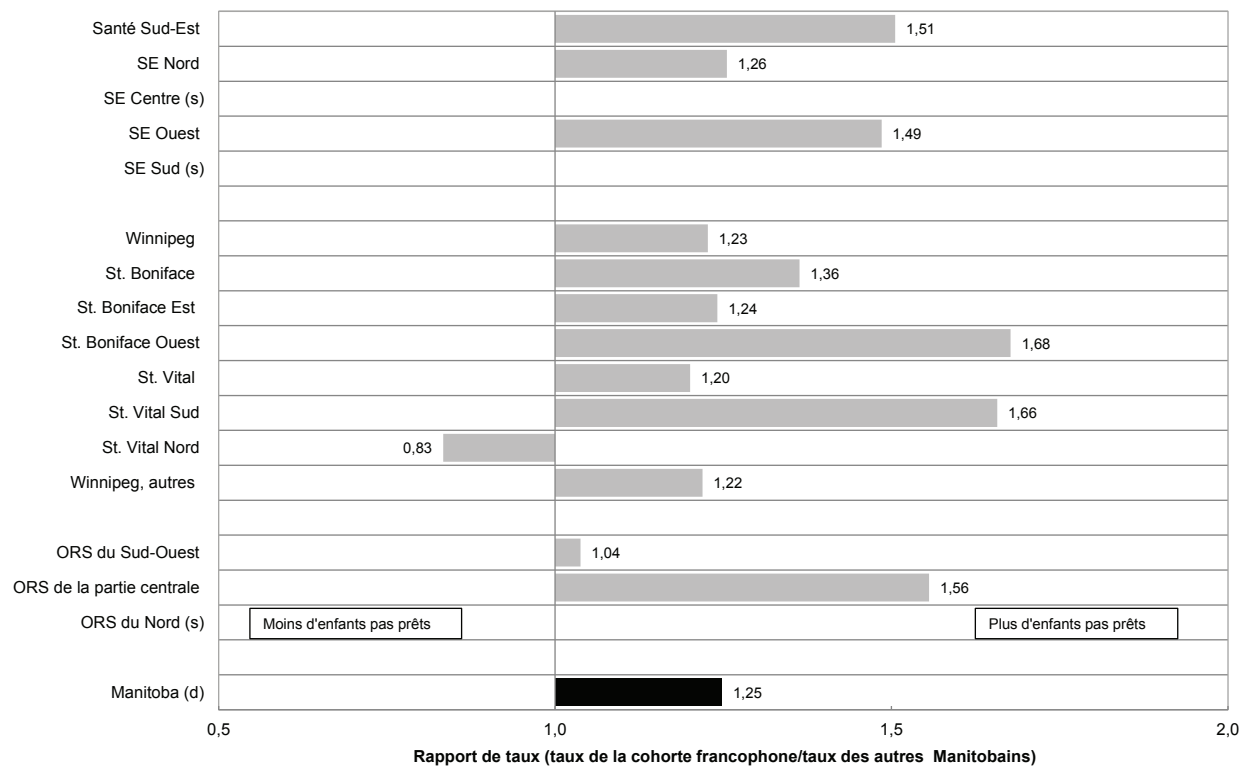
- À l'échelle provinciale, le taux d'enfants de la cohorte francophone « pas prêts pour l'école » sur le plan de la maturité affective est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres enfants Manitobains (rapport de taux : 1,22).
- On constate également une différence significative à Winnipeg (rapport de taux : 1,52), en particulier dans les secteurs de Winnipeg autres que Saint-Boniface et Saint-Vital (rapport de taux : 1,92), où les taux de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux relatifs à la maturité affective des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.4).

16.1.5 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives

Les habiletés langagières et cognitives se rapportent à l'alphabétisation de base, à l'intérêt pour la lecture, à la reconnaissance des chiffres et des formes et à la sensibilisation à la notion du temps. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats à ce chapitre se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.1.5 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007
Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'enfants de la cohorte francophone « pas prêts pour l'école » sur le plan des habiletés langagières et cognitives est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres enfants Manitobains (rapport de taux : 1,25).
- Aucune différence significative n'est observée à l'échelle des ORS et des SC de Winnipeg.
- Les taux relatifs aux habiletés langagières et cognitives des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.5).

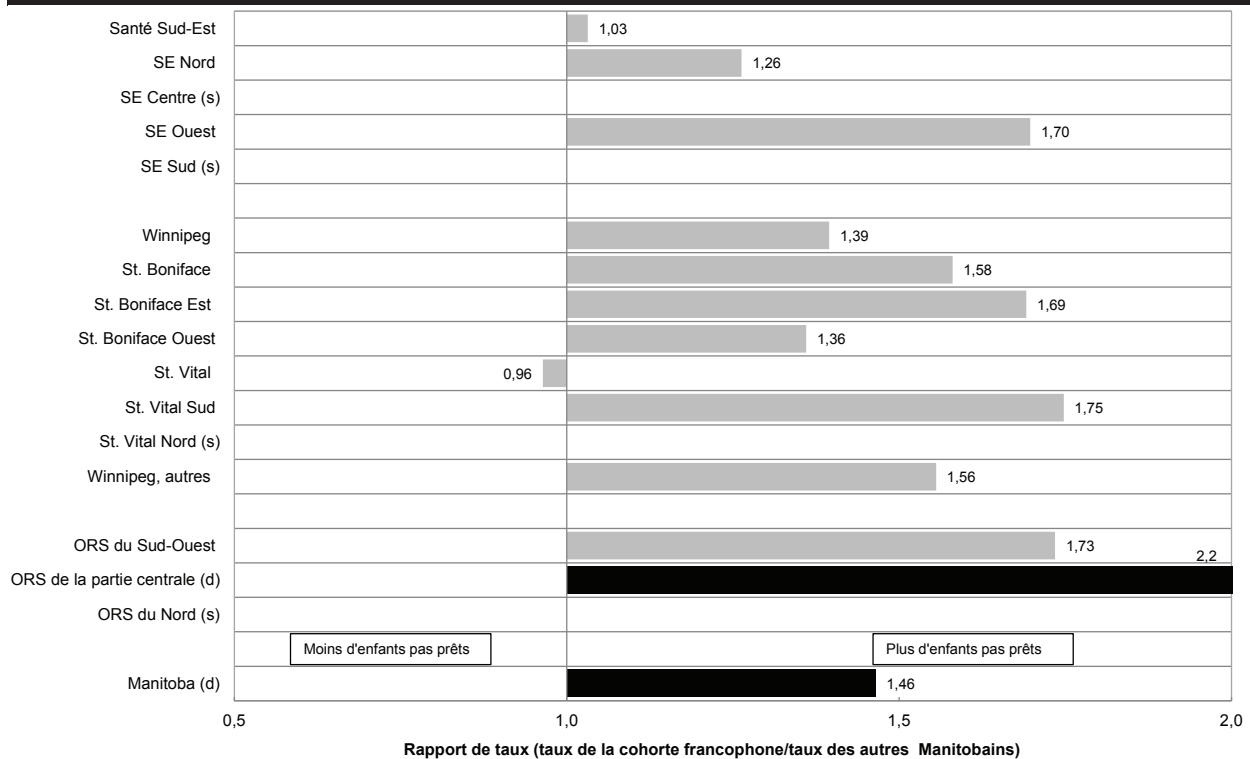
16.1.6 Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales

Les capacités de communication et les connaissances générales se rapportent à la capacité de communiquer clairement ses besoins et à comprendre les autres, à la participation active à la lecture de contes et à un désir d'augmenter ses connaissances générales du monde. La définition d'enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales s'applique à la proportion d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats à ce chapitre se

situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. Les valeurs ont été calculées sur une période de deux ans (2005–2006 et 2006–2007), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.1.6 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, 2005–2006 et 2006–2007
Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'enfants de la cohorte francophone « pas prêts pour l'école » sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres enfants Manitobains (rapport de taux : 1,46). Aucune différence significative n'est toutefois observée à l'échelle des ORS et des SC de Winnipeg.
- Une différence significative est observée dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 2,2), où le taux de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux relatifs aux capacités de communication et aux connaissances générales des francophones de l'ensemble des régions sont similaires à celui des francophones à l'échelle provinciale (Tableau 16.7.6).

16.2 Élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école

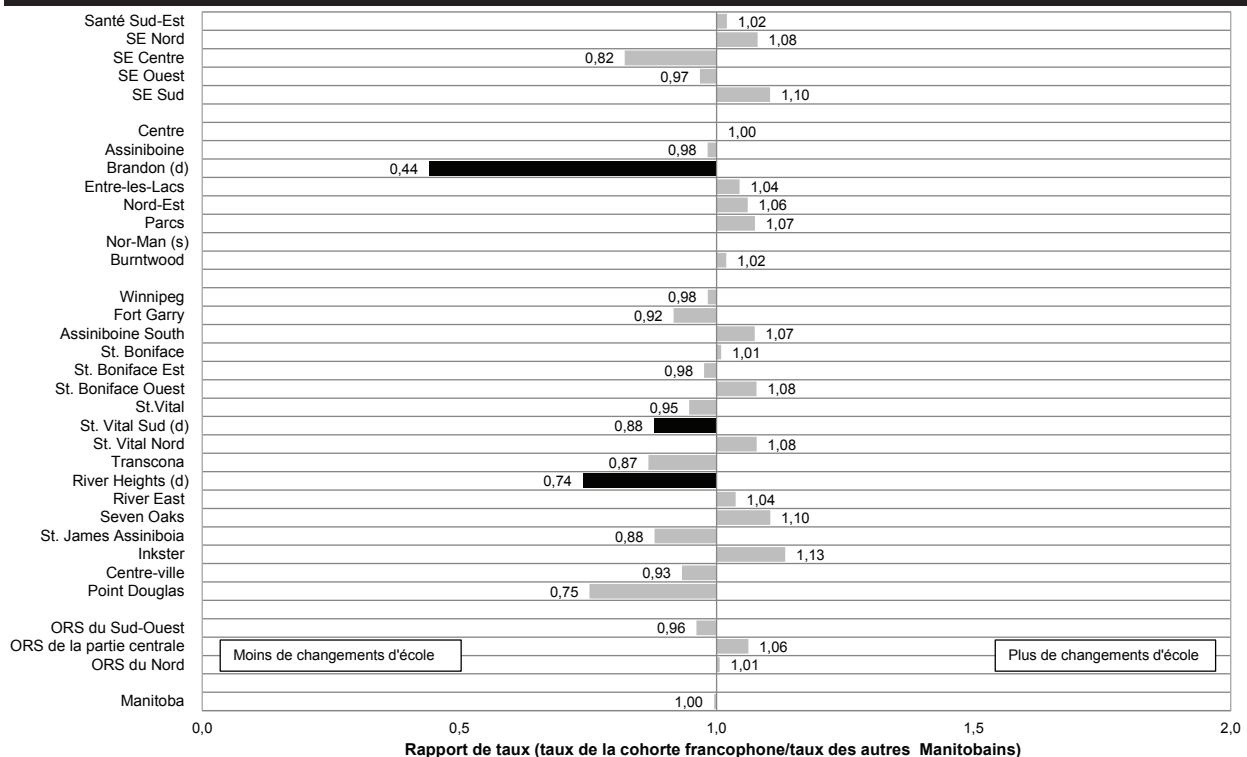
Les changements d'école se rapportent au nombre de fois qu'un élève a changé d'école sans que cela fasse partie de son cheminement prévu de la 3^e année à la 6^e année. La définition d'élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école s'applique au pourcentage d'élèves qui n'ont pas changé d'école de la 3^e année à la 6^e année.

On a suivi trois groupes d'enfants pendant quatre années scolaires (la 3^e année à la 6^e année), soit ceux qui ont fréquenté la 3^e année en 2003, 2004 et 2005. Les taux étaient fondés sur la population d'élèves de 3^e année et ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres enfants manitobains.

Figure 16.2.1 : Élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2003 à 2006–2005 à 2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, enfants de 7 à 9 ans



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

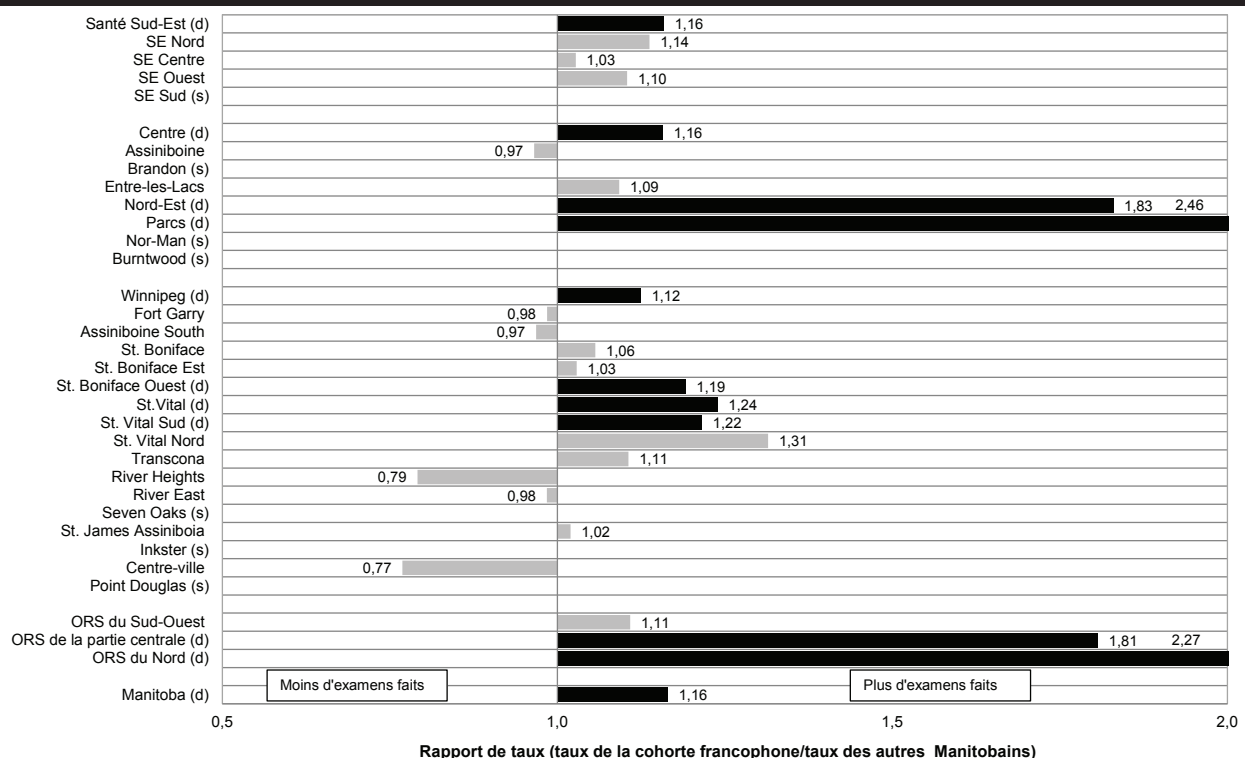
- À l'échelle provinciale, aucune différence significative n'est observée dans les taux d'élèves de 3^e année n'ayant pas changé d'école entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1.00).
- On constate toutefois des différences significatives à Brandon (rapport de taux : 0,44), à Saint-Vital Sud (rapport de taux : 0,88) et à River Heights (rapport de taux : 0,74), où les taux de la cohorte francophone sont moins élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'élèves francophones de 3^e année n'ayant pas changé d'école de la plupart des régions sont similaires à celui des élèves francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux du district Nord de Santé Sud-Est, dont le taux est plus élevé, et de ceux de Brandon, de River Heights, du centre-ville et de Point Douglas, dont les taux sont moins élevés (Tableau 16.7.7).

16.3 Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12^e année

Les élèves de 12^e année du Manitoba font des examens provinciaux normalisés, notamment en langue et en maths. La définition d'élèves ayant réussi l'examen de langue de 12^e année s'applique à la proportion d'élèves nés entre 1988 et 1990 qui ont fait l'examen de langue de 12^e année de 2005 à 2007 par rapport à l'ensemble des Manitobains nés entre 1988 et 1990. Il convient de noter que le dénominateur regroupe tous les résidents du Manitoba nés entre 1988 et 1990 (qui sont toujours

Figure 16.3.1 : Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12^e année — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008

Ajusté selon le sexe



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba), y compris ceux qui étaient absents de l'école, qui n'ont pas terminé l'examen, qui étaient en 11^e année ou moins ou qui avaient quitté l'école. Les valeurs ont été calculées sur une période de trois ans (2005–2006 à 2007–2008, années scolaires), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres jeunes Manitobains.

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'élèves francophones ayant réussi l'examen de langue de 12^e année est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres élèves manitobains (rapport de taux : 1,16).
- Cette tendance est observée aussi dans bien des ORS et des SC de Winnipeg. On constate des différences significatives dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 1,81), dans les ORS du Nord (rapport de taux : 2,27), à Santé Sud-Est (rapport de taux : 1,16), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,16), à l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 1,83), à l'ORS des Parcs (rapport de taux : 2,46), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,12), à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 1,19) et à Saint-Vital (rapport de taux : 1,24), où les taux des francophones sont plus élevés que ceux des autres Manitobains.
- Les taux d'élèves francophones ayant réussi l'examen de langue de 12^e année de la plupart des régions sont similaires à celui des élèves francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Saint-Vital Sud, dont le taux est plus élevé, et de ceux de River East et du centre-ville, dont les taux sont moins élevés (Tableau 16.7.8).

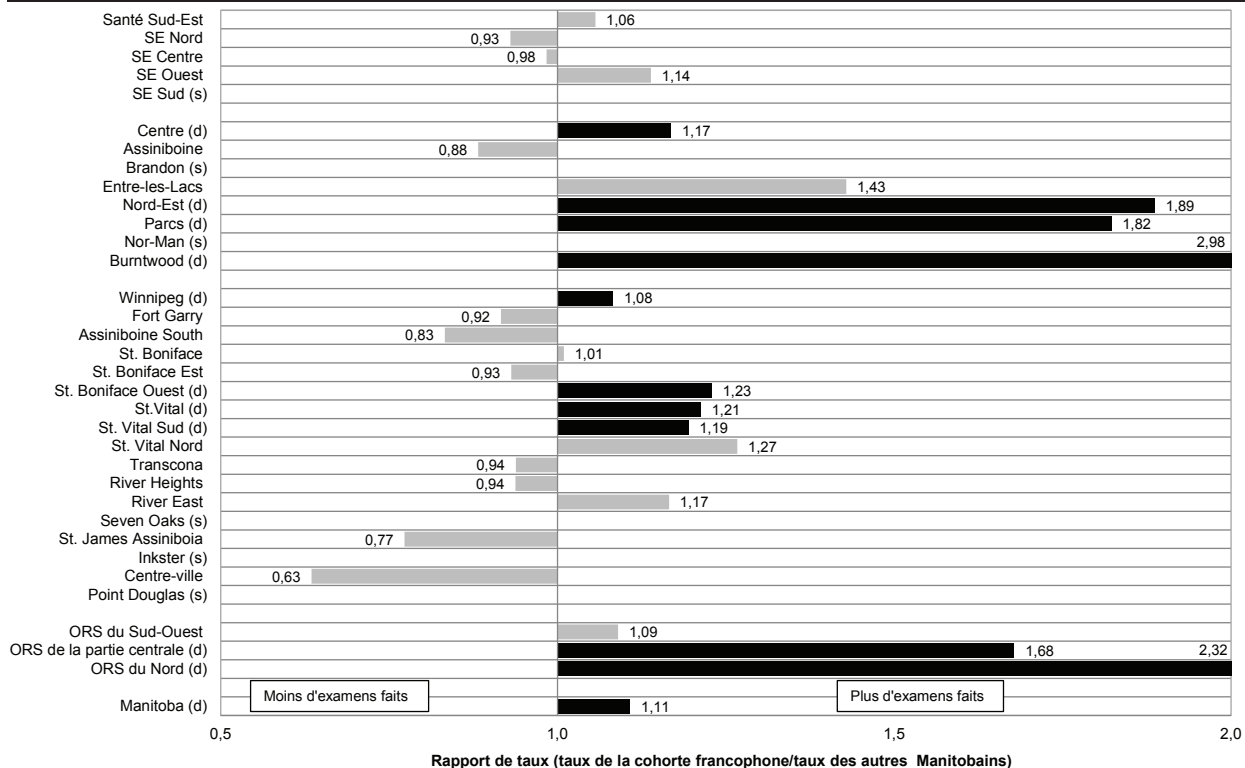
16.4 Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12^e année

Les élèves de 12^e année du Manitoba font des examens provinciaux normalisés, notamment en langue et en maths. La définition d'élèves ayant réussi l'examen de maths de 12^e année s'applique à la proportion d'élèves nés entre 1988 et 1990 qui ont fait l'examen de maths de 12^e année de 2005 à 2007 par rapport à l'ensemble des Manitobains nés entre 1988 et 1990. Il convient de noter que le dénominateur regroupe tous les résidents du Manitoba nés entre 1988 et 1990 (qui sont toujours inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba), y compris ceux qui étaient absents de l'école, qui n'ont pas terminé l'examen, qui étaient en 11^e année ou moins ou qui avaient quitté l'école. Les valeurs ont été calculées sur une période de trois ans (2005–2006 à 2007–2008, années scolaires), puis ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres jeunes Manitobains.

Figure 16.4.1 : Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12^e année — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008

Ajusté selon le sexe



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'élèves francophones ayant réussi l'examen de maths de 12^e année est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres élèves manitobains (rapport de taux : 1,11).
- Cette tendance est observée aussi dans bien des ORS et des SC de Winnipeg. On constate des différences significatives dans les ORS de la partie centrale (rapport de taux : 1,68), dans les ORS du Nord (rapport de taux : 2,32), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,17), à l'ORS du Nord-Est (rapport de taux : 1,89), à l'ORS des Parcs (rapport de taux : 1,82), à l'ORS de Burntwood (rapport de taux : 2,98), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,08), à Saint-Boniface Ouest (rapport de taux : 1,23) et à Saint-Vital (rapport de taux : 1,21), où les taux des francophones sont plus élevés que ceux des autres Manitobains.
- Les taux d'élèves francophones ayant réussi l'examen de maths de 12^e année de la plupart des régions sont similaires à celui des élèves francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux du district Ouest de Santé Sud-Est et de Saint-Vital, dont les taux sont plus élevés, et de ceux du centre-ville, dont le taux est moins élevé (Tableau 16.7.9).

16.5 Achèvement des études secondaires

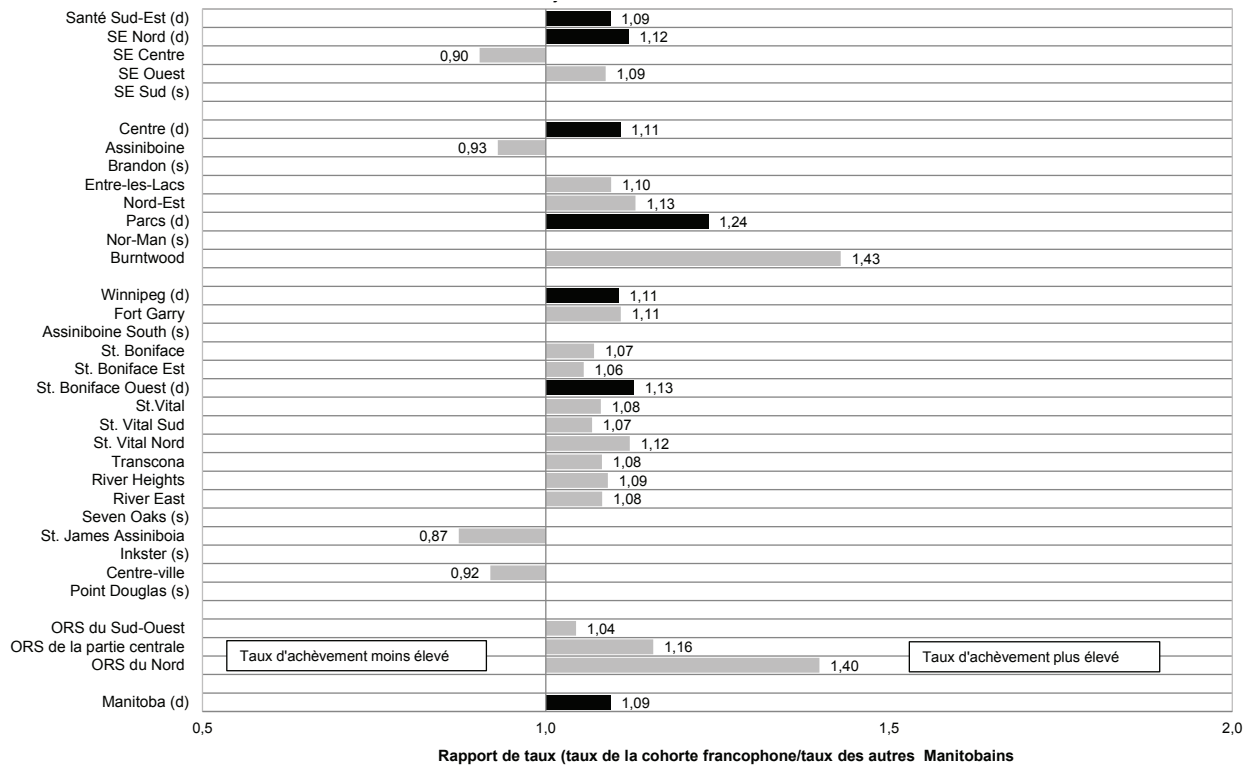
Un élève qui a terminé ses études secondaires est un élève qui a accumulé au moins 28 crédits de cours pendant ses études secondaires ou dont le dossier scolaire du ministère de l'Éducation du Manitoba indique qu'il a terminé ses études secondaires. Tous les élèves qui étaient en 9^e année pendant l'année

scolaire 2000–2001 ou 2001–2002 ont été identifiés et suivis pendant cinq ans jusqu'à la fin de l'année scolaire 2005–2006 ou 2006–2007. Les valeurs ont été ajustées selon le sexe.

Les rapports de taux ont été calculés en divisant les taux de la cohorte francophone par les taux du groupe témoin. Les rapports de taux indiquent comment les francophones se comparent à un groupe similaire formé d'autres jeunes Manitobains.

Figure 16.5.1 : Taux d'achèvement des études secondaires — Rapports de taux des francophones comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008

Ajusté selon le sexe



« d » signale une différence entre les taux des deux groupes, que le rapport de taux est statistiquement différent de un.
 « s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.
 Le tableau correspondant à ce graphique rend compte des taux implicites et de l'analyse statistique.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Principales constatations

- À l'échelle provinciale, le taux d'achèvement des études secondaires de la cohorte francophone est plus élevé que celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains (rapport de taux : 1,09).
- Cette tendance est observée aussi dans bien des ORS et des SC de Winnipeg. On constate des différences significatives à Santé Sud–Est (rapport de taux : 1,09), à l'ORS du Centre (rapport de taux : 1,11), à l'ORS des Parcs (rapport de taux : 1,24), à l'ORS de Winnipeg (rapport de taux : 1,11) et à Saint–Boniface Ouest (rapport de taux : 1,13), où les taux de la cohorte francophone sont plus élevés que ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains.
- Les taux d'achèvement des études secondaires des élèves francophones de la plupart des régions sont similaires à celui des élèves francophones à l'échelle provinciale à l'exception de ceux de Saint–Vital Sud, dont le taux est plus élevé, et de ceux du centre–ville, dont le taux est moins élevé (Tableau 16.7.10).

16.6 Constatations de l'analyse documentaire

(Les comparaisons avec les résultats de cette étude sont en italiques.)

- Kopec, Williams, To et Austin ont examiné le rendement scolaire de trois groupes linguistiques : les Canadiens bilingues (anglophones et francophones), les Canadiens–Anglais et les Canadiens–Français. Ils ont rapporté que les Canadiens bilingues (anglophones et francophones) étaient un peu plus instruits que les Canadiens–Anglais, tandis que les Canadiens–Français avaient le niveau d'instruction le plus bas. En fait, 52 % des Canadiens–Français n'avaient pas fait d'études secondaires comparativement à 33 % des Canadiens–Anglais et 22 % des Canadiens bilingues (2001).
- Corbeil a rapporté qu'au chapitre du rendement scolaire, les francophones devançaient les anglophones dans toutes les provinces sauf le Québec. Cela n'est pas dû au fait que les francophones du Québec sont moins instruits que les francophones des autres provinces, mais plutôt parce que les anglophones qui vivent au Québec ont des niveaux d'instruction beaucoup plus élevés que ceux des anglophones vivant ailleurs au pays. Il ajoutait qu'il a fallu plus de temps aux francophones pour améliorer leur rendement scolaire, car ce n'est qu'au début des années 1970 que les transformations majeures du système d'éducation en français ont commencé à donner des résultats auprès des jeunes (2003).
- Corbeil a rapporté aussi que la proportion de francophones n'ayant pas une 9^e année a fléchi, passant de 44 % en 1971 à 15 % en 2001. Environ 21 % des jeunes hommes (de 20 à 24 ans) francophones, anglophones et allophones n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Les jeunes femmes étaient moins portées à ne pas terminer leurs études secondaires (13 % des francophones, 16 % des anglophones et 17 % des allophones) (2003).
- Forgues et Landry ont rapporté que les données du Recensement de 2001 indiquaient que les niveaux d'instruction des francophones étaient comparables à ceux des autres Manitobains (2006).
- À l'aide des données du Recensement de 2006, nous avons établi que les francophones sont un peu plus instruits, 47,4 % d'entre eux ayant rapporté avoir terminé des études postsecondaires comparativement à 43,7 % des autres Manitobains.
- Landry a observé que les francophones qui vivent dans des collectivités où il y a une grande vitalité ethnolinguistique (c.à.d. où la densité de personnes parlant français est élevée et où le français est utilisé dans toutes sortes de contextes communautaires) ont rapporté de meilleures aptitudes linguistiques et ont obtenu de meilleurs résultats au chapitre des capacités de lecture et d'écriture que ceux qui vivent dans des collectivités où la vitalité ethnolinguistique est faible (2003).
- Le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA 2006) a établi que les capacités de lecture et d'écriture des élèves du secondaire francophones vivant à l'extérieur du Québec étaient moins élevées que celles de leurs camarades anglophones. Les notes en lecture des élèves des écoles françaises en Nouvelle–Écosse, au Nouveau–Brunswick, en Ontario et au Manitoba étaient moins élevées que celles des élèves des écoles anglaises de ces provinces. Les auteurs du rapport ont constaté que 84 % des élèves francophones en situation minoritaire étaient bilingues. Les capacités de lecture et d'écriture moins élevées des élèves francophones ne constituent toutefois qu'un aspect de leurs capacités de lecture et d'écriture globales, leurs capacités de lecture et d'écriture de l'anglais étant parfois plus élevées.
- Dans une étude longitudinale des élèves francophones du Manitoba, Enfants en santé Manitoba a constaté que les élèves ayant été dans des services de garde de langue française avaient un meilleur vocabulaire en français à la maternelle (référence : http://www.gov.mb.ca/healthychild/ece/ece_insights_fr.pdf) (2010).
- *Les constatations de la présente étude vont de pair avec les études antérieures. Les enfants francophones qui vont à la maternelle sont moins « prêts pour l'école » que les autres Manitobains, selon l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance. Fait intéressant, les adolescents francophones sont plus portés à réussir leurs examens de langue et de maths et à obtenir leurs diplôme d'études secondaires que les autres adolescents manitobains.*

16.7 Tableaux supplémentaires

Tableau 16.7.1 : Enfants « pas prêts » pour l'école dans au moins un des aspects du développement de la petite enfance, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,03 (0,79 - 1,35)	30,00 (23,43 - 38,41)	29,09 (24,88 - 34,01)
SE Nord	1,15 (0,71 - 1,87)	27,18 (18,99 - 38,90)	23,61 (16,62 - 33,55)
SE Centre	1,03 (0,51 - 2,09)	30,41 (15,32 - 60,36)	29,41 (24,04 - 35,98)
SE Ouest	1,01 (0,63 - 1,62)	31,84 (22,13 - 45,82)	31,58 (22,87 - 43,61)
SE Sud	1,16 (0,49 - 2,80)	38,97 (17,69 - 85,83)	33,45 (22,48 - 49,78)
Centre	0,94 (0,59 - 1,50)	24,08 (16,08 - 36,06)	25,54 (19,74 - 33,05)
Assiniboine	1,48 (0,69 - 3,18)	40,49 (21,64 - 75,75)	27,35 (17,37 - 43,05)
Brandon (f,d)	2,16 (1,15 - 4,05)	60,00 (37,44 - 96,16)	27,78 (18,03 - 42,80)
Entre-les-Lacs	2,10 (0,96 - 4,63)	42,17 (23,19 - 76,70)	20,04 (11,83 - 33,96)
Nord-Est	1,13 (0,59 - 2,17)	44,86 (25,84 - 77,88)	39,80 (27,50 - 57,61)
Parcs	1,22 (0,50 - 2,97)	29,34 (14,59 - 59,01)	24,11 (13,65 - 42,57)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (s)	s	s	44,62 (23,16 - 85,95)
Winnipeg (d)	1,23 (1,02 - 1,47)	31,40 (26,08 - 37,82)	25,58 (22,50 - 29,09)
Fort Garry	1,14 (0,66 - 1,97)	30,49 (19,25 - 48,28)	26,69 (19,37 - 36,77)
Assiniboine South (s)	s	s	26,88 (13,42 - 53,85)
St. Boniface (d)	1,35 (1,01 - 1,81)	29,39 (22,99 - 37,57)	21,78 (17,81 - 26,63)
St. Boniface Est	1,19 (0,81 - 1,75)	25,23 (18,05 - 35,26)	21,15 (16,89 - 26,49)
St. Boniface Ouest	1,45 (0,90 - 2,33)	34,50 (25,08 - 47,46)	23,87 (16,40 - 34,74)
St.Vital	0,98 (0,66 - 1,45)	25,60 (18,12 - 36,16)	26,11 (21,03 - 32,41)
St. Vital Sud	1,19 (0,70 - 2,03)	26,82 (17,08 - 42,11)	22,54 (16,58 - 30,65)
St. Vital Nord	0,81 (0,47 - 1,40)	24,28 (14,88 - 39,63)	30,00 (22,68 - 39,68)
Transcona (s)	s	s	28,10 (16,88 - 46,78)
River Heights (s)	s	s	23,64 (16,62 - 33,64)
River East	1,51 (0,91 - 2,53)	43,08 (27,21 - 68,22)	28,44 (21,98 - 36,80)
Seven Oaks (s)	s	s	31,78 (17,05 - 59,24)
St. James Assiniboia	1,61 (0,65 - 3,97)	35,34 (16,76 - 74,50)	21,99 (12,98 - 37,26)
Inkster	1,67 (0,60 - 4,69)	37,80 (16,90 - 84,56)	22,57 (11,71 - 43,50)
Centre-ville	1,29 (0,81 - 2,06)	40,57 (27,66 - 59,50)	31,50 (23,41 - 42,37)
Point Douglas	1,60 (0,71 - 3,62)	50,05 (25,88 - 96,80)	31,20 (19,04 - 51,11)
ORS du Sud-Ouest	1,27 (0,92 - 1,76)	33,44 (25,24 - 44,31)	26,31 (21,50 - 32,18)
ORS de la partie centrale	1,36 (0,84 - 2,21)	38,87 (26,00 - 58,11)	28,57 (21,07 - 38,74)
ORS du Nord (s)	s	s	40,84 (22,17 - 75,23)
Manitoba (d)	1,19 (1,05 - 1,34)	31,85 (28,21 - 35,96)	26,80 (25,22 - 28,37)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.2 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,79 (0,31 - 2,00)	8,62 (5,22 - 14,25)	7,79 (5,70 - 10,64)
SE Nord	1,36 (0,61 - 3,03)	12,22 (6,82 - 21,88)	9,01 (4,94 - 16,44)
SE Centre (s)	s	s	6,05 (3,82 - 9,59)
SE Ouest	0,47 (0,18 - 1,25)	6,46 (2,73 - 15,24)	13,73 (8,13 - 23,18)
SE Sud (s)	s	s	8,47 (3,65 - 19,66)
Winnipeg	0,79 (0,58 - 1,09)	8,51 (6,01 - 12,05)	10,76 (8,86 - 13,07)
St. Boniface	0,82 (0,46 - 1,48)	8,22 (5,02 - 13,47)	8,81 (6,31 - 12,30)
St. Boniface Est	0,79 (0,36 - 1,72)	6,28 (3,08 - 12,78)	7,96 (5,39 - 11,75)
St. Boniface Ouest	0,91 (0,41 - 1,99)	11,22 (6,15 - 20,50)	12,38 (7,08 - 21,64)
St. Vital (s)	s	s	10,05 (6,98 - 14,46)
St. Vital Sud (s)	s	s	9,89 (6,03 - 16,23)
St. Vital Nord (s)	s	s	10,23 (6,15 - 17,01)
Winnipeg, autres	0,93 (0,62 - 1,39)	11,10 (7,37 - 16,72)	11,98 (9,56 - 15,01)
ORS du Sud-Ouest	0,67 (0,34 - 1,30)	7,60 (4,07 - 14,18)	11,42 (8,22 - 15,86)
ORS de la partie centrale	0,65 (0,28 - 1,52)	9,82 (4,50 - 21,42)	15,09 (9,99 - 22,78)
ORS du Nord	0,00 (0,00 - 0,00)	0,00 (0,00 - 0,00)	28,11 (13,71 - 57,67)
Manitoba	0,79 (0,62 - 1,01)	8,52 (6,70 - 10,85)	10,74 (9,64 - 11,85)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.3 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,87 (0,40 - 1,88)	8,25 (4,88 - 13,96)	9,49 (6,99 - 12,89)
SE Nord	1,16 (0,39 - 3,43)	7,24 (3,28 - 15,98)	6,22 (2,87 - 13,51)
SE Centre (s)	s	s	10,01 (6,76 - 14,80)
SE Ouest	1,13 (0,44 - 2,90)	10,44 (5,11 - 21,33)	9,27 (4,77 - 18,00)
SE Sud (s)	s	s	16,62 (8,79 - 31,43)
Winnipeg	0,98 (0,64 - 1,50)	9,26 (5,95 - 14,40)	9,48 (6,65 - 13,51)
St. Boniface	0,96 (0,52 - 1,78)	8,26 (4,96 - 13,78)	7,81 (5,40 - 11,29)
St. Boniface Est	0,95 (0,43 - 2,10)	6,81 (3,33 - 13,91)	7,19 (4,69 - 11,03)
St. Boniface Ouest	1,00 (0,42 - 2,43)	10,34 (5,36 - 19,96)	10,31 (5,45 - 19,48)
St. Vital	0,51 (0,20 - 1,27)	5,05 (2,14 - 11,92)	9,91 (6,70 - 14,67)
St. Vital Sud (s)	s	s	10,18 (6,02 - 17,20)
St. Vital Nord (s)	s	s	9,62 (5,52 - 16,76)
Winnipeg, autres	1,14 (0,74 - 1,76)	11,34 (7,42 - 17,35)	9,93 (7,66 - 12,88)
ORS du Sud-Ouest	1,20 (0,65 - 2,19)	12,23 (7,14 - 20,94)	10,21 (7,06 - 14,77)
ORS de la partie centrale (s)	s	s	9,43 (5,38 - 16,54)
ORS du Nord (s)	s	s	s
Manitoba	0,98 (0,68 - 1,42)	9,47 (6,53 - 13,75)	9,66 (8,61 - 10,71)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.4 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	0,85 (0,45 - 1,59)	10,08 (5,69 - 17,86)	13,78 (8,85 - 21,47)
SE Nord	1,11 (0,43 - 2,88)	10,14 (4,75 - 21,63)	9,11 (4,26 - 19,46)
SE Centre (s)	s	s	15,65 (9,11 - 26,89)
SE Ouest	0,59 (0,22 - 1,59)	8,30 (3,54 - 19,50)	13,96 (7,00 - 27,86)
SE Sud (s)	s	s	15,49 (7,23 - 33,20)
Winnipeg (d)	1,52 (1,18 - 1,95)	16,46 (12,77 - 21,20)	10,82 (8,96 - 13,06)
St. Boniface	1,25 (0,70 - 2,25)	15,26 (8,86 - 26,29)	10,64 (6,36 - 17,82)
St. Boniface Est	1,09 (0,51 - 2,33)	10,84 (5,36 - 21,91)	9,99 (5,60 - 17,79)
St. Boniface Ouest	1,72 (0,75 - 3,97)	22,67 (11,89 - 43,21)	13,18 (6,39 - 27,16)
St. Vital	1,11 (0,58 - 2,13)	14,21 (7,53 - 26,85)	12,79 (7,68 - 21,30)
St. Vital Sud	0,88 (0,34 - 2,25)	11,55 (4,92 - 27,13)	13,12 (7,01 - 24,54)
St. Vital Nord	1,44 (0,59 - 3,52)	17,95 (8,20 - 39,28)	12,44 (6,48 - 23,85)
Winnipeg, autres (d)	1,92 (1,07 - 3,44)	19,71 (11,22 - 34,64)	10,29 (6,16 - 17,18)
ORS du Sud-Ouest	1,12 (0,57 - 2,18)	16,02 (8,51 - 30,16)	14,34 (8,38 - 24,54)
ORS de la partie centrale	1,09 (0,53 - 2,22)	15,37 (8,35 - 28,26)	14,10 (9,30 - 21,37)
ORS du Nord (s)	s	s	s
Manitoba (d)	1,22 (1,01 - 1,48)	14,99 (12,36 - 18,17)	12,26 (11,09 - 13,43)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.5 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,51 (0,90 - 2,51)	13,69 (9,58 - 19,55)	9,22 (7,07 - 12,02)
SE Nord	1,26 (0,62 - 2,54)	13,21 (7,93 - 22,01)	10,52 (6,28 - 17,65)
SE Centre (s)	s	s	7,84 (5,37 - 11,45)
SE Ouest	1,49 (0,68 - 3,23)	13,99 (8,11 - 24,13)	9,42 (5,27 - 16,83)
SE Sud (s)	s	s	15,59 (8,72 - 27,86)
Winnipeg	1,23 (0,97 - 1,56)	14,62 (11,44 - 18,69)	11,92 (10,04 - 14,15)
St. Boniface	1,36 (0,88 - 2,12)	13,40 (9,43 - 19,05)	9,68 (7,23 - 12,97)
St. Boniface Est	1,24 (0,72 - 2,14)	12,39 (7,75 - 19,82)	9,98 (7,22 - 13,80)
St. Boniface Ouest	1,68 (0,79 - 3,57)	14,67 (9,06 - 23,76)	8,75 (4,76 - 16,07)
St. Vital	1,20 (0,71 - 2,05)	13,84 (8,73 - 21,94)	11,53 (8,37 - 15,89)
St. Vital Sud	1,66 (0,80 - 3,45)	15,64 (8,67 - 28,21)	9,44 (5,89 - 15,12)
St. Vital Nord	0,83 (0,38 - 1,81)	12,06 (6,08 - 23,95)	14,47 (9,70 - 21,59)
Winnipeg Other	1,22 (0,88 - 1,68)	16,02 (11,75 - 21,82)	13,14 (10,76 - 16,05)
ORS du Sud-Ouest	1,04 (0,60 - 1,80)	10,87 (6,71 - 17,59)	10,47 (7,63 - 14,37)
ORS de la partie centrale	1,56 (0,87 - 2,78)	23,26 (14,46 - 37,41)	14,95 (10,22 - 21,86)
ORS du Nord (s)	s	s	28,72 (14,78 - 55,80)
Manitoba (d)	1,25 (1,04 - 1,50)	14,44 (12,03 - 17,33)	11,57 (10,43 - 12,71)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.6 : Enfants « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales, 2005–2006 et 2006–2007

Ajusté selon le sexe, enfants de la maternelle

Région	Rapport de taux ajusté (taux ajusté de la cohorte francophone/taux ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Prévalence ajustée de la cohorte francophone (IC à 95 %) (pourcentage)	Prévalence ajustée du groupe témoin (IC à 95 %) (pourcentage)
Santé Sud-Est	1,03 (0,55 - 1,95)	14,85 (8,76 - 25,18)	13,04 (8,37 - 20,33)
SE Nord	1,26 (0,53 - 3,03)	14,28 (7,12 - 28,65)	11,31 (5,49 - 23,28)
SE Centre (s)	s	s	13,42 (7,74 - 23,26)
SE Ouest	1,70 (0,72 - 4,03)	18,91 (9,60 - 37,25)	11,14 (5,40 - 22,97)
SE Sud (s)	s	s	19,00 (9,25 - 39,03)
Winnipeg	1,39 (0,95 - 2,06)	15,10 (10,24 - 22,26)	10,82 (7,68 - 15,24)
St. Boniface	1,58 (0,87 - 2,87)	13,52 (7,79 - 23,48)	8,23 (4,83 - 14,03)
St. Boniface Est	1,69 (0,79 - 3,62)	12,98 (6,60 - 25,52)	7,67 (4,21 - 13,98)
St. Boniface Ouest	1,36 (0,54 - 3,45)	14,18 (6,91 - 29,08)	10,42 (4,85 - 22,39)
St. Vital	0,96 (0,45 - 2,07)	9,19 (4,50 - 18,78)	9,53 (5,45 - 16,64)
St. Vital Sud	1,75 (0,59 - 5,15)	10,19 (4,19 - 24,82)	5,83 (2,67 - 12,76)
St. Vital Nord (s)	s	s	16,64 (9,01 - 30,74)
Winnipeg, autres	1,56 (0,87 - 2,77)	18,94 (10,81 - 33,20)	12,18 (7,36 - 20,16)
ORS du Sud-Ouest	1,73 (0,78 - 3,33)	20,26 (11,07 - 37,07)	11,68 (6,78 - 20,11)
ORS de la partie centrale (d)	2,19 (1,09 - 4,37)	23,93 (13,68 - 41,88)	10,95 (6,41 - 18,72)
ORS du Nord (s)	s	s	25,26 (11,75 - 54,30)
Manitoba (d)	1,46 (1,04 - 2,06)	16,65 (11,83 - 23,44)	11,37 (10,24 - 12,50)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.7 : Élèves de 3e année n'ayant pas changé d'école, années scolaires 2003 à 2006–2005 à 2008

Ajusté selon l'âge et le sexe, enfants de 7 à 9 ans

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,02 (0,95 - 1,09)	89,27 (83,64 - 95,27)	87,50 (84,12 - 91,01)
SE Nord (f)	1,08 (0,97 - 1,20)	92,22 (84,85 - 100,23)	85,40 (79,75 - 91,45)
SE Centre	0,82 (0,65 - 1,04)	71,37 (56,77 - 89,74)	86,89 (82,52 - 91,49)
SE Ouest	0,97 (0,86 - 1,09)	87,98 (80,23 - 96,49)	90,93 (84,01 - 98,42)
SE Sud	1,10 (0,83 - 1,48)	99,98 (76,78 - 130,17)	90,54 (79,88 - 102,62)
Centre	1,00 (0,91 - 1,10)	88,67 (81,45 - 96,52)	88,62 (84,21 - 93,25)
Assiniboine	0,98 (0,83 - 1,16)	90,24 (77,90 - 104,52)	91,83 (84,02 - 100,35)
Brandon (f,d)	0,44 (0,28 - 0,68)	36,82 (24,56 - 55,19)	83,46 (70,42 - 98,91)
Entre-les-Lacs	1,04 (0,84 - 1,31)	82,57 (68,20 - 99,95)	79,02 (69,99 - 89,22)
Nord-Est	1,06 (0,85 - 1,32)	80,01 (66,45 - 96,33)	75,45 (67,15 - 84,77)
Parcs	1,07 (0,88 - 1,31)	85,42 (72,12 - 101,19)	79,50 (71,23 - 88,73)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood	1,02 (0,67 - 1,54)	72,83 (51,87 - 102,26)	71,49 (56,26 - 90,84)
Winnipeg	0,98 (0,93 - 1,03)	78,74 (74,56 - 83,15)	80,12 (77,65 - 82,66)
Fort Garry	0,92 (0,77 - 1,09)	77,78 (66,59 - 90,85)	84,89 (77,82 - 92,60)
Assiniboine South	1,07 (0,69 - 1,67)	87,38 (58,29 - 130,99)	81,35 (67,85 - 97,53)
St. Boniface	1,01 (0,94 - 1,09)	83,84 (78,51 - 89,53)	83,10 (79,18 - 87,22)
St. Boniface Est	0,98 (0,88 - 1,08)	82,80 (75,64 - 90,63)	84,85 (80,50 - 89,45)
St. Boniface Ouest	1,08 (0,96 - 1,21)	84,63 (78,20 - 91,59)	78,54 (72,09 - 85,56)
St.Vital	0,95 (0,86 - 1,05)	80,55 (73,56 - 88,21)	85,07 (80,81 - 89,55)
St. Vital Sud (d)	0,88 (0,78 - 0,99)	78,58 (70,59 - 87,48)	89,46 (84,30 - 94,94)
St. Vital Nord	1,08 (0,92 - 1,26)	84,02 (73,32 - 96,29)	77,94 (71,98 - 84,40)
Transcona	0,87 (0,63 - 1,20)	73,73 (55,33 - 98,24)	84,98 (72,40 - 99,75)
River Heights (f,d)	0,74 (0,57 - 0,95)	59,27 (46,31 - 75,86)	80,07 (74,60 - 85,93)
River East	1,04 (0,87 - 1,24)	77,38 (65,32 - 91,66)	74,60 (70,22 - 79,26)
Seven Oaks	1,10 (0,72 - 1,69)	83,53 (58,42 - 119,45)	75,64 (60,19 - 95,06)
St. James Assiniboia	0,88 (0,68 - 1,14)	73,14 (57,82 - 92,52)	83,18 (74,80 - 92,49)
Inkster	1,13 (0,76 - 1,69)	83,26 (59,31 - 116,87)	73,44 (59,27 - 91,00)
Centre-ville (f)	0,93 (0,74 - 1,18)	57,74 (46,91 - 71,06)	61,91 (55,28 - 69,34)
Point Douglas (f)	0,75 (0,51 - 1,12)	50,04 (35,01 - 71,54)	66,47 (56,20 - 78,61)
ORS du Sud-Ouest	0,96 (0,89 - 1,04)	85,51 (79,66 - 91,80)	88,99 (85,32 - 92,81)
ORS de la partie centrale	1,06 (0,93 - 1,21)	82,81 (73,65 - 93,10)	77,99 (72,40 - 84,02)
ORS du Nord	1,01 (0,69 - 1,47)	74,85 (54,70 - 102,43)	74,39 (59,85 - 92,47)
Manitoba	1,00 (0,96 - 1,03)	82,50 (79,80 - 85,29)	82,90 (81,84 - 83,96)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.8 : Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12e année, années scolaires 2005 à 2006-2007 à 2008

Ajusté selon le sexe

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,16 (1,06 - 1,27)	76,03 (69,56 - 83,10)	65,61 (62,03 - 69,39)
SE Nord	1,14 (0,99 - 1,31)	74,98 (66,88 - 84,05)	65,91 (60,08 - 72,30)
SE Centre	1,03 (0,68 - 1,54)	65,97 (44,08 - 98,74)	64,21 (59,53 - 69,27)
SE Ouest	1,10 (0,95 - 1,29)	78,87 (70,18 - 88,64)	71,44 (64,13 - 79,58)
SE Sud (s)	s	s	59,41 (50,18 - 70,34)
Centre (d)	1,16 (1,01 - 1,32)	74,60 (66,06 - 84,25)	64,45 (59,79 - 69,47)
Assiniboine	0,97 (0,73 - 1,28)	58,50 (45,59 - 75,06)	60,60 (52,46 - 70,01)
Brandon (s)	s	s	51,56 (34,84 - 76,32)
Entre-les-Lacs	1,09 (0,73 - 1,64)	55,28 (38,96 - 78,45)	50,61 (41,04 - 62,42)
Nord-Est (d)	1,83 (1,24 - 2,71)	73,72 (53,96 - 100,72)	40,29 (31,66 - 51,27)
Parcs (d)	2,46 (1,85 - 3,26)	70,92 (58,33 - 86,22)	28,86 (23,40 - 35,59)
Nor-Man (s)	s	s	34,52 (18,59 - 64,10)
Burntwood (s)	s	56,21 (31,66 - 99,79)	s
Winnipeg (d)	1,12 (1,05 - 1,20)	70,48 (65,95 - 75,33)	62,68 (60,17 - 65,30)
Fort Garry	0,98 (0,76 - 1,28)	71,20 (56,45 - 89,81)	72,32 (63,16 - 82,81)
Assiniboine South	0,97 (0,57 - 1,64)	75,97 (46,97 - 122,87)	78,45 (62,80 - 98,00)
St. Boniface	1,06 (0,95 - 1,18)	75,25 (68,35 - 82,85)	71,22 (66,39 - 76,40)
St. Boniface Est	1,03 (0,89 - 1,18)	76,62 (67,37 - 87,14)	74,48 (69,08 - 80,30)
St. Boniface Ouest (d)	1,19 (1,00 - 1,41)	74,14 (65,80 - 83,52)	62,22 (54,56 - 70,95)
St.Vital (f,d)	1,24 (1,08 - 1,42)	84,61 (74,87 - 95,61)	68,27 (63,21 - 73,73)
St. Vital Sud (f,d)	1,22 (1,05 - 1,41)	87,60 (76,93 - 99,75)	72,05 (66,39 - 78,18)
St. Vital Nord	1,31 (0,99 - 1,74)	75,11 (59,01 - 95,59)	57,14 (49,07 - 66,52)
Transcona	1,11 (0,70 - 1,76)	58,73 (39,63 - 87,03)	53,10 (41,33 - 68,21)
River Heights	0,79 (0,46 - 1,37)	49,75 (29,07 - 85,13)	62,89 (55,40 - 71,40)
River East (f)	0,98 (0,66 - 1,46)	42,47 (29,01 - 62,16)	43,14 (38,13 - 48,80)
Seven Oaks (s)	s	s	64,24 (42,81 - 96,38)
St. James Assiniboia	1,02 (0,58 - 1,79)	68,37 (41,19 - 113,47)	67,05 (52,37 - 85,85)
Inkster (s)	s	s	s
Centre-ville (f)	0,77 (0,47 - 1,25)	24,87 (16,03 - 38,59)	32,36 (25,91 - 40,43)
Point Douglas (s)	s	s	39,56 (26,73 - 58,55)
ORS du Sud-Ouest	1,11 (0,99 - 1,24)	70,16 (63,13 - 77,98)	63,28 (59,33 - 67,50)
ORS de la partie centrale (d)	1,81 (1,52 - 2,15)	68,05 (59,39 - 77,98)	37,66 (33,60 - 42,21)
ORS du Nord (d)	2,27 (1,24 - 4,16)	45,95 (29,27 - 72,12)	20,24 (13,47 - 30,41)
Manitoba (d)	1,16 (1,11 - 1,22)	71,44 (67,99 - 75,07)	61,34 (60,04 - 62,64)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.9 : Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12e année, années scolaires 2005 à 2006-2007 à 2008

Ajusté selon le sexe

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est	1,06 (0,95 - 1,17)	62,55 (56,52 - 69,22)	59,22 (55,70 - 62,95)
SE Nord	0,93 (0,82 - 1,06)	54,30 (48,62 - 60,64)	58,39 (53,81 - 63,36)
SE Centre	0,98 (0,69 - 1,40)	60,49 (42,65 - 85,81)	61,49 (57,64 - 65,59)
SE Ouest (f)	1,14 (1,00 - 1,30)	73,22 (66,15 - 81,04)	64,29 (58,48 - 70,68)
SE Sud (s)	s	s	39,64 (33,38 - 47,07)
Centre (d)	1,17 (1,02 - 1,35)	72,75 (63,96 - 82,76)	62,24 (57,48 - 67,39)
Assiniboine	0,88 (0,64 - 1,21)	48,91 (36,89 - 64,86)	55,43 (47,41 - 64,81)
Brandon (s)	s	s	53,42 (36,00 - 79,28)
Entre-les-Lacs	1,43 (0,95 - 2,15)	64,32 (45,84 - 90,27)	45,02 (35,72 - 56,74)
Nord-Est (d)	1,89 (1,22 - 2,92)	65,01 (45,96 - 91,94)	34,45 (26,26 - 45,19)
Parcs (d)	1,82 (1,34 - 2,48)	55,39 (44,02 - 69,70)	30,39 (24,58 - 37,58)
Nor-Man (s)	s	s	s
Burntwood (d)	2,98 (1,29 - 6,92)	57,15 (31,46 - 103,79)	19,16 (10,56 - 34,76)
Winnipeg (d)	1,08 (1,00 - 1,17)	60,37 (55,78 - 65,33)	55,76 (53,18 - 58,47)
Fort Garry	0,92 (0,68 - 1,24)	56,97 (43,48 - 74,64)	62,18 (53,40 - 72,40)
Assiniboine South	0,83 (0,45 - 1,52)	61,12 (34,96 - 106,83)	73,39 (57,79 - 93,21)
St. Boniface	1,01 (0,89 - 1,14)	63,39 (56,85 - 70,67)	62,79 (58,10 - 67,86)
St. Boniface Est	0,93 (0,82 - 1,06)	61,95 (55,01 - 69,77)	66,51 (62,24 - 71,06)
St. Boniface Ouest (d)	1,23 (1,05 - 1,43)	64,56 (58,03 - 71,82)	52,52 (46,62 - 59,16)
St.Vital (f,d)	1,21 (1,05 - 1,41)	76,28 (66,71 - 87,23)	62,90 (57,87 - 68,36)
St. Vital Sud (f,d)	1,19 (1,05 - 1,36)	79,38 (70,83 - 88,96)	66,44 (61,89 - 71,32)
St. Vital Nord	1,27 (0,99 - 1,62)	66,54 (53,79 - 82,32)	52,52 (46,03 - 59,91)
Transcona	0,94 (0,54 - 1,63)	42,72 (26,52 - 68,83)	45,53 (34,42 - 60,23)
River Heights	0,94 (0,53 - 1,66)	49,86 (28,53 - 87,16)	53,18 (46,08 - 61,36)
River East	1,17 (0,78 - 1,75)	45,49 (30,96 - 66,82)	39,02 (34,09 - 44,67)
Seven Oaks (s)	s	s	51,31 (31,90 - 82,55)
St. James Assiniboia	0,77 (0,41 - 1,47)	53,48 (29,44 - 97,12)	69,18 (53,68 - 89,16)
Inkster (s)	s	s	s
Centre-ville (f)	0,63 (0,34 - 1,17)	16,62 (9,51 - 29,05)	26,18 (20,25 - 33,85)
Point Douglas (s)	s	s	31,25 (19,82 - 49,26)
ORS du Sud-Ouest	1,09 (0,99 - 1,20)	66,05 (60,30 - 72,35)	60,59 (57,35 - 64,02)
ORS de la partie centrale (d)	1,68 (1,37 - 2,05)	59,37 (50,55 - 69,72)	35,37 (31,07 - 40,26)
ORS du Nord (d)	2,32 (1,23 - 4,37)	51,75 (32,32 - 82,87)	22,33 (14,54 - 34,28)
Manitoba (d)	1,11 (1,05 - 1,17)	61,75 (58,45 - 65,24)	55,72 (54,40 - 57,05)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 16.7.10 : Taux d'achèvement des études secondaire, années scolaires 2005 à 2006–2007 à 2008

Ajusté selon le sexe

Région	Rapport de taux ajusté (pourcentage ajusté de la cohorte francophone/pourcentage ajusté du groupe témoin) (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté de la cohorte francophone (IC à 95 %)	Pourcentage ajusté du groupe témoin (IC à 95 %)
Santé Sud-Est (d)	1,09 (1,02 - 1,17)	93,33 (87,43 - 99,63)	85,32 (81,95 - 88,83)
SE Nord (d)	1,12 (1,02 - 1,23)	94,38 (87,59 - 101,69)	84,23 (79,34 - 89,42)
SE Centre	0,90 (0,61 - 1,34)	77,44 (52,34 - 114,59)	85,72 (81,55 - 90,10)
SE Ouest	1,09 (0,98 - 1,21)	93,17 (86,06 - 100,87)	85,70 (79,67 - 92,18)
SE Sud (s)	s	s	86,31 (77,29 - 96,37)
Centre (d)	1,11 (1,01 - 1,22)	93,80 (85,87 - 102,46)	84,62 (80,12 - 89,37)
Assiniboine	0,93 (0,78 - 1,11)	84,53 (71,93 - 99,32)	90,88 (83,07 - 99,43)
Brandon (s)	s	s	74,73 (56,49 - 98,87)
Entre-les-Lacs	1,10 (0,87 - 1,38)	90,23 (74,08 - 109,89)	82,38 (72,55 - 93,53)
Nord-Est	1,13 (0,85 - 1,50)	87,71 (70,24 - 109,53)	77,57 (65,19 - 92,30)
Parcs (d)	1,24 (1,03 - 1,49)	83,08 (71,80 - 96,14)	67,18 (59,62 - 75,71)
Nor-Man (s)	s	s	73,42 (51,34 - 104,99)
Burntwood	1,43 (0,80 - 2,57)	74,93 (46,15 - 121,65)	52,41 (37,71 - 72,84)
Winnipeg (d)	1,11 (1,04 - 1,18)	90,16 (84,45 - 96,25)	81,52 (78,36 - 84,82)
Fort Garry	1,11 (0,91 - 1,35)	96,41 (81,31 - 114,32)	86,91 (78,34 - 96,41)
Assiniboine South (s)	s	s	81,35 (64,72 - 102,27)
St. Boniface	1,07 (0,99 - 1,16)	92,79 (86,28 - 99,80)	86,70 (82,23 - 91,41)
St. Boniface Est	1,06 (0,96 - 1,17)	93,44 (85,40 - 102,25)	88,55 (84,00 - 93,35)
St. Boniface Ouest (d)	1,13 (1,01 - 1,27)	92,27 (85,00 - 100,17)	81,79 (75,03 - 89,17)
St.Vital	1,08 (0,97 - 1,20)	93,72 (85,31 - 102,96)	86,77 (81,98 - 91,84)
St. Vital Sud	1,07 (0,96 - 1,19)	95,49 (86,84 - 105,00)	89,46 (84,55 - 94,65)
St. Vital Nord	1,12 (0,94 - 1,34)	89,35 (76,89 - 103,83)	79,61 (72,41 - 87,52)
Transcona	1,08 (0,76 - 1,54)	83,44 (61,95 - 112,38)	77,13 (63,58 - 93,56)
River Heights	1,09 (0,67 - 1,78)	84,50 (52,04 - 137,19)	77,49 (70,39 - 85,32)
River East	1,08 (0,85 - 1,38)	75,70 (59,88 - 95,69)	69,95 (64,47 - 75,89)
Seven Oaks (s)	s	s	71,68 (49,26 - 104,30)
St. James Assiniboia	0,87 (0,54 - 1,42)	76,90 (49,09 - 120,46)	88,06 (72,21 - 107,38)
Inkster (s)	s	s	55,26 (35,30 - 86,51)
Centre-ville (f)	0,92 (0,60 - 1,41)	52,15 (35,81 - 75,95)	56,73 (46,26 - 69,57)
Point Douglas (s)	s	s	44,77 (30,77 - 65,15)
ORS du Sud-Ouest	1,04 (0,97 - 1,12)	89,57 (83,60 - 95,97)	85,80 (82,30 - 89,45)
ORS de la partie centrale	1,16 (1,00 - 1,34)	85,92 (75,94 - 97,22)	74,30 (67,78 - 81,45)
ORS du Nord	1,40 (0,85 - 2,31)	84,34 (55,66 - 127,79)	60,31 (45,53 - 79,89)
Manitoba (d)	1,09 (1,06 - 1,13)	90,48 (87,25 - 93,83)	82,70 (81,61 - 83,78)

« f » signale une différence statistiquement significative entre le taux de la cohorte francophone du secteur et la moyenne de la cohorte francophone.

« d » signale une différence entre les taux des deux groupes.

« s » signale une suppression en raison du faible nombre de données.

« D » signale que le rapport de taux des répondants aux enquêtes est statistiquement différent du rapport de taux normalisé par la méthode directe.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Chapitre 17 : Effet des cohortes de naissance

Introduction

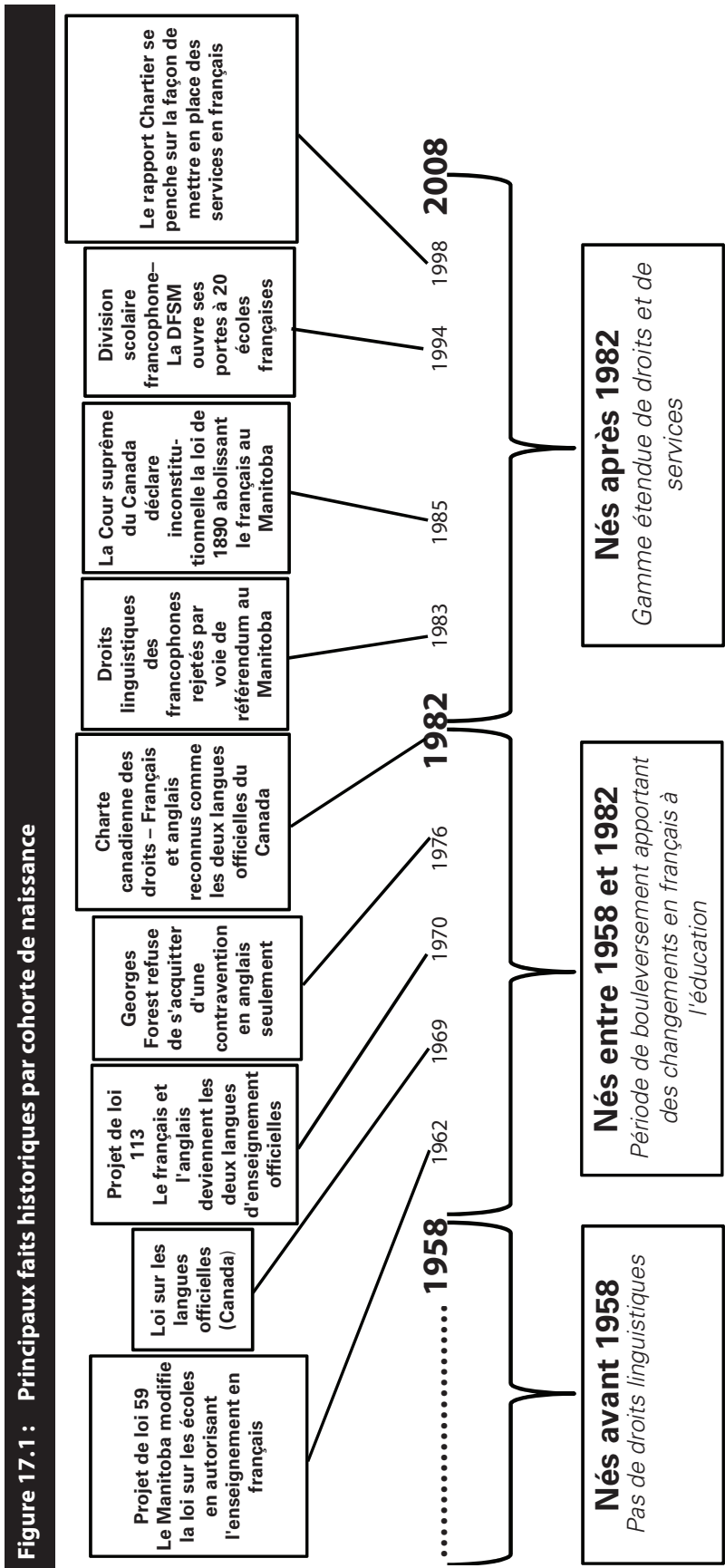
La majorité des indicateurs examinés dans ce rapport laissent entendre que l'état de santé des francophones et leur accès aux services de santé sont semblables à ceux des autres Manitobains. Certains indicateurs (20 % de l'ensemble des indicateurs) montrent que les francophones sont en meilleure santé et un peu moins (12 % de l'ensemble des indicateurs) signalent qu'ils sont en moins bonne santé. L'étude révèle aussi certaines différences régionales concernant l'état de santé des francophones de la province. Ce qui nous ramène à la dernière question posée dans le cadre de cette étude : Les taux des indicateurs de santé des francophones par rapport aux autres Manitobains varient-ils d'une cohorte de naissance à une autre? Autrement dit, la santé relative des francophones a-t-elle changé d'une génération à l'autre?

Les effets du contexte social, politique et historique sur la santé des populations sont reconnus par les épidémiologistes. C'est ce qu'on appelle les effets des cohortes de naissance. Last définit l'effet de cohorte ou effet générationnel comme une variation de l'état de santé attribuable à différents facteurs de causalité auxquels chaque cohorte de naissance est exposée, comme le milieu ambiant et les changements sociaux (*A Dictionary of Epidemiology*, 1995). D'une façon générale, la vie dans les années 1930 était très différente de celle des années 1970. Il est généralement admis que des différences majeures existaient sur le plan des régimes alimentaires, de l'hygiène, des pratiques médicales et des taux de mortalité (Dubos, 1968; McKeown, Record, et Turner, 1975). Dans ce chapitre, nous tenterons de savoir si l'état de santé des francophones du Manitoba s'explique en partie par un effet des cohortes.

Comme nous l'avons décrit précédemment dans ce rapport, le climat sociopolitique du Manitoba a énormément changé pour les francophones de la province. Après l'arrivée de La Vérendrye en 1737 dans la région appelée aujourd'hui le Manitoba, des francophones, des membres des Premières nations et des Écossais se sont établis et ont vécu le long de la rivière Rouge. Louis Riel, un Métis francophone, a joué un rôle de premier plan dans la fondation de la province du Manitoba en vertu de la *Loi de 1870 sur le Manitoba*. Les mesures législatives subséquentes adoptées au fil des ans ont fait en sorte que les francophones ont perdu leurs droits linguistiques. Les francophones ont lutté pour garder leur langue et leur culture tout au long de cette période. Au début des années 1960, on a recommencé à reconnaître leurs droits linguistiques. À l'heure actuelle, les francophones du Manitoba disposent d'une gamme étendue de droits et services.

Méthodes

Pour procéder à l'examen des effets des cohortes de naissance, nous avons commencé par diviser les gens faisant partie de la présente étude en trois groupes d'âge. Nous avons déterminé que la taille de la cohorte francophone et du groupe témoin formé d'autres Manitobains permettait de détecter les effets des cohortes de naissance dans certaines des variables. Nous avons établi les trois groupes d'âge en nous fondant sur nos connaissances des événements historiques censés avoir eu une influence sur le bien-être des francophones. En consultation avec Jacqueline Blay (communication personnelle, 2010), l'équipe de recherche a créé le tableau ci-dessous et a divisé le groupe en trois groupes d'âge ou cohortes de naissance : ceux nés avant 1958, ceux nés entre 1958 et 1982, et ceux nés après 1982.



Source : Manitoba Centre for Health Policy, 2012

La Figure 17.1 souligne les événements principaux portant sur les droits linguistiques des Francophones du Manitoba.

- Avant 1962 : Il n'y a pratiquement pas de lois linguistiques autres que la clause 258 de l'Entente Laurier–Greenway de 1897, qui permet un certain montant d'instruction en français.
- 1962–1967 : Le projet de loi 59 du Manitoba modifie la loi sur les écoles en autorisant l'enseignement en français pour au moins 50 % des cours. Ce projet de loi est annoncé et approuvé en 1967, mais n'a pas amélioré l'éducation cadre pour la minorité francophone.
- 1969 : La loi sur les langues officielles réaffirme que le français et l'anglais sont les langues officielles du Canada.
- 1970 : Le projet de loi 113 du Manitoba reconnaît l'anglais et le français comme les deux langues d'enseignement officielles. Ce projet de loi est perçu comme perturbateur parce que les parents doivent faire demande auprès des divisions scolaires afin d'obtenir des classes et des écoles en français.
- 1976–1979 : L'affaire Forest où Georges Forest refuse de s'acquiescer d'une contravention en anglais seulement. La Cour suprême du Canada réaffirme le français et l'anglais comme langues officielles du Manitoba mais n'indique pas la façon de mettre en œuvre la décision.
- 1982 : La Charte canadienne des droits et libertés définit les droits fondamentaux des canadiens. L'article 23 de la charte accorde aux parents francophones le droit d'éduquer leurs enfants en français. Les francophones du Manitoba obtiennent leur division scolaire après de longues batailles judiciaires en 1993.
- 1983 : Les droits linguistiques des francophones du Manitoba sont rejetés par voie de référendum. Ce fut une période de crises parlementaires au Manitoba.
- 1985 : La cour suprême du Canada déclare inconstitutionnelle la loi de 1890 abolissant le français au Manitoba. Cette décision rend invalides toutes les lois écrites seulement en anglais. La cour accorde 120 jours au Manitoba afin de préparer un calendrier de traduction.
- 1994 : La division scolaire franco-manitobaine (DFSM) ouvre ses portes avec 20 écoles françaises.
- 1998 : Le rapport Chartier met à jour la politique sur les services de langue française et se penche sur la mise en œuvre.

Avant 1958, le français n'a pas de statut officiel au Manitoba. Les lois et les services ne sont qu'en anglais. L'enseignement du français dans les écoles n'est pas permis. Les enseignants instruisent leurs élèves francophones sans que les inspecteurs d'école ne le sachent. Ceux qui sont nés durant cette période disposent de relativement peu de droits linguistiques. Entre 1958 et 1982, les attitudes commencent à changer à l'échelle provinciale et nationale. C'est aussi une période tumultueuse pour les francophones, marquée par de nombreuses réunions et protestations. L'examen des procès-verbaux de 1968 de la Société franco-manitobaine, une organisation politique, révèle un grand découragement quant à l'avenir du français au Manitoba. N'empêche que l'avancée des droits linguistiques au cours de cette période indique que les efforts de la communauté francophone et de ses partisans commencent à porter ses fruits. Après 1982, d'autres droits s'ajoutent à ceux qui ont été obtenus précédemment. La communauté francophone et ses partenaires provinciaux et nationaux continuent de promouvoir et de maintenir les droits linguistiques et les services en français. Ceux qui sont nés durant cette période reçoivent une éducation en français. La plupart des documents officiels (déclaration de revenu, permis de conduite, etc.) sont offerts en français, tout comme un nombre croissant de services gouvernementaux, dont les services de santé. Le nombre croissant d'élèves d'immersion en français qui parlent couramment le français a pour effet d'améliorer les attitudes envers le français.

L'équipe de recherche a choisi six indicateurs pour mesurer les effets des cohortes de naissance : le taux de mortalité, le taux de suicide et de tentatives de suicide, le taux de diabète, le taux de sorties d'hôpital, le nombre de médicaments différents prescrits et l'autoévaluation de la santé. Ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils sont perçus comme sensibles à l'état de santé. La plupart des indicateurs utilisés provenant de l'entrepôt de données du MCHP sont basés sur l'utilisation des soins de santé et ne sont pas nécessairement dépendants de l'état de santé. Les taux de mortalité et de suicide peuvent se passer d'explications. Le taux de diabète, le taux de sorties d'hôpital et le nombre de médicaments différents prescrits sont des indicateurs considérés comme n'étant pas sujets à des différences dans les systèmes des fournisseurs de soins de santé. L'autoévaluation de la santé est reconnue comme un indicateur associé à l'état de santé. Mossey et Shapiro ont établi que le risque de décès était trois fois plus élevé chez les personnes qui ont évalué leur santé comme mauvaise que chez les personnes qui l'ont évaluée comme excellente (1982).

Résultats

Le Tableau 17.1 montre les taux des six indicateurs par cohorte de naissance. La dernière colonne rend compte de l'analyse statistique indiquant si les différences entre la cohorte francophone et le groupe témoin formé d'autres Manitobains sont réelles ou non. Comme on s'y attendait, des différences importantes sont observées pour tous les indicateurs entre les cohortes de naissance. Nous notons aussi des différences entre les taux de la cohorte francophone et ceux du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Les francophones plus âgés (nés avant 1958) ont un taux de diabète plus élevé que celui des autres Manitobains plus âgés (15,2 % et 14,7 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative (la valeur prédictive est supérieure à 0,05). Le taux de diabète des francophones faisant partie du groupe d'âge moyen (nés entre 1958 et 1982) est statistiquement inférieur à celui des autres Manitobains (3,1 % et 3,9 %). Une différence plus marquée dans les taux de diabète est observée entre les francophones plus jeunes (nés après 1982) et les autres Manitobains plus jeunes (0,58 % et 0,99 %) et elle est statistiquement significative. Une tendance similaire se dégage des autres indicateurs à l'exception de l'autoévaluation de la santé.

Le Tableau 17.2 rend compte de l'analyse statistique mesurant les effets liés au fait d'être francophone, les effets de la cohorte de naissance et l'interaction entre les deux effets. Comme on s'y attendait, les résultats indiquent que la cohorte de naissance influence les taux des indicateurs. L'analyse statistique révèle aussi que le fait d'être francophone a une influence sur les taux des indicateurs. Les résultats montrent un **effet d'interaction** touchant cinq indicateurs, ce qui signifie que les effets liés au fait d'être francophone varient selon la cohorte de naissance. Il convient de noter que nous n'avons pas analysé l'effet d'interaction du sixième indicateur en raison de la nature de l'échantillon. En règle générale, les francophones plus âgés sont en moins bonne santé que les autres Manitobains plus âgés, tandis que les francophones plus jeunes sont en meilleure santé que les autres Manitobains plus jeunes. Cette différence est particulièrement saisissante dans les taux de sortie d'hôpital. Les francophones plus âgés comptent, en moyenne, 212 sorties d'hôpital par 1 000 années–personnes, comparativement à 194 dans le cas des autres Manitobains plus âgés. Les taux des Manitobains d'âge moyen sont similaires (110 et 113), tandis que les francophones plus jeunes ont effectué moins de sorties d'hôpital que les autres Manitobains plus jeunes (44 et 55). Les taux de suicide sont heureusement peu élevés parmi les deux groupes, mais une tendance similaire est observée. Les taux de suicide des francophones plus âgés et des autres Manitobains plus âgés sont similaires (0,42 et 0,44 par 1 000 années–personnes). Le taux des francophones d'âge moyen est statistiquement inférieur à celui du groupe témoin du même groupe d'âge (0,59 et 0,87 par 1 000 années–personnes), mais la différence est encore plus grande dans la cohorte formée des Manitobains plus jeunes (0,36 et 0,88 par 1 000 années–personnes).

Tableau 17.1 : Comparaison des taux bruts de la cohorte francophone et du groupe témoin par cohortes de naissance précises

Indicateur	Cohorte de naissance	Taux brut de la cohorte francophone		Taux brut du groupe témoin		Probabilité (cohorte francophone vs groupe témoin)
Taux de mortalité	Nés avant 1958	19,38	pour 1 000 années-pers.	20,13	pour 1 000 années-pers.	0,1391
	Nés entre 1958 et 1982	0,81	pour 1 000 années-pers.	1,08	pour 1 000 années-pers.	0,0060
	Nés après 1982	0,44	pour 1 000 années-pers.	0,53	pour 1 000 années-pers.	0,2017
Prévalence du suicide	Nés avant 1958	0,42	pour 1 000 années-pers.	0,44	pour 1 000 années-pers.	0,7921
	Nés entre 1958 et 1982	0,59	pour 1 000 années-pers.	0,87	pour 1 000 années-pers.	0,0033
	Nés après 1982	0,36	pour 1 000 années-pers.	0,88	pour 1 000 années-pers.	0,0024
Diabète	Nés avant 1958	15,22	pourcent	14,68	pourcent	0,2369
	Nés entre 1958 et 1982	3,12	pourcent	3,92	pourcent	<0,0001
	Nés après 1982	0,58	pourcent	0,99	pourcent	0,0333
Taux de sorties d'hôpital	Nés avant 1958	214,84	pour 1 000 années-pers.	196,60	pour 1 000 années-pers.	0,0008
	Nés entre 1958 et 1982	110,63	pour 1 000 années-pers.	113,54	pour 1 000 années-pers.	0,3810
	Nés après 1982	44,45	pour 1 000 années-pers.	55,35	pour 1 000 années-pers.	<0,0001
Nombre de médicaments prescrits	Nés avant 1958	5,92	par résident avec 1+ Rx	5,81	par résident avec 1+ Rx	0,0006
	Nés entre 1958 et 1982	3,40	par résident avec 1+ Rx	3,67	par résident avec 1+ Rx	<0,0001
	Nés après 1982	2,39	par résident avec 1+ Rx	2,55	par résident avec 1+ Rx	<0,0001
Autoévaluation de la santé (excellente ou très bonne)*	Nés avant 1958	49,53	pourcent	49,45	pourcent	pas significatif à $\alpha=0,05$
	Nés entre 1958 et 1982	69,02	pourcent	66,84	pourcent	pas significatif à $\alpha=0,05$
	Nés après 1982	66,51	pourcent	66,52	pourcent	pas significatif à $\alpha=0,05$

*Taux de l'ensemble des répondants à l'ESCC et non des deux cohortes.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 17.2 : Comparaison des taux bruts de la cohorte francophone et du groupe témoin par cohortes de naissance précises

Indicateur	Importance des paramètres		
	Effet d'être francophone	Effet de la cohorte de naissance	Effet de l'interaction
Taux de mortalité	0,0043	<0,0001	0,0387
Prévalence du suicide	0,0001	<0,0001	0,0391
Diabète	0,0027	<0,0001	<0,0001
Taux de sortie d'hôpital	0,0084	<0,0001	<0,0001
Nombre de médicaments prescrits	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Autoévaluation de la santé (excellente ou très bonne)*	S.O.	S.O.	S.O.

*Taux de l'ensemble des répondants à l'ESCC et non des deux cohortes. Il n'y a pas eu de tests de signification des paramètres de régression à plus de deux niveaux (effet de l'âge, effet de l'interaction), en raison du recours à la méthode de Bootstrap pour analyser les données d'enquête.

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Les analyses effectuées par cohorte de naissance montrent que l'influence liée au fait d'être francophone varie selon la cohorte de naissance. En examinant les résultats des six indicateurs (précisés plus haut), nous observons que pour certains indicateurs, il semble, de façon générale, qu'il n'y a pas de différences entre les francophones et les autres Manitobains ou que les différences sont moins prononcées. Cela pourrait être dû au fait que la santé relativement moins bonne des francophones plus âgés fait contrepoids à la meilleure santé relative des francophones plus jeunes. C'est ce que nous avons observé dans le cas du diabète et des sorties d'hôpital, où il ne semble pas avoir de différences entre les francophones et les autres Manitobains.

Nous nous sommes demandé si les résultats des analyses de l'effet des cohortes de naissance pouvaient être attribuables aux différences dans le statut socioéconomique des trois différentes cohortes. La cohorte formée par les Manitobains plus jeunes nous intéressait tout particulièrement, car les francophones qui en font partie semblent avoir de meilleurs résultats que les autres Manitobains. Nous voulions savoir si cette jeune génération, qui a réussi à garder sa langue, pouvait provenir d'un groupe plus favorisé. Le Tableau 17.3 montre une différence statistiquement significative entre le statut socioéconomique (fondé sur l'indice des facteurs socioéconomiques – SEFI) de la cohorte francophone et celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains. Ces différences sont toutefois petites et ne peuvent expliquer à elles seules les différences dans les résultats en matière de santé constamment observées dans les analyses de la cohorte de naissance.

Tableau 17.3 : Comparaison des résultats liés à l'indice des facteurs socioéconomiques (SEFI) de la cohorte francophone à ceux du groupe témoin, par cohorte de naissance

Cohorte de naissance	Cohorte francophone	Groupe témoin	Valeur préd.
Nés avant 1958	-0,148	-0,182	0,0001
Nés entre 1958 et 1982	-0,147	-0,114	<0,0001
Nés après 1982	-0,139	-0,088	<0,0001

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 17.4 : Test T visant à comparer l'âge moyen de la cohorte francophone à celui du groupe témoin, par cohorte de naissance

Cohorte de naissance	Cohorte francophone	Groupe témoin	Valeur préd.
Nés avant 1958	63,554	63,492	0,6554
Nés entre 1958 et 1982	39,038	39,112	0,3134
Nés après 1982	13,121	13,196	0,2630

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Tableau 17.5 : Test du khi carré comme test d'égalité des proportions selon le sexe

Cohorte de naissance	Pourcentage d'hommes		Valeur préd.
	Cohorte francophone	Groupe témoin	
Nés avant 1958	0,501	0,502	0,7822
Nés entre 1958 et 1982	0,446	0,446	0,9348
Nés après 1982	0,501	0,500	0,9378

Source: Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Albert et Williams ont indiqué que les disparités en matière de santé entre les groupes raciaux ne sont pas essentiellement dues au statut socioéconomique (2010). L'étude de Whitehall a établi un lien entre l'injustice perçue et des événements coronariens, des effets psychiatriques et un syndrome métabolique (De Vogli, Brunner et Marmot, 2007). Les nouvelles recherches donnent à penser que la perte historique, l'enculturation et la discrimination pourraient avoir un effet sur la santé. Whitbeck, Chen, Hoyt et Adams ont défini la perte historique comme la perte de la terre, de la langue, de la culture et des traditions spirituelles, et l'enculturation comme la participation à des activités traditionnelles, l'identification avec la culture et la spiritualité traditionnelle (2004). Dans leur étude des Amérindiens vivant aux États-Unis, les auteurs ont établi une corrélation directe entre la discrimination et la perte historique d'une part, et la toxicomanie d'autre part, ainsi qu'une corrélation négative entre l'enculturation et la toxicomanie, ce qui laisse entendre que l'enculturation a un effet protecteur contre la toxicomanie.

Nous sommes conscients que les francophones de chaque cohorte de naissance ont été exposés à un climat social et politique très différent. Nous avons mentionné dans ce rapport certains des principaux jalons de leur histoire, mais bien d'autres faits ont contribué aussi au progrès des droits linguistiques des francophones à l'échelle provinciale et nationale. Les changements positifs touchant les droits linguistiques des minorités linguistiques pourraient expliquer en partie les changements constatés dans les résultats fondés sur l'**indice de facteur socioéconomique**. Compte tenu de ce que l'on sait au sujet des influences sociales sur la santé et de l'attachement des francophones à leur langue et à leur culture, ces changements pourraient être responsables des améliorations en matière de santé.

Chapitre 18 : Discussion

Le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) a été invité par Santé Manitoba à décrire l'état de santé de la population francophone vivant dans la province ainsi que son utilisation des services de santé. On trouve très peu de renseignements concernant la santé des francophones dans la documentation et un projet de recherche de ce genre n'a jamais été entrepris au Manitoba. Cette étude jette les bases d'orientations politiques et d'initiatives de planification à l'échelle de la province et des ORS, en fournissant des données de référence sur une foule d'indicateurs liés à la santé.

Au départ, l'équipe de recherche était confrontée à trois problèmes :

- Comment identifier les francophones?
- Comment établir des comparaisons entre les francophones et les autres Manitobains?
- Quels sont les indicateurs qui décrivent le mieux l'état de santé de cette population?

Nous avons réussi à trouver une cohorte de personnes très susceptibles d'être francophones, car elles avaient rapporté être francophones dans une enquête ou avaient indiqué le français comme leur langue de préférence pour obtenir des services de santé et d'éducation ou langue de correspondance souhaitée relativement aux soins de santé. Nous avons ensuite identifié les enfants, les frères et sœurs et les parents de ces personnes afin d'établir un groupe de personnes probablement francophones. Cette façon de faire nous a permis d'obtenir une cohorte formée de personnes qui sont probablement francophones ou du moins exposées à la langue et à la culture des francophones en raison de leurs liens familiaux.

L'étape suivante consistait à déterminer comment s'y prendre pour comparer ce groupe de personnes aux autres Manitobains. Au lieu d'une simple comparaison de l'ensemble des francophones à l'ensemble des autres Manitobains, nous avons eu recours à un processus « d'appariement ». L'appariement consiste à sélectionner d'autres personnes aux caractéristiques similaires afin de pouvoir effectuer des comparaisons raisonnables. Nous avons ainsi apparié chaque membre de notre cohorte francophone à trois autres Manitobains en fonction de l'âge, du sexe et de la région géographique. La région géographique est un indicateur indirect d'un certain nombre de caractéristiques, dont le statut socioéconomique. Pour leur part, les francophones qui vivaient dans un foyer de soins personnel lorsqu'ils ont été sélectionnés pour faire partie de la cohorte ont été appariés avec des non-francophones vivant aussi dans un foyer de soins personnel au même moment. Il était important de se doter d'un groupe témoin aux caractéristiques similaires à celles de la cohorte francophone et nous croyons avoir atteint cet objectif.

Il fallait ensuite établir une liste d'indicateurs qui contribueraient à évaluer l'état de santé des francophones. Après avoir examiné la liste des indicateurs se trouvant dans d'autres atlas du MCHP et avec l'aide du groupe consultatif, nous avons sélectionné les 76 indicateurs qui donneraient le meilleur aperçu de l'état de santé des francophones du Manitoba comparativement à celui du groupe témoin.

Dans les mesures établissant une « vue d'ensemble », peu de différences ont été observées entre les francophones et le groupe témoin. Par exemple, à l'échelle provinciale, il n'y avait pas de différence dans les taux de mortalité prématurée entre les francophones et les autres Manitobains aux caractéristiques similaires. Il y avait 52 indicateurs pour lesquels aucune différence n'a été observée entre les francophones et le groupe témoin, 15 indicateurs pour lesquels les francophones étaient en

meilleure santé et 9 indicateurs pour lesquels les francophones étaient en moins bonne santé. Il y avait des variations entre les régions de la province qui pourraient nécessiter une enquête plus poussée. Nous avons aussi observé que comme groupe, les francophones avaient des résultats similaires, car il y avait peu de variations dans l'état de santé des francophones des différentes régions de la province.

Une constatation intrigante, mais qui a son importance, est que malgré la similitude de l'état de santé global entre les deux groupes, un effet des cohortes de naissance semble présent. Le climat sociopolitique du Manitoba a énormément changé pour les francophones de la province (comme on le rapporte au chapitre 17). Nous avons constaté une corrélation étroite entre le moment où un francophone est né et son état de santé actuel comparativement aux Manitobains non-francophones. Bien que globalement, la situation semble positive, les Franco-Manitobains plus âgés (nés avant 1958) sont en moins bonne santé que les autres Manitobains du même groupe d'âge, ceux nés entre 1958 et 1982 ont un état de santé similaire et ceux nés après 1982 sont en meilleure santé que les autres Manitobains de ce groupe d'âge. Cette constatation ne nous permet pas d'établir une relation de cause à effet entre la politique et les résultats, mais elle fournit certains éléments qui devraient être pris en compte dans les études à venir.

Dans l'ensemble, les taux d'hypertension et de diabète des francophones sont moins élevés. Ces résultats ne changent pas lorsqu'on tient compte de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie, ce qui laisse entendre que le fait d'être francophone est associé à des taux d'hypertension et de diabète moins élevés. Ce rapport rend compte de bien des domaines où les francophones semblent mieux utiliser les services et avoir de meilleurs résultats en matière de santé. Les francophones ont des taux plus élevés d'utilisation des services de soins préventifs que sont la vaccination contre la grippe, la mammographie et le dépistage du cancer du col utérin comparativement aux autres Manitobains. Il serait bon de vérifier si les francophones reçoivent leurs services dans le cadre d'un modèle qui pourrait s'appliquer à l'ensemble des Manitobains, ou si les francophones ont des caractéristiques comme une cohésion sociale ou un capital social qu'on pourrait faire ressortir chez d'autres groupes de personnes. Certains auteurs ont observé que les gens ayant un bon capital social ont plus d'interactions sociales empreintes de confiance envers autrui favorisant une réciprocité (Nygqvist, Finnas, Jakobsson et Koskinen, 2008). Un bon capital social est lié à un meilleur état de santé déclaré.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes nous ont permis de constater que les francophones sont moins portés à rapporter qu'ils ont une bonne santé mentale comparativement aux autres Manitobains. Ce résultat demeure probant même après la prise en compte de facteurs sociodémographiques et de facteurs liés au style de vie, ce qui donne à entendre que le fait d'être francophone est associé à un moins bon état de santé mentale déclaré. Cependant, cette perception de l'état de santé mentale ne s'est pas traduite par un nombre plus élevé de diagnostics de problème de santé mentale. En fait, les taux de suicide ou de tentatives de suicide, de toxicomanie, de schizophrénie et de troubles de la personnalité des francophones sont moins élevés que ceux des autres Manitobains. En outre, aucune différence n'est observée dans les taux de dépression et d'anxiété entre les francophones et les autres Manitobains.

Les francophones en bas âge (0 à 5 ans) et ceux ayant plus de 50 ans pourraient être particulièrement vulnérables. L'étude révèle que les enfants francophones qui vont à la maternelle sont moins « prêts » pour l'école qu'un groupe comparable formé d'enfants non-francophones, notamment sur le plan de la *maturité affective*, des *habiletés langagières et cognitives* et des *capacités de communication*

et *connaissances générales*. Les femmes francophones avec des nouveaux-nés sont plus portées à rapporter qu'elles ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse et qu'elles souffrent de dépression et d'anxiété. Ces caractéristiques maternelles ont à leur tour une influence négative sur le développement de l'enfant.

L'effet des cohortes de naissance laisse entendre que les francophones de plus de 50 ans ont de moins bons résultats en matière de santé que les autres Manitobains du même groupe d'âge. Plus d'interventions coronaires sont pratiquées sur les francophones que sur les autres Manitobains. L'étude rapporte un taux plus élevé de prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines ainsi qu'un temps d'attente plus élevé pour être admis dans un foyer de soins personnels parmi les francophones de 75 ans et plus que parmi les autres Manitobains du même groupe d'âge.

Ce projet a tiré parti de l'incroyable richesse que constituent les données administratives liées aux services de santé, aux services d'éducation et aux services sociaux rendues anonymes et pouvant être mises en lien qui sont conservées au MCHP. Il existe très peu d'endroits dans le monde (s'il y en a) où un projet semblable pourrait se faire. Nos partenaires du groupe consultatif nous ont assurés de la pertinence de ce travail pour les décideurs et les planificateurs. Nous sommes convaincus avoir fait tout notre possible pour trouver une cohorte formée de francophones, mais nous reconnaissons que certains francophones n'ont pu être sélectionnés (qui pourraient ainsi faire partie du groupe témoin formé d'autres Manitobains) et que des non-francophones pourraient être inclus dans la cohorte francophone (donc exclus de l'autre groupe). Cette seconde possibilité se produit probablement lorsque des membres de la famille sont considérés comme francophones à tort (p. ex., les deux parents d'un enfant fréquentant une école francophone sont considérés comme francophones, bien que l'on sache que depuis quelques années, plus de francophones épousent des non-francophones). De même, lorsque nous sélectionnons un adulte comme francophone, nous assumons que ses enfants sont francophones aussi. Cette façon de faire n'est pas parfaite, mais c'est la meilleure à la lumière des données disponibles. Les résultats de la cohorte francophone vont toutefois de pair avec ceux obtenus auprès de l'échantillon d'enquêtes, de taille plus réduite, ce qui nous rassure davantage quant à la validité des résultats de la présente étude.

Recommandations (fondées sur les constatations de l'étude)

S'assurer que les enfants francophones ont accès à des programmes pour la petite enfance, afin qu'il soit prêt à apprendre à l'école

Le présent rapport a révélé que les enfants francophones sont moins « prêts » pour l'école qu'un groupe témoin comparable formé d'autres enfants du Manitoba. Ces résultats proviennent de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, qui est administré par des enseignants de la maternelle. L'évaluation des capacités de communication des enfants se fait en français à la Division scolaire franco-manitobaine (DSFM) et en anglais dans les autres divisions scolaires. Le gouvernement du Manitoba et la DSFM avaient observé les mêmes tendances dans les années précédentes. Une étude du bureau d'Enfants en santé Manitoba et de la DSFM a révélé que les enfants qui étaient peu exposés au français pendant les années préscolaires obtenaient de moins bons résultats au chapitre du vocabulaire à la maternelle (Enfants en santé Manitoba, 2010). Selon Irwin, Siddiqui et Hertzman, « les conditions environnementales auxquelles les enfants sont exposés pendant la petite enfance, notamment la qualité des relations et l'environnement linguistique, façonnent leur cerveau en développement » (p. 7) [Traduction]. Les premières expériences sont censées influencer tous les aspects du développement, y compris le développement socioaffectif et les habiletés langagières et cognitives (2007).

Les Centres de la petite enfance et de la famille, qui utilisent l'école comme pivot, proposent une solution en offrant une gamme de services et de ressources harmonisés et intégrés aux parents de minorité linguistique, de la période précédant la naissance jusqu'à l'entrée à l'école. Les services comportent des ressources universelles afin d'accroître l'aide et l'information pour les parents, l'accès à des services spécialisés d'intervention précoce comme le programme Bébés en santé, des services complets dans le domaine du langage et d'autres services complets spécialisés dans les domaines du développement et de l'apprentissage. Le pari est de lier les familles francophones aux Centres de la petite enfance et de la famille. Dans le cadre d'un partenariat avec la santé publique, les parents francophones pourraient être mis au fait des services et des ressources aux familles qui sont offerts en français dès la naissance de leur enfant.

S'assurer que les francophones ont accès à des ressources en promotion de la santé mentale et à des services de santé mentale

La présente étude a révélé que même si les francophones sont plus portés à déclarer que leur santé mentale est moins bonne, leurs taux de diagnostics de problème de santé mentale sont moins élevés. Ces constatations laissent entendre que les francophones pourraient éprouver des problèmes de santé mentale, mais qu'ils seraient moins portés à aller chercher de l'aide pour les régler. Desroches, Simard, Di Ruggiero et Lévesque ont établi que les francophones s'intéressent à la santé mentale, à la toxicomanie et à la sexualité et se renseignent davantage à ces sujets (1999).

La présente étude donne aussi à penser que les femmes francophones sont plus portées à faire de l'anxiété, à souffrir de dépression et à consommer de l'alcool pendant la grossesse qu'un groupe comparable formé d'autres femmes. La détresse émotionnelle pendant la période périnatale est considérée comme un problème de santé publique, car elle est très répandue et reconnue comme nuisible au développement de l'enfant. On a établi un lien entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, les naissances prématurées et les fausses couches (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique, 2011). La promotion de la santé mentale vise à améliorer le bien-être émotionnel, psychologique et social en augmentant la sensibilisation et en encourageant des comportements sains comme la création de liens sociaux, l'exercice physique et l'établissement d'objectifs, favorisant ainsi un sentiment d'appartenance.

S'assurer que les francophones plus âgés ont un accès adéquat à des services de santé et à des ressources éducatives

La présente étude a établi que l'état de santé des francophones plus âgés est moins bon que celui des autres Manitobains plus âgés. Ils doivent aussi attendre plus longtemps avant d'être admis dans un foyer de soins personnels et ils sont plus portés à recevoir des prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines. C'est le groupe d'âge qui bénéficierait le plus de services de santé en français, car leur maîtrise de l'anglais a de bonnes chances d'être inférieure à celle des francophones plus jeunes. Le rapport qui s'est penché sur la santé des francophones plus âgés de l'Ontario a établi que ces derniers se sentaient plus à l'aise dans un environnement où le français est parlé.

Faciliter l'échange de connaissances entre la Division scolaire franco-manitobaine et les autres divisions scolaires

La maturité scolaire des enfants francophones qui entrent à l'école est peut-être moins élevée, sauf que le taux d'achèvement des études secondaires de leurs aînés est plus élevé et qu'ils réussissent mieux leurs examens de langue et de mathématiques qu'un groupe comparable formé d'autres élèves

manitobains. Ces résultats ouvrent la possibilité d'apprendre du soutien que la DSFM accorde aux élèves pour les aider à améliorer leurs notes et qui semble fonctionner. La DSFM offre des classes de maternelle à temps plein, propose aux élèves des cours intensifs de rattrapage pour améliorer leurs compétences linguistiques, met l'accent sur l'identité culturelle et linguistique et compte moins d'élèves par classe. Cependant, nous devons garder à l'esprit que les élèves qui ont obtenu leur diplôme en 2009 étaient à la maternelle en 1996, ce qui en fait un groupe différent de celui des élèves qui viennent de commencer leur maternelle. Il pourrait y avoir eu des changements sur le plan du type d'étudiants inscrits à la DSFM au cours de cette période de 12 ans.

Promouvoir la recherche sur le rôle (et sur les mécanismes sous-jacents à ce rôle) que les politiques linguistiques et autres ont sur les résultats en matière de santé et d'éducation des groupes culturels et linguistiques

Les analyses des cohortes de naissance donnent à penser que les francophones qui ont davantage de droits linguistiques obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé. Il est important que la communauté francophone et les autres groupes culturels soient conscients de l'influence possible des facteurs sociaux et politiques sur la santé. Le modèle écologique de Bronfenbrenner met de l'avant la juxtaposition de nombreux facteurs qui influencent le développement humain, allant des facteurs propres à l'environnement immédiat aux facteurs sociétaux comme les services, le voisinage, les attitudes, les idéologies et les politiques (1979). Par exemple, l'influence du statut socioéconomique sur la santé est bien documentée. Martens et coll. ont constaté que les résidents du Manitoba qui vivent dans les régions dont le statut socioéconomique est le moins élevé ont des taux de mortalité, de cardiopathie, d'hospitalisation, de suicide et de tentatives de suicide plus élevés que les régions dont le statut socioéconomique est plus élevé (2010).

À notre connaissance, très peu d'études ont examiné si et comment le contexte social et les politiques touchant les groupes minoritaires auraient pu avoir un effet sur leur santé. Certaines études sur les collectivités autochtones ont abordé ce sujet indirectement. Chandler et Lalonde ont étudié 197 collectivités autochtones et 23 conseils tribaux de la Colombie-Britannique et ont constaté que les taux de suicide variaient énormément d'un endroit à l'autre (1998). Les collectivités dont les taux de suicide étaient moins élevés disposaient aussi d'une certaine autonomie, exerçaient un certain pouvoir local sur les services de santé, d'éducation et de maintien de l'ordre, avaient plaidé pour faire reconnaître les titres autochtones sur leurs terres ancestrales, et avaient créé des centres communautaires favorisant la préservation de leur culture. Les politiques culturelles de ces collectivités autochtones ont eu pour effet de créer des milieux sociaux et culturels très différents pour ceux qui y vivent et cela semble avoir eu une influence sur leur santé mentale, ce qui va dans le sens de notre observation voulant qu'il existe un lien entre les politiques sociales et les résultats en matière de santé.

Poursuivre les efforts de recrutement et de formation de médecins et d'autres professionnels de la santé qui parlent français

La présente étude a établi que 28 % des francophones ont consulté un médecin parlant français ou en mesure d'offrir des services de traduction en français. Nous avons inclus les services de traduction dans notre définition parce que certains ORS fournissent ce genre de services, d'autant plus qu'ils constituent pour les nouveaux arrivants au Manitoba un élément essentiel de l'accès aux services de santé. Les données disponibles n'ont pas permis d'établir si la consultation s'est faite en français ou non. Cette définition de services en français était très large, peut-être même trop large, mais elle a tout de même démontré que la majorité des francophones n'ont pas accès à un médecin parlant le français.

Un rapport du Comité consultatif des communautés francophones en milieu minoritaire indique que la situation s'est grandement améliorée au cours des cinq dernières années au chapitre des services de santé assurés en français au Canada (2010). Il cite divers exemples, comme les plans provinciaux visant les services en français, les liens noués entre les provinces et territoires, la hausse du nombre de fournisseurs de soins de santé pouvant assurer des services en français et un plus grand nombre de services offerts en français. Le rapport propose plusieurs recommandations, notamment poursuivre les efforts en vue d'assurer des services de santé en français, considérer les jeunes enfants et les personnes âgées comme des priorités, parce qu'ils risquent le plus de souffrir de l'absence de services en français, et appuyer les établissements communautaires.

Conclusion

En résumé, nous avons constaté que, dans la majorité des cas, l'état de santé des francophones et leur utilisation des soins de santé ne varient pas tellement comparativement au groupe témoin formé d'autres Manitobains, mais il existe des variations selon l'endroit où ils demeurent. Pour certains indicateurs, la population francophone a de moins bons résultats. Pour d'autres, ses résultats sont meilleurs. Les études à venir devraient chercher à répondre aux questions suivantes : Comment établir un lien entre la politique et les résultats qui suivront? Quels sont les facteurs associés aux différences touchant l'état de santé et l'utilisation des services de santé entre les groupes (francophones et non-francophones)? Quels sont les facteurs associés aux différences touchant l'état de santé et l'utilisation des services de santé entre les différentes régions de la province?

La présente étude a révélé qu'en règle générale, l'état de santé des francophones est similaire à celui des autres Manitobains. C'est une bonne nouvelle pour la communauté francophone, mais il ne faut pas pour autant mettre fin aux efforts visant à améliorer la santé. Au cours de la dernière décennie, on a cherché à améliorer l'accès aux services de santé des francophones. Des modèles innovants, comme ceux adoptés au Centre de Santé de Saint-Boniface et au Centre Albert Gailliot de Notre-Dame-de-Lourdes, privilégient une approche holistique à l'égard de la santé dans un milieu qui tient compte des besoins culturels et linguistiques. Le Centre Medical Seine Medical Centre de Sainte-Anne assure des soins primaires en français et en anglais et dessert la majorité des francophones de la région. Les constatations de ce rapport devraient encourager les décideurs et les fournisseurs de services à tirer parti de l'amélioration apparente de la santé de cette population.

Bibliographie

- A Dictionary of Epidemiology* (1995). 3^e éd., New York (NY), Oxford University Press.
- ACTION CANCER MANITOBA, DIVISION SCOLAIRE FRANCO-MANITOBAINE et CONSEIL COMMUNAUTÉ EN SANTÉ DU MANITOBA (2009). Étude provinciale sur la santé des jeunes francophones fréquentant les écoles de la Division scolaire franco-manitobaine, http://www.healthincommon.ca/wp-content/uploads/7371-DSFM_school-division-Aug-2009lebon.f.fr_.pdf (page consultée le 22 février 2011).
- ALBERT, M.A. et D.R. WILLIAMS (2011). « Invited commentary: Discrimination — an emerging target for reducing risk of cardiovascular disease? », *Am J Epidemiol*, vol. 173, n° 11, p. 1240–1243.
- BÉLANGER M., L. BOUCHARD, I. GABOURY et COLL. (2011). « Perceived health status of Francophones and Anglophones in an officially bilingual Canadian province », *Can J Public Health*, vol. 102, n° 2, p. 122–126.
- BLAY J. (2011). *Histoire du Manitoba français*, 1^{re} éd., Winnipeg (Man.), Éditions du Blé.
- BOUCHARD, L., I. GABOURY, M.H. CHOMIENNE, A. GILBERT et L. DUBOIS (2009). « La santé en situation linguistique minoritaire (Health in language minority situation) », *Healthcare Policy*, vol. 4, n° 4, p. 36–42.
- BOUCHARD, L., A. GILBERT, R. LANDRY et K. DEVEAU (2006). « Capital social, santé et minorités francophones », *Revue canadienne de santé publique*, n° 97 (Supplément 2), p. S17–S21.
- BOUDREAU, F. et D. FARMER (1999). « Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario : les faits saillants revisités et comparés », *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n° 2, p. 103–108.
- BOURGOIN, G.L., N.R. LAHAIE, B.A. RHÉAUME et COLL. (1997). « Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region », *Can J Public Health*, vol. 88, n° 4, p. 238–241.
- BOURQUE, P., P. OUELLETTE, J.F. SINGLETON et F. BÉLAND (2005). « Self-reported physical activity among older Acadians », *Activities, Adaptation and Aging*, vol. 29, n° 4, p. 1–14.
- BOWEN, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php> (page consultée le 10 mars 2011).
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*, 1^{re} éd., Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- CENTRE D'EXCELLENCE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (2011). *Women and Alcohol: A Women's Health Resources*, <http://www.hcip-bc.org/resources-for-women/documents/BCCEHWomenAlcoholBrochureLR.pdf> (page consultée le 29 novembre 2011).
- CHANDLER, M. et C. LALONDE (1998). « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2, p. 191–219.
- CHARTIER, R. (1998). *Avant toute chose, le bon sens – Un rapport et des recommandations sur les services en français au sein du gouvernement du Manitoba*, <http://www.gov.mb.ca/fls-slf/report/toc.html> (page consultée le 14 décembre 2010).

- CLARKE, D.E., A. COLANTONIO, A.E. RHODES et M. ESCOBAR (2008a). « Ethnicity and mental health: Conceptualization, definition and operationalization of ethnicity from a Canadian context », *Chronic Dis Can*, vol. 28, n° 4, p. 128–147.
- CLARKE, D.E., A. COLANTONIO, A.E. RHODES et M. ESCOBAR (2008b). « Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults: the possible role of social stress », *Psychol Med.*, vol. 38 n° 3, p. 419–431.
- COLLE, E., J. SIEMIATYCKI, R. WEST et COLL. (1981). « Incidence of juvenile onset diabetes in Montreal – demonstration of ethnic differences and socio–economic class differences », *J Chronic Dis.*, vol. 34, n° 12, p. 611–616.
- COLLINS, E. (2010). « Divided Minority: Franco–Manitobans and the Forest Case », *Manitoba History: The Journal of the Manitoba Historical Society*, vol. 64, p. 1–9.
- COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2007). *Rapport au ministre fédéral de la santé : Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/olcldb-baclo/cccfsm/2007-cccfsm/index-fra.php> (page consultée le 17 juin 2010).
- CONSERVATION MANITOBA (2010). *Services en français au Manitoba*, carte, Secrétariat aux affaires francophones, <http://www.gov.mb.ca/fls-slf/pdf/map.pdf> (page consultée le 19 janvier 2011).
- CONSULTATION DEROUCHE CONSULTING (2009). *Identification des problèmes et des besoins de santé perçus au sein de la communauté francophone du Manitoba*, rapport définitif rédigé pour le compte du Groupe de travail consultatif auprès de la communauté francophone du Réseau d'évaluation de la santé communautaire du Manitoba, <http://www.wrha.mb.ca/about/fls/cha-f.php>.
- CORBEIL, J.P. (2003). *Les groupes linguistiques au Canada : 30 ans de scolarisation*, Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=11-008-X20030036701&lang=fra> (page consultée le 17 juin 2010).
- CORBEIL, J.P., C. GRENIER et S. LAFRENIÈRE (2006). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, ministre de l'Industrie, Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.htm> (page consultée le 17 juin 2010).
- DE MAN, A.F., C.P. LEDUC et L. LABRÈCHE-GAUTHIER (1993). « Correlates of suicidal ideation in French–Canadian adolescents: personal variables, stress, and social support », *Adolescence*, vol. 28 n° 112, p. 819–830.
- DE MOISSAC, D., S. DELAQUIS et G. RIOUX (2006). *Enquête sur les comportements à risque des jeunes adultes francophones vivant en situation linguistique minoritaire (2005–2006)*, Collège universitaire de Saint–Boniface, <http://www.cusb.ca/pdf/rapportderecherche/Comportementsarisque.pdf> (page consultée le 17 juin 2010).
- DE VOGLI, E. BRUNNER et M.G. MARMOT (2007). « Unfairness and the social gradient of metabolic syndrome in the Whitehall II Study », *J Psychosom Res.*, vol. 63, n° 4, p. 413–419.
- DESROCHES, F., A. SIMARD, E. DI RUGGIERO et J. LÉVESQUE (1999). « Profil des ressources des communautés francophones en milieu minoritaire », *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n° 2, p. 202–212.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES (MANITOBA) (2007). *Annual Report 2007*, <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/mims/reports/2007.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

DUBOS, R. (1968). *Man, Medecine and Environment*, 1^{re} éd., Londres (R.U.), Pall Mall Press.

ENFANTS EN SANTÉ MANITOBA : DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE (2011). *Survivance des services de garde dans deux communautés du Manitoba*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/ecd/ecd_insights_fr.pdf (page consultée le 14 novembre 2011).

FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNES (FCFA) (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, FCFA, http://www.risf.ca/donne/docs_rapport/Rapport%20FCFA%20Pour%20un%20meilleur%20accés.pdf (page consultée le 22 février 2011).

FORGUES, É. et R. LANDRY (2006). *Définitions de la francophonie en situation minoritaire : analyse de différentes définitions statistiques et de leurs conséquences*, Secrétariat national du Consortium national de formation en santé, http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/definition_de_la_francophonie_en_situation_minoritaire.pdf (page consultée le 22 février 2011).

FRANSOO, R., P. MARTENS, E. BURLAND, THE NEED TO KNOW TEAM, H. PRIOR et C. BURCHILL (2009). *Manitoba RHA Indicators Atlas*, Manitoba Centre for Health Policy, http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/RHA_Atlas_Report.pdf (page consultée le 26 avril 2011).

GABOURY, I., J.G. NOËL, É. FORGUES, et L. BOUCHARD (2009). *Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire : Potentiel d'analyse et état de situation. Le Consortium national de formation en santé bénéficie d'une aide financière de Santé Canada*, http://www.cnfs.net/system/files/publication/docs%25/Rapport+final+de+recherche_0.pdf (page consultée le 22 février 2011).

INSTITUTE FOR CLINICAL EVALUATIVE SCIENCES (2010). « Chapter 14: The health status of the francophone population in Ontario, report on the health status of the residents of Ontario », *The Report on the Health Status of the Residents of Ontario*, Ontario Public Health Association, Toronto (Ont.), Institute for Work and Health.

IRWIN, L., A. SIDDIQI et C. HERTZMAN (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer – A Final Report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health*, http://earlylearning.ubc.ca/media/uploads/publications/who_ecd_final_report.pdf (page consultée le 29 novembre 2011).

JOFFRES, M.R. et D.R. MacLean (1999). « Comparison of the prevalence of cardiovascular risk factors between Quebec and other Canadian provinces: the Canadian heart health surveys », *Ethn Dis*, vol. 9, n° 2, p. 246–253.

KOPEC, J.A., J.I. WILLIAMS, T. TO et P.C. AUSTIN (2000). « Measuring population health: Correlates of the health utilities index among English and French Canadians », *Can J Public Health*, vol. 91, n° 6, p. 465–470.

KOPEC, J.A., J.I. WILLIAMS, T. TO et P.C. AUSTIN (2001). « Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index », *Ethn Health*, vol. 6, n° 1, p. 41–50.

KOZYRSKYJ, A. et C.A. MUSTARD (1998). « Validation of an electronic, population-based prescription database », *Ann Pharmacotherapy*, vol. 32, n° 11, p. 1152–1157.

- LANDRY, R. (2003). *Libérer le potentiel caché de l'exogamie – Profil démographique des enfants des ayants droit francophones selon la structure familiale – Là où le nombre le justifie... IV*, étude réalisée pour le compte de la Commission nationale des parents francophones, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, http://cnpf.ca/documents/Exogamie,_potentiel_10dec.03.pdf (page consultée le 22 février 2011).
- MARTENS, P., J. BARTLETT, E. BURLAND, H. PRIOR, C. BURCHILL, S. HUQ, L. ROMPHF, J. SANGUIN, S. CARTER et A. BAILLY (2010). *Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*, Manitoba Centre for Health Policy, [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_\(WEB\)_update_aug11_2011.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_update_aug11_2011.pdf) (page consultée le 19 octobre 2011).
- McEWEN, B.S. et T. SEEMAN (1999). « Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load », *Ann NY Acad Sci.*, vol. 896, p. 30–47.
- McKEOWN, T., R.G. RECORD et R.D. TURNER (1975). « An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century » *Popul Stud (Camb)*, vol. 29, n° 3, p. 391–422.
- METGE, C., C. BLACK, S. PETERSON, A. KOZYRSKYJ, N.P. ROOS et B. BOGDANOVIC (1999). *Analysis of Patterns of Pharmaceutical Use in Manitoba, 1996: Key Findings – A POPULIS Project*, Manitoba Centre for Health Policy, <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/dpin.pdf> (page consultée le 19 octobre 2011).
- MOSSEY, J.M. et E. SHAPIRO (1982). « Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly », *Am J Public Health*, vol. 72, n° 8, p. 800–808.
- NYQVIST, F., F. FINNAS, G. JAKOBSSON et S. KOSKINEN (2008). « The effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland », *Health Place*, vol. 14, n° 2, p. 347–360.
- O'LOUGHLIN, J., K. MAXIMOVA, Y. TAN et K. GRAY-DONALD (2007). « Lifestyle risk factors for chronic disease across family origin among adults in multiethnic, low-income, urban neighborhoods », *Ethnicity and Disease*, vol. 17, n° 4, p. 657–663.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (OCDE) (2007). *Programme for International Student Assessment (PISA) 2006: Science Competencies for Tomorrow's World*, <http://www.oecd.org/dataoecd/15/13/39725224.pdf> (page consultée le 15 novembre 2011).
- PARTNERS IN PLANNING FOR HEALTHY LIVING (2009). *Youth Health Survey: Students in Manitoba (Grades 9–12)*, <http://www.healthincommon.ca/wp-content/uploads/Youth-Health-Survey-Report-2009.pdf> (page consultée le 11 octobre 2010).
- PELLETIER, V., D. DE MOISSAC, S. DELAQUIS, DSFM et CNFS (2007). *Enquête sur les comportements à risque des adolescentes et des adolescents francophones vivant en situation linguistique minoritaire*, Winnipeg (Man.), Collège universitaire de Saint-Boniface.
- PGF/GTA (2002). *Vivre en français jusqu'au bout de son âge – Étude sur la disponibilité des services en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées*, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, http://www.risf.ca/donne/docs_rapport/Etude%20PA%20est%20Ontario.pdf (page consultée le 15 novembre 2011).

- PICARD, L. et G. ALLAIRE (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Association pour la santé publique de l'Ontario, http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/rapport_sante_jan06.pdf (page consultée le 17 juin 2010).
- ROBINSON, J.R. et D.J. TATARYN (1997). « Reliability of the Manitoba Mental Health Management Information System for research », *Can J Psychiatry*, vol. 42, n° 7, p. 744–749.
- ROOS, L.L., S. GUPTA, R. SOODEEN et L. JEBAMANI (2005). « Data quality in an information-rich environment: Canada as an example », *Can J Aging*, vol. 24 (Suppl. 1), p. 153–170.
- ROOS, L.L., C.A. MUSTARD, J.P. NICOL et COLL. (1993). « Registries and administrative data: Organization and accuracy », *Med Care*, vol. 31, n° 3, p. 201–212.
- ROOS, L.L., et J.P. NICOL (1999). « A research registry: Uses, development, and accuracy », *J Clin Epidemiol.*, vol. 52, n° 1, p. 39–47.
- ROOS, L.L., et A. WAJDA (1991). « Record linkage strategies: Part I. Estimating information and evaluating approaches », *Methods Inf Med.*, vol. 30, n° 2, p. 117–123.
- ROOS, N.P., M. BROWNELL, A. GUEVREMONT et COLL. (2006). « The complete story: A population-based perspective on school performance and educational testing », *Can J Educ.*, vol. 29, n° 3, p. 684–705.
- ROTHMAN, K.J. et S. GREENLAND (1998). « Introduction to Stratified Analysis », *Modern Epidemiology*, 2^e éd., Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins, p. 253–280.
- SAPOLSKY, R.M. (1995). « Social subordination as a marker of hypercortisolism. Some unexpected subtleties », *Ann N Y Acad Sci.*, vol. 771, p. 626–639.
- SCHOFIELD, A. et H. GAUTHIER (2007). « The société santé en français: a successful canadian model for partnership », *Education for Health: Change in Learning and Practice*, vol. 20, n° 2.
- STATISTIQUE CANADA (2009). *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2006*, ministre de l'Industrie, Ottawa, <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=91-550-XWF&lang=fra> (page consultée le 9 février 2011).
- STREINER, D.L., J. CAIRNEY et S. VELDHIJZEN (2006) « The epidemiology of psychological problems in the elderly », *Can J Psychiatry*, vol. 51, n° 3, p. 185–191.
- TEMPIER, R., H.-M. VASILIADIS, F. GILBERT et COLL. (2010a). « Comparing mental health of Francophone populations in Canada, France, and Belgium: 12-month prevalence rates of common mental disorders (part 1) », *Can J Psychiatry*, vol. 55, n° 5, p. 289–294.
- TEMPIER, R., H.-M. VASILIADIS, F. GILBERT et COLL. (2010b). « Comparing mental health of Francophone populations in Canada, France, and Belgium: 12-month prevalence rates of common mental disorders (part 2) », *Can J Psychiatry*, vol. 55, n° 5, p. 295–303.
- THOMAS, S. et B. WANNELL (2009). « Combining cycles of the Canadian Community Health Survey », *Health Rep.*, vol. 20, n° 1, p. 53–58.
- WHITBECK, L.B., G.W. ADAMS, D.R. HOYT et X. CHEN (2004). « Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people », *Am J Community Psychol.*, vol. 33, n° 3–4, p. 119–130.
- WOLOSHIN, S., L.M. SCHWARTZ, S.J. KATZ et H.G. WELCH (1997). « Is language a barrier to the use of preventive services? », *J Gen Intern Med.*, vol. 12, n° 8, p. 472–477.

Glossaire

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Perte progressive rapide de la fonction cérébrale due à une interruption de l'apport de sang aux cellules cérébrales. Un accident cérébral se produit lorsque l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau sanguin empêche la circulation du sang vers le cerveau et provoque la mort subite des cellules nerveuses qui sont alors privées d'oxygène. Les symptômes d'un AVC varient selon la région du cerveau affectée. Le symptôme le plus courant est une faiblesse ou une paralysie touchant un côté du corps accompagnée d'une perte partielle ou totale de mouvements volontaires ou de sensations d'une jambe ou d'un bras. Parmi les autres symptômes courants, mentionnons les problèmes d'élocution, la faiblesse des muscles faciaux, un engourdissement et des picotements. Un AVC affectant la base du cerveau peut nuire à l'équilibre, à la vue, à la déglutition, à la respiration et à l'état de conscience.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Agence du gouvernement du Canada responsable de la santé publique dont le principal objectif est « de renforcer la capacité du Canada de protéger et d'améliorer la **santé de la population** et d'aider à réduire les pressions sur le système de soins de santé ».

Aire de diffusion

Petite unité géographique relativement stable formée d'un ou de plusieurs îlots. Il s'agit de la plus petite région géographique normalisée pour laquelle toutes les données du **Recensement** sont diffusées. Les aires de diffusion couvrent tout le territoire du Canada.

Ajustement de Bonferroni – voir **Méthode de Bonferroni**

Ajustement des taux

Appelé aussi normalisation des taux, l'ajustement des **taux** consiste à supprimer mathématiquement les effets des différentes structures démographiques qui influencent les taux globaux. Un taux ajusté est une estimation de ce qu'un taux aurait été si la répartition selon l'âge et le sexe avait été la même que celle de l'ensemble de la province. Cet ajustement est effectué pour assurer une juste comparaison des taux de régions différentes, en sachant que le profil démographique des deux régions n'affecte pas la comparaison. Les **taux ajustés** permettent la comparaison des taux entre les régions en supprimant les effets liés aux différences démographiques.

Ajustement selon l'âge

L'ajustement selon l'âge permet la comparaison de populations aux différents profils d'âge (voir

Ajustement des taux)

Analyse statistique

On a procédé à une analyse statistique des contrastes dans les **modèles linéaires généralisés** (pour les **taux ajustés**) ainsi qu'à des tests du chi carré (pour les **taux bruts**) afin de déterminer si les **taux régionaux** (ou **rappports de taux**) étaient statistiquement différents de ceux des **francophones** ou des autres Manitobains à l'échelle provinciale et s'il y avait une différence statistiquement significative entre la **cohorte** francophone et le groupe témoin dans une région donnée. L'analyse des comparaisons entre les francophones et les autres Manitobains à l'intérieur d'une région s'est faite au moyen de contrastes ayant un niveau de signification statistique de 0,05. En raison des comparaisons multiples avec le Manitoba effectuées pour chaque indicateur, on a choisi un niveau de signification plus serré que le taux d'erreur de type 1 de 5 % normalement utilisé comme taux global d'erreur. Pour les **offices régionaux de la santé (ORS)** et les **secteurs communautaires de Winnipeg**, l'analyse des comparaisons avec le

Manitoba se rapportant aux francophones et aux autres Manitobains s'est faite au moyen de contrastes ayant un niveau de signification statistique de 0,01. Une signification statistique a été utilisée pour indiquer quel degré de confiance attribuer à la différence entre deux taux (ou **rapports de taux**). Si une différence est statistiquement significative, nous sommes ainsi sûrs à 99 % que cette différence n'est pas simplement due au hasard.

Angiogramme – voir Angiographie

Angiographie

Technique radiographique qui consiste à injecter un agent de contraste radio-opaque (visible aux rayons-X) dans un vaisseau sanguin dans le but d'établir son anatomie au moyen des rayons X. Cette technique est utilisée pour obtenir des images des artères du cerveau, du cœur, des reins, du tube digestif, de l'aorte, du cou (carotide), de la poitrine, des membres et du circuit pulmonaire.

Angioplastie

Appelée aussi angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP), l'angioplastie est une procédure qui consiste à agrandir un rétrécissement d'une artère coronaire à l'aide d'un cathéter à ballonnet. Si besoin est, une endoprothèse est insérée en permanence dans l'artère pour la maintenir ouverte de façon à ce que le sang puisse y circuler plus librement.

Anglophone

Un anglophone est habituellement une personne qui parle anglais. Pour **Statistique Canada**, un anglophone est une personne dont la langue maternelle est l'anglais, soit la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise au moment du **Recensement**.

CORBEIL, J.P., B. CHAVEZ et D. PEREIRA (2010). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les anglophones du Québec*, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010002-fra.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Année civile

L'année civile commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Années-personnes

Mesure associant des personnes au temps utilisée comme dénominateur dans les taux d'**incidence** et de **prévalence** lorsque, pour des périodes variables, des personnes sont susceptibles de développer une maladie, d'utiliser un service de santé ou de mourir. L'utilisation des années-personnes dans les analyses permet d'inclure le plus grand nombre possible de gens dans les calculs.

Antidépresseur

Un antidépresseur est un type de médicament prescrit pour aider les personnes qui souffrent de **dépression**, de **troubles anxieux** et d'autres problèmes de santé.

Appariement des données – voir Rapprochement des données

Arthrite

L'arthrite est un ensemble de troubles qui affectent la santé des articulations du corps. Les affections arthritiques comprennent la **polyarthrite rhumatoïde** et la polyarthrite psoriasique, qui sont des maladies autoimmunes, l'arthrite septique, qui est due à une infection des articulations, et l'**arthrose** ou ostéoarthrite, qui est la plus courante. L'arthrite peut être causée par des lésions et des blessures dues à des mouvements répétés, à la pratique de sports, à du surmenage et à des chutes. Contrairement aux maladies autoimmunes, l'arthrose affecte principalement les personnes plus âgées en raison de la dégénération du cartilage des articulations.

Arthroplastie de la hanche

L'arthroplastie de la hanche consiste à enlever complètement l'articulation de la hanche pour la remplacer par une nouvelle articulation faite de matériaux artificiels. Une bille de métal montée sur une tige (prothèse) est implantée dans le fémur, tandis qu'une cupule artificielle en plastique est placée dans le cotyle (partie du pelvis en forme de coupe). La prothèse peut être fixée à la partie centrale du fémur à l'aide de ciment. Il existe aussi des prothèses non cimentées, qui sont pourvues de pores microscopiques qui permettent au tissu osseux de la partie saine du fémur de se fixer sur la tige de la prothèse. Les prothèses de hanche non cimentées durent plus longtemps et sont conseillées aux jeunes patients.

Arthroplastie du genou

L'arthroplastie du genou est le remplacement de parties de l'articulation du genou par des prothèses. L'intervention consiste à séparer les muscles et les ligaments autour du genou de manière à exposer l'intérieur de l'articulation. L'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont retirées et la face postérieure de la rotule peut également être rectifiée. Les matériaux artificiels sont ensuite cimentés en place. Le nouveau genou comprend habituellement une coque en métal placée à l'extrémité du fémur, une tige de plastique et de métal placée sur le tibia et, parfois, un bouton de plastique placé sur la rotule. L'arthroplastie du genou est souvent pratiquée sur des jeunes à la suite d'une blessure et sur des adultes plus âgés qui ont subi une fracture ou une chute, ou qui subissent les effets associés à l'**arthrose**.

Arthrose

Appelée aussi **arthrite** et ostéoarthrite, l'arthrose est une affection caractérisée par une inflammation mineure causant de la douleur aux articulations. Elle résulte de la dégradation du cartilage qui recouvre les articulations et qui agit comme un coussin entre les joints. Moins le cartilage protège la surface des os, plus le patient éprouve de la douleur lorsqu'il doit supporter un poids, notamment en marchant et en se tenant debout. La restriction des mouvements due à la douleur risque d'atrophier les muscles tout autour et d'assouplir les ligaments. L'arthrose est la forme d'arthrite la plus courante. Le terme ostéoarthrite est dérivé du mot grec « osteo », qui signifie « par rapport à l'os », « arthro », qui signifie « articulation » et « ite », qui signifie « inflammation », bien que de nombreuses personnes affectées éprouvent peu ou pas d'inflammation.

Asthme

Affection qui consiste en une inflammation des voies respiratoires qui gêne la circulation de l'air vers les poumons et hors de ceux-ci. L'asthme se caractérise par des crises périodiques au cours desquelles les symptômes suivants sont présents : respiration sifflante, essoufflement, oppression thoracique et toux.

Autochtones

Les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. La Constitution canadienne reconnaît trois peuples autochtones : les membres des Premières nations, les **Métis** et les Inuits. Chaque peuple autochtone se distingue des autres par son patrimoine, sa langue, ses habitudes culturelles et ses croyances.

Bases de données administratives – voir Données administratives

Bêtabloquants

Les bêtabloquants, ou médicaments bloqueurs bêta–adrénergiques, sont reconnus pour réduire le risque d'une nouvelle **crise cardiaque**. Ces médicaments bloquent la réaction des récepteurs nerveux bêta en ralentissant le rythme cardiaque et en diminuant la pression artérielle de façon à réduire la

charge de travail imposée au cœur. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR (2011). *Bêtabloquants*, http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3670015/k.37C1/Maladies_du_coeur__B234tabloquants.htm (page consultée le 22 février 2011).

Bilingue

Personne qui parle deux langues. Dans ce rapport, une personne bilingue parle le français et l'anglais.

Bootstrap

« Technique utilisée pour estimer la variation et le biais d'un estimateur en prélevant à maintes reprises une série d'échantillons aléatoires à partir des observations sous la main. On applique l'estimateur à chaque échantillon sélectionné, ce qui permet d'obtenir une série d'estimations. La variation observée dans cette série devient l'estimation de la variation selon la méthode du Bootstrap. La différence entre la moyenne de la série d'estimations et l'estimation originale est l'estimation du biais selon la méthode du Bootstrap. » (Last, 1995) [Traduction]

LAST, J.M. (1995). *A Dictionary of Epidemiology*, New York (N.Y.), Oxford University Press.

Bronchite

Inflammation des tubes bronchiques.

Calendrier de vaccination

Calendrier indiquant les périodes recommandées pour se faire vacciner. Au Manitoba, le calendrier de **vaccination** est fondé sur les programmes et les politiques de vaccination en place dans la province et suit les scénarios de vaccination les plus courants.

Calendrier de vaccination complète (enfants de deux ans) – voir Série primaire

Capacités de communication et connaissances générales – Domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

Série de huit aspects de l'**IMDPE** utilisés pour évaluer la maturité scolaire d'un enfant de la maternelle en ce qui a trait « à la capacité de communiquer clairement ses besoins et à comprendre les autres, à la participation active à la lecture de contes et à un désir d'augmenter ses connaissances générales du monde », ainsi qu'à d'autres caractéristiques similaires.

CONSORTIUM FOR INTERNATIONAL POPULATION-BASED EARLY CHILD DEVELOPMENT

INDICATORS. *The Early Development Instrument (EDI) – A Brief Description*, <http://www.councilcd.ca/internationale/09.%20The%20EDI%20-%20A%20Brief%20Description.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Capital social

Rapports entre les particuliers et les réseaux sociaux et normes de réciprocité et de fiabilité qui en découlent. Le capital social est étroitement lié à ce que d'aucuns appellent la « vertu civique », à cette différence près que le capital social attire l'attention sur le fait que la vertu civique est la plus forte lorsqu'elle est intégrée à un réseau de relations sociales réciproques. Une société formée de personnes vertueuses, mais isolées, n'a pas nécessairement un bon capital social.

Cardiopathie ischémique

L'ischémie est une affection caractérisée par une restriction de l'apport sanguin (donc d'oxygène) dans une partie du corps. L'ischémie cardiaque est le nom donné à la diminution de l'apport sanguin et d'oxygène au muscle cardiaque. Ainsi, la cardiopathie ischémique, qu'on appelle aussi coronaropathie et insuffisance coronaire, désigne les problèmes cardiaques causés par le rétrécissement des artères coronaires. Elle peut éventuellement mener à une **crise cardiaque**.

Cathétérisme cardiaque

Méthode la plus précise utilisée pour évaluer et définir une **cardiopathie ischémique**, appelée aussi coronaropathie ou insuffisance coronaire. Le cathétérisme cardiaque sert à identifier l'emplacement et la gravité de la coronaropathie. Pour ce faire, on insère un petit cathéter (tube mince et creux de 2 ou 3 mm de diamètre) sous la peau dans une artère au niveau du pli de l'aîne ou du bras. Avec l'aide d'un fluoroscope (instrument d'observation spécial constitué d'un générateur de rayonsX), le cathéter progresse vers l'ouverture des artères coronaires, qui sont les vaisseaux transportant le sang vers le cœur. Lorsque le cathéter est utilisé pour injecter un contraste radiographique (une solution contenant de l'iode, qui est facilement visible sur les images radiologiques) à l'intérieur de chaque artère coronaire, le cathétérisme prend le nom d'**angiographie**. Les images tirées de cette méthode sont des **angiogrammes**, qui permettent de déterminer l'ampleur et le degré de gravité des blocages des artères coronaires.

Causes d'hospitalisation

Cet indicateur mesure la répartition des diagnostics les « plus fiables » établis pendant les hospitalisations et qui sont regroupés selon le système de **Classification internationale des maladies (CIM)**. La catégorie « état de santé et recours aux soins » regroupe un éventail de causes dont la convalescence et le suivi à la suite d'une chirurgie, les procédures de remise en état et la physiothérapie, la stérilisation et les soins palliatifs. Dans cette étude, les regroupements ont été effectués à l'aide de la **CIM-9-MC**.

Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure

Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure réparties dans les principales catégories du système de **Classification internationale des maladies (CIM)**, à partir des données figurant sur les **registres de sortie des hôpitaux**. Sont exclues du dénombrement des **causes d'hospitalisation** à la suite d'une blessure celles qui sont liées à une **erreur médicale** et aux effets secondaires de médicaments.

Causes de décès

Cet indicateur, qui mesure la répartition des causes de décès et des événements ayant entraîné le décès, est basé sur les **statistiques de l'état civil**. Les causes sont réparties en catégories à l'aide des 17 chapitres du système de **Classification internationale des maladies (CIM-9-MC)**. Comme les données de l'état civil sont encodées en vertu de la **CIM-10-AC** depuis le 1^{er} janvier 2000, ces codes ont été convertis en codes conformes au **CIM-9-MC**, au moyen du fichier de conversion créé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Causes de mortalité par blessure

Causes de mortalité par blessure réparties dans les principales catégories du système de **Classification internationale des maladies (CIM)**, à partir des données figurant dans les **statistiques de l'état civil**. Dans cette étude, la répartition s'est faite au moyen de la **CIM-9-MC**.

Césarienne

Procédure qui fait en sorte qu'au lieu de naître par voie naturelle, le bébé est retiré de l'utérus au moyen d'une chirurgie.

CIM-10-AC (ICD-10-CA en anglais)

Acronyme de Classification internationale des maladies, 10^e révision, adaptation canadienne, qui est la 10^e version du système de **Classification internationale des maladies (CIM)**. Le CIM-10-AC a été développé par l'Organisation mondiale de la santé et est utilisé pour classer les maladies et les problèmes de santé connexes (**morbidité**), mais contient aussi des adaptations apportées par l'Institut

canadien d'information sur la santé (ICIS) à l'intention des hôpitaux et des établissements médicaux canadiens. La Classification canadienne des interventions en santé (CCIS) est le complément du CIM-10-AC en ce qui a trait à la codification des procédures au Canada. L'utilisation du CIM-10-AC et de la CCIS dans les **registres des hôpitaux** du Manitoba remonte au 1^{er} avril 2004.

CIM-9-MC (ICD-9-CM en anglais)

Acronyme de Classification internationale des maladies, 9^e révision, modification clinique, qui est la 9^e version du système de **Classification internationale des maladies (CIM)**. Le CIM-9-MC a été développé par l'Organisation mondiale de la santé et est utilisé pour classer les maladies, les problèmes de santé et les procédures. Cette version a été couramment utilisée par les hôpitaux. Le 1^{er} avril 2004, les hôpitaux du Manitoba ont remplacé le CIM-9-MC par le **CIM-10-AC**, pour la codification des diagnostics, et par la Classification canadienne des interventions en santé (CCIS), pour la codification des procédures.

Classification internationale des maladies (CIM)

Système de classification des maladies, des problèmes de santé et des procédures élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui constitue la norme internationale ayant trait à l'étiquetage et à la codification numérique des maladies et des problèmes de santé. En vertu de ce système, des numéros en ordre hiérarchique sont assignés à l'ensemble des maladies et problèmes de santé. Il existe plusieurs versions du système de codification de la CIM, dont la CIM-8, la CIM-9, la **CIM-9-MC** (modifications cliniques), la CIM-O (Oncologie), la CIM-10 et la **CIM-10-AC** (adaptation canadienne).

Code tarifaire

Code spécifique utilisé pour identifier chaque service assuré par un médecin ou par une infirmière praticienne tel que défini dans le manuel dressant la liste des tarifs.

Cohorte

Groupe de sujets examinés dans le cadre d'une étude qui partage au moins une caractéristique commune (p. ex., âge).

Cohorte de naissance

Appelée aussi **cohorte** d'âge, la cohorte de naissance se rapporte aux personnes nées au cours d'une année ou d'une série d'années en particulier.

Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

Organisme de réglementation professionnelle regroupant l'ensemble des médecins qui pratiquent la médecine au Manitoba. « L'adhésion au Collège est obligatoire pour tous les médecins qui veulent pratiquer au Manitoba. L'autorité du Collège s'étend à ses membres et membres associés, y compris les médecins et les assistants cliniques (dont les médecins en formation). Le Collège a pour mandat de protéger le public en tant que consommateurs de soins médicaux et de promouvoir la prestation, par les médecins du Manitoba, de soins médicaux de qualité en toute sécurité et conformément à l'éthique. » [Traduction]

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU MANITOBA. *The Role of the College*, http://www.cpsm.mb.ca/1_1_role.php (page consultée le 22 février 2011).

Congé d'hôpital – voir Sortie d'hôpital

Consultation externe – médecin

Pratiquement toutes les prises de contact avec les médecins : visites au cabinet d'un médecin, visite à une clinique sans rendezvous, visites à domicile, visites à un **foyer de soins personnels (FSP)** ou maison de santé, visites au service de consultation externe, certaines visites à la salle d'urgence (lorsque les données sont inscrites) et visites aux postes infirmiers dans les régions éloignées et du Nord. Les services fournis aux patients une fois admis à l'hôpital et les visites pour des soins prénatals en sont exclus. Appelé aussi visite chez le médecin.

Continuité des soins

Soins fournis à une personne par un fournisseur de soins de santé en particulier (par opposition à deux autres fournisseurs ou plus) au cours d'une période donnée. Il peut d'agir d'un médecin individuel, d'un groupe de pratique ou d'une clinique.

Coqueluche

Infection bactérienne des voies respiratoires extrêmement contagieuse.

Couplage – voir Rapprochement des dossiers

Covariable

Variable secondaire pouvant avoir un effet sur la variable dépendante.

Crise cardiaque – voir Infarctus aigu du myocarde

Cumul des troubles de santé mentale

Le cumul des troubles de santé mentale se rapporte au diagnostic d'au moins une des cinq maladies mentales suivantes : **dépression, troubles anxieux, toxicomanie, troubles de la personnalité et schizophrénie.**

Démence

La démence est le terme utilisé pour définir la perte de la fonction cognitive du cerveau. Elle affecte habituellement la prise de décisions, la résolution des problèmes, la mémoire et les communications verbales, et entraîne dans certains cas des changements de comportement.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKES (2011). Page d'information du NINDS sur la démence, <http://www.ninds.nih.gov/disorders/dementias/dementia.htm> (page consultée le 22 février 2011).

Dépistage du cancer du col utérin

Appelé aussi test Pap (Papanicolaou), le dépistage du cancer du col utérin est un examen des cellules du col de l'utérus afin d'y détecter la présence de tumeurs précancéreuses ou cancéreuses, ainsi que la présence d'affections non-cancéreuses comme une inflammation due à une infection.

Dépistage du cancer du sein – voir Mammographie

Dépression

Trouble de l'humeur caractérisé par des sentiments de tristesse, de colère et de frustration, et par un manque d'intérêt envers les activités qui persiste au point de nuire à la vie quotidienne pendant une période prolongée.

Détresse dans les relations

Détresse ou conflit entre les parents (p. ex., séparation, disputes fréquentes). Il s'agit d'un facteur inscrit dans le **formulaire de dépistage du programme Les familles d'abord** qui est évalué par des **infirmières de la santé publique.**

Diabète gestationnel

Diabète diagnostiqué pendant la grossesse et qui n'est pas clairement un diabète clinique. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2011). *Diabetes Care*, vol. 34 (suppl. 1), p. S11.

Diabète sucré

Affection chronique due à l'arrêt de la production d'une quantité suffisante d'insuline par le pancréas (diabète de type 1) ou aux cellules qui cessent de réagir à l'insuline qui est produite (diabète de type 2), empêchant ainsi les cellules du corps d'absorber le glucose dans le sang. Le diabète sucré, qui est le trouble endocrinien le plus répandu, affecte de nombreux organes et fonctions corporelles, notamment ceux liés au métabolisme, et peut causer des complications graves comme une insuffisance rénale, une maladie cardiovasculaire, un **accident vasculaire cérébral** (AVC) et la cécité. Ses symptômes comprennent une miction fréquente, de la fatigue, une soif excessive et la faim. Appelé aussi diabète insulino-dépendant, le diabète de type 1 apparaît le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence et est contrôlé au moyen d'injections d'insuline sur une base régulière. La forme la plus courante de diabète, le diabète de type 2, peut habituellement être contrôlée par un régime alimentaire et une médication orale. Un autre type de diabète, appelé **diabète gestationnel**, peut se développer pendant la grossesse et disparaît habituellement après la naissance.

Dialyse

Traitement destiné aux personnes ayant une insuffisance rénale chronique à un stade avancé. Ce traitement permet de nettoyer le sang et d'enlever les résidus et l'excès d'eau du corps.

Diphthérie

Maladie infectieuse aiguë qui s'accompagne souvent de fièvre, de mal de gorge et de difficulté à respirer, qui est causée par la bactérie *Corynebacterium diphtheriae*.

Distribution binomiale négative

Fonction de répartition d'une variable aléatoire discrète qui convient à l'analyse des données de dénombrement lorsqu'un événement relativement rare varie considérablement parmi l'ensemble d'une population. On l'emploie souvent dans les analyses de régression lorsque la distribution de Poisson est surdispersée.

Distribution de Poisson

Tendance généralement suivie par une série de résultats mesurés à partir de dénombrements. Il s'agit d'un cas particulier de la distribution binomiale qui comprend un très grand nombre de personnes et dont les chances qu'un ou que deux résultats possibles se produisent sont très minces.

Districts des offices régionaux de la santé

Subdivisions des **offices régionaux de la santé (ORS)** établies en fonction du code municipal et de certains codes postaux à des fins d'analyse. La création des districts est le fruit d'une collaboration entre les divers ORS, le **Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)** et **Santé Manitoba**.

Division scolaire franco-manitobaine (DSFM)

La division scolaire du Manitoba qui est responsable des écoles de langue française depuis 1994. Les écoles d'**immersion en français** ne relèvent pas de la DSFM (voir **Programme d'immersion en français**).

Données administratives

Renseignements recueillis « habituellement par le gouvernement, à des fins administratives (p. ex., tenir une comptabilité de la population admissible à certains avantages, payer les médecins ou les hôpitaux), mais pas principalement à des fins de recherche ou de surveillance » (Spasoff, 1999) [Traduction]. Le **Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)** utilise des données tirées des **registres de sortie des hôpitaux**, des facturations de médecins, des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance et d'autres données liées à la santé. Les chercheurs ont recours à ces données pour examiner l'utilisation des ressources en matière de santé avec le temps et les variations dans les **taux** à l'intérieur des provinces et entre les provinces.

SPASOFF, R.A. (1999). *Epidemiologic Methods for Health Policy*, New York (N.-Y.), Oxford University Press.

Données dépersonnalisées – voir Données personnelles rendues anonymes

Données du Red River College

Données contenant des renseignements administratifs sur l'ensemble des étudiants inscrits au Red River College (RRC), qui est formé d'un campus multisites se trouvant à divers endroits de Winnipeg et de campus régionaux situés à Gimli, Winkler, Portage-la-Prairie et Steinbach. Les données recueillies portent sur les inscriptions individuelles, les cours et les résultats se rapportant à un grand nombre de programmes. Le Manitoba compte plusieurs collèges communautaires, mais le RRC est le plus important établissement d'enseignement appliqué de la province. Il propose plus de 110 programmes menant à un diplôme, programmes de certificat et programmes d'apprentissage, programmes à plein temps, programmes d'enseignement à distance, programmes d'éducation permanente et programmes dans les campus régionaux.

Données longitudinales

Données se rapportant à des années multiples, qui permettent d'examiner le changement produit avec le temps pour de nombreuses variables.

Données personnelles rendues anonymes

« Les données personnelles rendues anonymes sont des données concernant un particulier qu'on a modifiées ou des données dont on a enlevé les renseignements signalétiques ou pouvant l'être de façon à réduire au minimum la possibilité que l'identité d'un particulier puisse être établie au moyen d'une méthode raisonnablement prévisible. Parmi les méthodes utilisées pour rendre des données anonymes, mentionnons le chiffrement des renseignements signalétiques ou pouvant l'être. » [Traduction]

Extrait tiré de la section 1.01 (d) du document suivant : *An Agreement Respecting Access to Manitoba Health Information at the Manitoba Centre for Health Policy (University of Manitoba) for Research Being Conducted by University Researchers Within The Secure Data Environment of MCHP*, http://umanitoba.ca/admin/vp_admin/ofp/legal/media/MCHP_UofM_Researchers_2010.doc (page consultée le 8 décembre 2010).

Données supprimées – voir Suppression des données

Effet d'interaction

« Effet combiné d'au moins deux variables indépendantes sur une variable dépendante. Un effet d'interaction se produit lorsque des variables indépendantes ont non seulement des effets séparés, mais aussi des effets combinés sur une variable dépendante. Autrement dit, un effet d'interaction a lieu lorsque la relation entre deux variables diffère en fonction de la valeur d'une autre variable » (Vogt, 1993) [Traduction].

VOGT, PAUL. W. (1993). *Dictionary of Statistics and Methodology: A Nontechnical Guide for the Social Sciences*, Newbury Park (Cal.), Sage Publications.

Emphysème

Affection des poumons dont les alvéoles sont endommagées, ce qui entraîne une difficulté à respirer.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Administrée par **Statistique Canada**, l'ENSP recueille des renseignements longitudinaux sur la santé et les conditions sociodémographiques de la population canadienne. Il s'agit d'un sondage bisannuel où les répondants sont interviewés de nouveau tous les deux ans. L'ENSP compte trois volets : le volet ménages, le volet établissements de soins de santé et le volet nord. Le MCHP ne s'attarde qu'au volet ménages. L'Enquête ne comprend pas les populations des réserves des Premières nations, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées.

Enquête sur la santé cardiovasculaire du Manitoba

L'enquête sur la santé cardiovasculaire du Manitoba est une enquête transversale d'un échantillon représentatif de résidents du Manitoba de 18 à 74 ans ne vivant pas en établissement (y compris de résidents de la communauté des Premières nations). L'enquête a été menée dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire afin d'obtenir une estimation de la **prévalence des facteurs de risque** cardiovasculaire et d'établir le degré de connaissance de la santé cardiovasculaire parmi les Canadiens. Des questionnaires administrés par des intervieweurs et des visites en clinique ont ainsi permis de recueillir des données sociodémographiques, de connaître les antécédents de maladie chronique, de mesurer l'**hypertension** et d'établir les facteurs de risque cardiovasculaire.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC est une enquête annuelle (bisannuelle jusqu'en 2007) menée par **Statistique Canada** qui fournit des estimations transversales périodiques et actuelles des déterminants de la santé, de l'état de santé et du recours au système de santé dans 136 régions sanitaires du Canada, y compris les territoires. Au Manitoba, l'échantillon de répondants provient de 11 régions différentes. Les participants à la plupart des enquêtes ont 12 ans et plus. La méthode d'échantillonnage est conçue de façon à surreprésenter les jeunes de moins de 19 ans et les personnes de 65 ans et plus. L'enquête exclut les populations vivant dans une réserve d'une Première nation, dans une base des forces armées canadiennes et dans certaines régions éloignées, ainsi que les personnes ne vivant pas au sein d'un ménage.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

Terme qui décrit un large éventail d'effets susceptibles de se produire chez une personne qui a été exposée à l'alcool consommé par sa mère pendant la grossesse (Chudley et coll., 2005). Certains effets durent toute une vie et peuvent comprendre des incapacités physiques, mentales, comportementales et cognitives.

CHUDLEY, A., J. CONRY, J. COOK et COLL. (2005). « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », *Revue de l'Association médicale canadienne*, chap. 172, suppl. 5, p. S1S21).

Entrepôt de données de recherche sur la santé de la population du Manitoba (entrepôt de données)

Ensemble complet de banques de données de nature administrative ou provenant de registres, d'enquêtes et autres se rapportant principalement aux résidents du Manitoba. L'entrepôt de données se trouve au **Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)**. Sa mise en œuvre a permis de décrire et d'expliquer des tendances en matière de soins de santé ainsi qu'à dresser des profils de l'état de santé et de la **morbidity**, ce qui facilite la recherche intersectorielle dans des secteurs comme les soins de santé, l'éducation et les services sociaux. La base de données administratives sur la santé, par exemple,

conserve les dossiers relatifs à pratiquement toutes les prises de contact avec le système de soins de santé de la province, le **régime d'assurance-maladie du Manitoba** (y compris les médecins, les hôpitaux, les **foyers de soins personnels**, le Programme de soins à domicile et les pharmacies) par toutes les personnes inscrites. Le MCHP assume un rôle de gérance des données se trouvant dans l'entrepôt. NOTA – Dans le rapport, l'entrepôt de données de recherche sur la **santé de la population** est appelé « entrepôt de données ».

Erreur médicale

Incapacité à pratiquer une intervention planifiée comme prévu ou adoption d'un plan erroné pour parvenir à une fin.

Espérance de vie

Moyenne du nombre d'années qu'une personne née à une année en particulier peut espérer vivre si les **taux de mortalité** selon l'âge et le sexe demeurent stables. L'espérance de vie est un indicateur de la **santé de la population** généralement accepté. Cet indicateur, qui est habituellement calculé à la naissance, a l'avantage de décrire l'expérience de l'ensemble de la population plutôt que de la population de 0 à 74 ans (comme c'est le cas pour la mesure de la mortalité prématurée).

Établissement de soins de courte durée – voir Hôpital de soins actifs

État de santé

Indice du risque de décès des patients fondé sur le type et le nombre d'états comorbides ou encore sur un certain nombre d'indicateurs socioéconomiques.

Exercice financier

Pour la plupart des organismes du gouvernement du Canada et des établissements de santé, l'exercice financier commence le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante. Par exemple, l'exercice financier 2005–2006 a commencé le 1^{er} avril 2005 et a pris fin le 31 mars 2006.

Facteurs de risque

Série de comportements et de conditions sociales et environnementales pouvant avoir un effet négatif sur la santé d'une personne en augmentant le risque d'une détérioration de la santé. Les données sur les facteurs de risque peuvent contribuer à expliquer les tendances dans l'état de santé d'une population et à mieux comprendre pourquoi des personnes ou des groupes ont une meilleure ou une moins bonne santé que d'autres.

Formulaire de dépistage du programme Les familles d'abord

Mesure rapide des **facteurs de risque** sur le plan biologique, social et démographique. Des **infirmières de la santé publique** du Manitoba ont entrepris d'évaluer toutes les familles avec des **nouveaux-nés** dans la semaine suivant la **sortie d'hôpital**. La présence de trois facteurs de risque ou plus indique qu'une famille pourrait avoir besoin de formes de soutien supplémentaires comme des visites à domicile soutenues, une aide financière, des programmes de formation sur le rôle parental, des services de santé mentale ou des services de garde. Il s'agit de l'ancien formulaire de dépistage du programme Priorité aux bébés.

Foyer de soins personnels (FSP)

Établissement résidentiel où résident principalement des personnes âgées atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité. Les FSP peuvent être privés (à but lucratif) ou publics. Les FSP publics peuvent aussi être séculaires ou ethnoculturels (associés à une confession religieuse en particulier ou à une langue autre que l'anglais), indépendants ou juxtaposés à un **hôpital de soins actifs**.

Francisation

Intervention scolaire intensive effectuée par la Division scolaire franco-manitobaine (DSFM) afin d'améliorer les compétences linguistiques en français des élèves. « Les interventions en francisation visent à faire acquérir à l'élève des connaissances et à lui faire développer des habiletés langagières orales et écrites afin qu'il puisse comprendre et produire des énoncés dans des situations courantes de sa vie sociale et scolaire. La francisation vise également à développer, chez cet élève, une attitude positive à l'égard de la langue et de la culture française, un sentiment d'appartenance à sa communauté francophone – et, plus largement, à la francophonie internationale. »

CONSEIL DES MINISTRES DE L'ÉDUCATION (CANADA) (2000). *Projet pan-canadien de français langue première*, Toronto (Ont.).

Francophone

Une définition courante du terme francophone est celle qui s'applique à une personne qui rapporte que le français est sa **langue maternelle**, que le français est sa **première langue officielle parlée** ou que le français est la langue la plus souvent parlée à la maison. Cette définition englobe ainsi les Manitobains qui ont appris le français pendant leur enfance ou qui le parlent à la maison. Elle englobe également un nombre croissant d'immigrants dont la langue maternelle n'est pas une des deux langues officielles, mais qui ont plus de facilité à communiquer en français qu'en anglais. Dans le cas des répondants formant l'échantillon de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)**, un francophone est un répondant qui rapporte que le français est sa langue maternelle, que le français est la langue la plus souvent parlée à la maison ou que le français est sa première langue officielle parlée (le dernier point est déterminé au moyen d'une série de questions). Dans le cas des résidents identifiés à l'aide de l'**entrepôt de données**, un francophone est un Manitobain qui a indiqué le français comme sa langue de préférence pour obtenir des services, dont la langue maternelle est le français ou qui a fréquenté un établissement où le français était la principale langue utilisée (c.à.d. école de la **Division scolaire franco-manitobaine [DSFM]**, **garderie** ou **foyer de soins personnels**).

Garderies

Garderies titulaires d'une licence qui assurent l'apprentissage et la garde d'enfants de 0 à 12 ans. La licence garantit que les garderies respectent les normes gouvernementales à plusieurs égards (p. ex., qualifications du personnel, politiques de gestion du comportement, activités quotidiennes, désinfection, éclairage, chauffage et respect du Code de prévention des incendies du Manitoba).

Groupes de quartiers

Regroupements de quartiers de Winnipeg définis en fonction de la population et des limites naturelles (divisions du **Recensement**). Winnipeg comprend 25 groupes de quartiers établis en fonction des divisions du recensement, soit 23 à l'intérieur des limites de la Ville de Winnipeg et 2 autres (East et West St. Paul) juste à l'extérieur de ces limites.

Habiletés langagières et cognitives – Domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

Série de 26 aspects de l'**IMDPE** utilisés pour évaluer la maturité scolaire d'un enfant de la maternelle en ce qui a trait « à l'alphabétisation de base, à l'intérêt pour la lecture, à la reconnaissance des chiffres et des formes et à la sensibilisation à la notion du temps », ainsi qu'à d'autres caractéristiques similaires.

CONSORTIUM FOR INTERNATIONAL POPULATION-BASED EARLY CHILD DEVELOPMENT

INDICATORS. *The Early Development Instrument (EDI) – A Brief Description*, <http://www.councilcd.ca/internationale/09.%20The%20EDI%20-%20A%20Brief%20Description.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Habiletés sociales – Domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

Série d'aspects de l'**IMDPE** utilisés pour évaluer la maturité scolaire d'un enfant de la maternelle en ce qui a trait « à la responsabilité et au respect d'autrui, aux façons d'apprendre, à l'empressement à découvrir de nouvelles choses et au partage », ainsi qu'à d'autres caractéristiques similaires.

CONSORTIUM FOR INTERNATIONAL POPULATION-BASED EARLY CHILD DEVELOPMENT

INDICATORS. *The Early Development Instrument (EDI) – A Brief Description*, <http://www.councilcd.ca/internationale/09.%20The%20EDI%20-%20A%20Brief%20Description.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Haemophilus Influenzae de type B (Hib)

Bactérie qui ne survit pas dans l'environnement et qui utilise l'humain comme seul hôte réservoir. Ce micro-organisme encapsulé est extrêmement pathogène et peut causer des maladies graves chez les porteurs de moins de six ans.

Health Utilities Index

Indice de l'état de santé général, établi par le Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster, qui mesure l'état de santé et la qualité de vie au chapitre de la santé.

Hôpital de soins actifs

Hôpital qui assure des services de soins actifs comme des services d'urgence et des traitements médicaux et chirurgicaux de troubles aigus. En sont exclus les établissements de soins à long terme et de réadaptation (p. ex., Deer Lodge, Riverview) et les établissements à vocation spéciale comme le Manitoba Adolescent Treatment Centre et le Eden Mental Health Centre.

Hospitalisation à la suite d'une blessure

Hospitalisation d'une journée ou plus à la suite d'une blessure recensée par la présence d'un des codes E de la **CIM-9-MC** ou des codes V, W, X et Y de la **CIM-10-AC** dans les **registres de sortie des hôpitaux**.

Hyperactivité avec déficit de l'attention

Trouble du développement neurocomportemental qui apparaît habituellement pendant l'enfance et qui se caractérise par de l'impulsivité et un manque d'attention.

Hypertension

L'hypertension primaire est ce qu'on appelle communément la « haute pression ». La « tension » dans l'hypertension se rapporte au tonus vasculaire des muscles lisses de la paroi artérielle et artériolaire. Cette forme d'hypertension touche plus de 90 % des cas d'hypertension aux É.U. et se développe sans cause apparente. L'hypertension est un problème de santé majeur qui ne présente souvent aucun symptôme. Si on ne la traite pas, l'hypertension peut causer une **crise cardiaque**, un **accident vasculaire cérébral (AVC)**, une hypertrophie du cœur ou des dommages aux reins.

Hystérectomie

Intervention chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus et, parfois, le col utérin. L'ablation de l'utérus en laissant en place le col utérin est une hystérectomie subtotale. L'ablation de l'utérus et du col utérin est une hystérectomie totale.

ICD-10-CA – voir CIM-10-AC

ICD-9-CM – voir ICD-9-CM

IMDPE – voir Instrument de mesure du développement de la petite enfance

Incidence

Nombre de nouveaux cas de maladies, problèmes de santé ou événements démographiques au cours d'une période donnée. Le numérateur du **taux** d'incidence est formé des nouveaux cas, exception faite des personnes qui ont déjà eu la maladie ou le problème de santé. Le dénominateur est formé par la population vulnérable. Bien que les personnes qui ont déjà eu le problème de santé devraient être exclues du dénominateur, les taux d'incidence sont souvent basés sur la population moyenne plutôt que sur la population vulnérable. Dans le cas des maladies chroniques, pour lesquelles la majorité des gens semblent être vulnérables, la distinction à faire entre les populations vulnérables et l'ensemble de la population semble moins indispensable.

Indice de facteur socioéconomique

L'indice de facteur socioéconomique est une cote de facteur découlant des données du **Recensement** qui tient compte de déterminants sociaux non médicaux et qui comprend les variables suivantes : taux de dépendance des personnes âgées, **taux** de familles monoparentales, taux de familles monoparentales dirigées par des femmes, taux de chômage (indice composite) et taux de scolarisation au niveau secondaire (indice composite). Le calcul de l'indice se fait au niveau de l'**aire de diffusion** puis est assigné aux résidents en fonction de leurs codes postaux. Un score inférieur à zéro indique des conditions socioéconomiques plus favorables, tandis qu'un score supérieur à zéro est le signe de conditions socioéconomiques peu enviables.

Indice de masse corporelle (IMC)

Mesure utilisée pour classer et comparer des personnes selon leur hauteur et leur poids. Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille au carré (en mètres). Habituellement, il existe quatre catégories : poids insuffisant (moins de 18,5), poids normal (18,5 à 24,9), embonpoint (25,0 à 29,0) et obésité (30 et plus). Dans ce rapport, le poids insuffisant et le poids normal entrent dans la même catégorie.

Infarctus aigu du myocarde

Appelé aussi **crise cardiaque**, l'infarctus aigu du myocarde se produit lorsque le muscle du cœur (le myocarde) est privé soudainement (de façon aiguë) de sang. Cette interruption du débit sanguin est habituellement causée par un rétrécissement des artères coronaires favorisant la formation d'un caillot sanguin. L'obstruction est souvent due au cholestérol qui s'accumule sur la paroi intérieure des vaisseaux sanguins qui transportent le sang vers le muscle du cœur.

Infection à pneumocoques

Infection causée par la bactérie ***Streptococcus pneumoniae*** (pneumocoque) et qui est la principale cause de bactériémie, de méningite et de pneumonie bactérienne. L'infection à pneumocoques affecte principalement les très jeunes enfants, les personnes âgées et certains groupes présentant un risque élevé, comme les personnes atteintes d'asplénie, d'immunodéficience ou de maladie chronique.

Infirmières de la santé publique

Infirmières spécialisées dans des domaines tels que les maladies transmissibles, la santé maternelle et infantile et la santé dans les écoles. Ces infirmières assurent des services à l'intérieur des collectivités en suivant un modèle communautaire en vertu duquel les services sont déterminés par les besoins et les ressources d'une collectivité bien définie.

Influenza

Maladie respiratoire contagieuse mieux connue sous le nom de grippe. Elle est causée par les virus de l'influenza de type A et B et se propage d'une personne à l'autre à la suite d'un contact avec des sécrétions respiratoires infectées. Il s'agit d'une cause importante de **morbidity** et de décès.

Initiation à l'allaitement au sein

L'initiation à l'allaitement au sein s'engage lorsque la mère commence à nourrir son poupon avec son lait maternel. Dans ce rapport, l'initiation à l'allaitement au sein concerne tout **nouveau-né** (naissance vivante) pour lequel le **registre de sortie des hôpitaux** fait état d'une initiation partielle ou exclusive à l'allaitement au sein.

Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

Mesure du développement fondée sur la population des enfants de la maternelle à l'échelle communautaire. On s'en sert pour évaluer la maturité scolaire des enfants à leur entrée à l'école. L'IMDPE indique où se situent les enfants par rapport à cinq domaines du développement de l'enfance (**santé physique et bien-être, habiletés sociales, maturité affective, habiletés langagières et cognitives et capacités de communication et connaissances générales**). Les enfants peuvent être classés comme « pas prêts » pour l'école dans l'un ou l'autre des domaines du développement de la petite enfance si leurs résultats se situent sous la limite du 10^e percentile. Dans ce rapport, la limite est établie en fonction des résultats de l'IMDPE au Manitoba.

Insuffisance cardiaque congestive (ICC)

L'insuffisance cardiaque congestive apparaît lorsque le cœur ne peut pas pomper suffisamment de sang dans l'organisme ou lorsqu'une élévation de la pression de remplissage devient nécessaire pour que le pompage se fasse de manière efficace.

Intervalle de confiance (IC)

Intervalle calculé avec une probabilité donnée que la valeur réelle d'une variable (p. ex., une moyenne ou un **taux**) soit comprise dans l'intervalle. Par exemple, un intervalle de confiance à 95 % a 95 % de chance de contenir la valeur de la population réelle.

Intervention coronarienne percutanée

Les interventions coronariennes percutanées comprennent l'**angioplastie** coronarienne transluminale percutanée (ACTP), appelée aussi « angioplastie » ou « angioplastie par ballonnet ». Cette intervention vise à traiter des artères coronaires rétrécies, qui caractérisent souvent les personnes atteintes d'une coronopathie. L'angioplastie est une procédure qui consiste à agrandir un rétrécissement d'une artère coronaire à l'aide d'un cathéter à ballonnet. Si besoin est, un tube métallique en treillis appelé endoprothèse est inséré en permanence dans l'artère pour la maintenir ouverte de façon à ce que le sang puisse y circuler plus librement.

Intervention d'un jour

Intervention chirurgicale qui ne nécessite pas de séjour à l'hôpital.

Langue maternelle

« La langue maternelle est la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par la personne au moment où les données sont recueillies. Si la personne ne comprend plus la première langue apprise, la langue maternelle est la deuxième langue apprise. Dans le cas d'une personne qui a appris deux langues en même temps dans la petite enfance, la langue maternelle est la langue que cette personne a parlée le plus souvent à la maison avant de commencer l'école. Une personne a deux langues maternelles seulement si les deux langues ont été utilisées aussi souvent et sont toujours comprises par la personne. Dans le cas d'un enfant qui n'a pas encore appris à parler, la langue maternelle est la langue parlée le plus souvent à cet enfant à la maison. »

STATISTIQUE CANADA (2009). *Langue maternelle de la personne*, <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/langue-langue01-fra.htm> (page consultée le 22 février 2011).

Limites de confiance (LC)

Limites inférieure ou supérieure de l'**intervalle de confiance** ou valeurs qui définissent l'étendue de l'intervalle de confiance.

Logiciel d'analyse statistique SAS^{MD}

Progiciel de statistiques utilisé pour analyser des données.

Maladie mentale – voir Troubles de santé mentale

Maladie respiratoire – voir Morbidité respiratoire totale

Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)

Bureau relevant du département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine, Université du Manitoba. Le MCHP joue un rôle actif en matière de recherche, de mesure et d'analyse politique liées aux services de santé, en privilégiant l'utilisation de l'**Entrepôt de données de recherche sur la santé de la population du Manitoba (l'entrepôt de données)** pour décrire et expliquer les tendances en matière de soins de santé ainsi qu'à dresser des profils de l'état de santé et de la **morbidité**.

Mammographie

Méthode utilisée pour déterminer si une femme a un cancer du sein ou une tumeur au sein. Elle est couramment utilisée comme test de **dépistage du cancer du sein**. Les clichés mammaires peuvent déceler la plupart des cancers du sein deux ou trois ans avant leur détection par l'autoexamen des seins.

Maturité affective : domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance

Série de 30 aspects de l'IMDPE utilisés pour évaluer la maturité scolaire d'un enfant de la maternelle en ce qui a trait « au comportement à caractère sociable, à la capacité de concentration, à la patience et à l'absence de comportement anxieux, craintif ou agressif », ainsi qu'à d'autres caractéristiques similaires. CONSORTIUM FOR INTERNATIONAL POPULATION-BASED EARLY CHILD DEVELOPMENT INDICATORS. *The Early Development Instrument (EDI) – A Brief Description*, <http://www.councilcd.ca/internationale/09.%20The%20EDI%20-%20A%20Brief%20Description.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Médecin de premier recours

Omnipraticien/médecin de famille (OP/MF) qui est la porte d'entrée du système de soins de santé.

Médecin spécialisé

Médecin dont la pratique se limite à une spécialité de la médecine pour laquelle il a suivi une formation supplémentaire. Le médecin spécialisé est identifié par un code dans la base de données des effectifs médicaux.

Métis

L'un des trois groupes **autochtones** distincts reconnus par la *Loi constitutionnelle de 1982*, les deux autres étant les membres des Premières nations et les Inuits. Les Métis ont à la fois des ancêtres européens et des ancêtres des Premières nations. Les Métis ont une culture unique aux origines ancestrales diverses (écossaise, française, ojibway et crie). Il convient de noter qu'au Manitoba, la Manitoba Metis Federation n'emploie pas l'accent aigu dans l'épellation du terme Métis.

Méthode de Bonferroni

Méthode statistique qui permet de corriger le niveau de signification lorsqu'on effectue des comparaisons multiples.

Modèle linéaire généralisé (MLG)

Catégorie unifiée de modèles s'appliquant à l'analyse de régression d'observations indépendantes d'une réponse discrète ou continue. Un trait propre aux modèles linéaires généralisés est qu'une transformation non linéaire appropriée de la réponse moyenne devient une fonction linéaire des **covariables**. Les modèles linéaires généralisés constituent une méthode unifiée d'analyse de divers types de réponses unidimensionnelles (p. ex., continues, binaires, dénombrements). Ces modèles sont en fait une collection de modèles de régression qui peuvent comprendre dans des cas particuliers la régression linéaire habituelle s'appliquant aux résultats continus normalement distribués, les modèles de **régression logistique** s'appliquant à un résultat binaire et les modèles de régression de Poisson s'appliquant aux dénombrements (Fox, 1997).

FOX, J. (1997). *Applied regression analysis, linear models, and related methods*, Thousand Oaks (Cal.), Sage Publications.

Morbidité

Terme décrivant tout état qui s'éloigne, de façon objective ou subjective, d'un état de bien-être physiologique ou psychologique (c.à.d. maladie ou trouble de santé).

Morbidité respiratoire totale

Mesure du fardeau de tous les types de maladies respiratoires dans la population, dont les maladies suivantes : **asthme**, **bronchite** chronique ou aiguë, **emphysème**, obstruction chronique des voies respiratoires et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Cette combinaison de diagnostics est utilisée pour contourner les problèmes découlant des codes de diagnostic variés donnés par des médecins (ou **médecins spécialisés**) différents pour décrire une même maladie sous-jacente (p. ex., asthme et bronchite chronique).

Mortalité chez les enfants

Nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 19 ans pour une année donnée.

Mortalité infantile

Indicateur de la mortalité parmi les enfants de moins d'un an.

Mortalité par blessure

Mortalité par blessure recensée par la présence d'un des codes E de la **CIM-9-MC** ou des codes V, W, X et Y de la **CIM-10-AC** dans les certificats de décès des **statistiques de l'état civil**, à l'exclusion des décès attribuables aux effets indésirables, aux réactions et aux complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux ou de traitement pharmaceutique.

Mortinaissance

Mort d'un enfant avant sa naissance.

Normalisation par la méthode directe

La normalisation par la méthode directe consiste à établir une moyenne des **taux** de la population étudiée, en accordant plus de poids à la répartition d'une population de référence donnée. Un taux normalisé par la méthode directe représente ce que le **taux brut** de la population étudiée serait si la répartition de cette population était la même que la population de référence à l'égard de la variable ou des variables pour lesquelles l'ajustement ou normalisation a eu lieu.

Normalisation selon l'âge – voir **Ajustement selon l'âge** et **Ajustement des taux**

Nouveau-né

Enfant âgé de 0 à 28 jours.

Nouveaux-nés en pension à l'hôpital

Nouveaux-nés réadmis à l'hôpital non pas parce qu'ils sont malades, mais parce que leur mère est hospitalisée et que des efforts sont faits pour garder la mère et son nouveau-né ensemble.

Numéro d'identification personnelle (NIP)

Identificateur numérique unique assigné par **Santé Manitoba** à chaque personne inscrite au régime d'assurance-maladie du Manitoba et à chaque non-résident ayant subi un traitement dans un établissement qui transmet ses demandes de remboursement par voie électronique. Créé en 1984 comme clé de **couplage**, on a introduit le NIP dans la population en 1994 en tant qu'identificateur d'accès de base au régime d'assurance-médicaments/**réseau pharmaceutique informatisé**. Au MCHP, le NIP est soit une version chiffrée du NIP de Santé Manitoba, soit un identificateur alphanumérique assigné aux particuliers qui n'ont pas de NIP chiffrés.

Numéro d'immatriculation

Numéro à six chiffres assigné par **Santé Manitoba** pour identifier les unités familiales qui reçoivent des soins. Connu aussi sous l'acronyme anglais **REGNO**. Chaque membre d'une famille se voit assigner un **numéro d'identification personnelle (NIP)** unique qui permet de savoir quels services il a reçus.

Obstétricien/Gynécologue

Spécialiste des maladies des femmes liées à leur appareil génital ainsi que de la grossesse et de l'accouchement.

Offices régionaux de la santé (ORS)

Structure de gouvernance régionale mise sur pied par la Province et qui est chargée de la prestation et de l'administration des services de santé dans des régions précises. Le 1^{er} juillet 2002, le Manitoba comptait onze ORS : Winnipeg, Brandon, Sud-Est, Assiniboine, Centre, Parcs, Nord-Est, Entre-les-Lacs, Burntwood, NOR-MAN et Churchill.

Omnipraticien (OP)/Médecin de famille (MF)

Médecin qui pratique une médecine générale ou familiale et qui n'est pas reconnu dans une autre spécialité au Manitoba.

Opération de la cataracte

L'opération de la cataracte consiste à remplacer le cristallin de l'œil par un cristallin artificiel. Le cristallin devenu opaque est complètement enlevé par voie chirurgicale et remplacé par un cristallin intraoculaire en matière plastique. L'opération dure moins d'une heure et ne nécessite habituellement pas de nuitée à l'hôpital.

Oreillons

Maladie virale infectieuse très contagieuse, qui se manifeste par une inflammation des glandes salivaires et par de la fièvre.

ORS de la partie centrale

Région géographique regroupée formée des **offices régionaux de la santé (ORS)** du centre du Manitoba : ORS d'Entre-les-Lacs, ORS du Nord-Est et ORS des Parcs.

ORS du Nord

Région géographique regroupée formée des **offices régionaux de la santé (ORS)** du nord du Manitoba : ORS de Burntwood, ORS de NOR-MAN et ORS de Churchill.

ORS du Sud-Ouest

Région géographique regroupée formée des **offices régionaux de la santé (ORS)** du sud-ouest du Manitoba : ORS du Centre, ORS Assiniboine et ORS de Brandon.

Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie qui entraîne une réduction de la densité osseuse, ce qui rend les os plus vulnérables aux fractures.

Parents au premier degré

Un parent au premier degré est un membre de la famille qui partage environ 50 % de ses gènes avec un membre d'une famille en particulier. Les parents au premier degré comprennent les parents, les enfants et les frères et sœurs.

Pédiatre

Médecin qui assure des soins de santé aux bébés et aux enfants ainsi que le traitement de leurs maladies.

PHIN – voir Numéro d'identification personnelle (NIP)

Poliomyélite

Maladie hautement infectieuse provoquée par un virus qui affecte les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière et qui peut causer une paralysie.

Polyarthrite rhumatoïde

Maladie auto-immune inflammatoire chronique qui amène le système immunitaire à s'attaquer aux articulations. L'inflammation est douloureuse et invalidante et peut causer une perte de mobilité substantielle due à la douleur et à la destruction des articulations. La maladie est également systémique et affecte souvent les nombreux tissus extra-articulaires couvrant toutes les parties du corps comme la peau, les vaisseaux sanguins, les poumons et les muscles.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale qui consiste à rediriger le sang autour d'une artère coronaire bloquée au moyen d'un vaisseau sanguin sain provenant d'une autre partie du corps, ce qui permet d'augmenter le débit sanguin et l'apport d'oxygène au cœur.

Première langue officielle parlée

Variable dérivée de **Statistique Canada** qui indique si une personne a d'abord appris le français ou l'anglais (les deux langues officielles). Elle tient compte aussi de la **langue maternelle** et de la langue la plus souvent parlée à la maison.

Prescriptions de benzodiazépines

Les benzodiazépines forment une famille de médicaments sur ordonnance qui agissent sur le système nerveux central. Ils peuvent être utilisés pour traiter les **troubles anxieux**, les troubles paniques, l'insomnie, les crises épileptiques, la spasticité musculaire et le sevrage alcoolique ainsi que dans un contexte d'anesthésie périopératoire. Comme leur usage prolongé peut entraîner une tolérance et une dépendance physique et psychologique pour les personnes âgées, il n'est pas recommandé de leur prescrire ces médicaments à long terme.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (2011). *Vous connaissez... Les benzodiazépines*, http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/benzodiazepines_dyk_fr.html (page consultée le 22 février 2011).

Prévalence

La prévalence se rapporte à la proportion de la population atteinte d'une certaine maladie à un moment donné. La mesure d'une affection touchant une population à un moment précis dans le temps est appelée **prévalence ponctuelle**. Il existe aussi une **prévalence de période**, qui mesure le nombre de personnes atteintes d'une maladie en particulier dans la population au cours d'une période donnée, comme une période de cinq ans. La prévalence de période est la mesure la plus couramment utilisée dans les études du MCHP. Les données sur la prévalence fournissent une indication de l'étendue d'une affection et peuvent avoir des incidences sur la prestation des services requis dans une collectivité. Les deux mesures de la prévalence sont des proportions, ce qui fait qu'elles ne décrivent pas les évolutions dans le temps et ne devraient pas être considérées comme des taux.

Prévalence de période

Mesure d'une maladie ou d'un trouble de santé dans une population au cours d'une période donnée. C'est un croisement entre la **prévalence ponctuelle** et l'**incidence**.

Prévalence ponctuelle

Mesure d'une maladie ou d'un trouble de santé dans une population à un moment précis.

Programme d'immersion en français

Programme d'enseignement de la langue seconde conçu pour les enfants dont la langue maternelle n'est pas le français et qui ne connaissent pas ou très peu le français au moment de leur entrée au programme. Appelé aussi FL2.

ÉDUCATION ET FORMATION PROFESSIONNELLE MANITOBA (1996–3). Politique curriculaire pour le Programme d'immersion française, Winnipeg (Man.).

Programme français (FL1)

Se rapporte aux programmes d'éducation du Manitoba dont la langue d'enseignement est le français. Depuis 1994, ces programmes relèvent de la **Division scolaire franco-manitobaine (DSFM)**.

Pyramide des âges

Graphique indiquant la répartition selon l'âge et le sexe d'une population. La pyramide des âges de la plupart des pays émergents du monde est de forme triangulaire, ce qui dénote une forte proportion de jeunes, avec très peu de personnes dans les catégories d'âge supérieures. Ces pays ont des **taux** de natalité et de mortalité élevés et une **espérance de vie** peu élevée. La pyramide des âges de la plupart des pays industrialisés ressemble davantage à un rectangle, où les jeunes et les gens d'âge moyen représentent une proportion similaire ou moins élevée de la population, avec beaucoup plus de personnes plus âgées dans la partie supérieure de la pyramide. C'est l'illustration d'une population stable sur le plan de la fécondité et de la mortalité, qui se caractérise habituellement par des taux de natalité et de mortalité peu élevés et par une espérance de vie élevée. Enfin, la pyramide d'une population vieillissante et relativement en bonne santé est caractérisée par une base étroite, qui est le signe d'un taux de natalité peu élevé et d'une proportion plus élevée de personnes plus âgées.

Quintiles de revenu

Méthode utilisée pour mesurer le revenu moyen du ménage des résidents, en classant les revenus par ordre de croissance puis en les répartissant dans cinq quintiles de revenu (du groupe ayant le revenu le plus faible en montant). Chaque quintile représente environ 20 % de la population. La mesure des quintiles de revenu se fait à partir des données du **Recensement de Statistique Canada** et consiste à regrouper les revenus des ménages dans l'**aire de diffusion** puis à classer les quartiers par quintile de revenu. Des quintiles de revenu existent pour les populations urbaines et rurales. Les quintiles de revenu sont souvent utilisés comme mesure indirecte de la **situation socioéconomique**.

Rapport de cotes

Le rapport de cotes est le rapport entre la probabilité qu'un événement se produise dans un groupe et la probabilité qu'il se produise dans un autre groupe, ou encore une estimation de ce rapport fondée sur des données. Les groupes peuvent être formés d'hommes et de femmes, d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin, ou de toute autre dichotomie.

Rapports de taux

Rapport entre deux **taux**.

Rapprochement des données

Série de techniques utilisées pour appairer, ou lier, des documents d'un dossier à ceux d'un autre dossier. On peut ainsi fusionner dans un seul dossier des renseignements concernant une même personne se trouvant dans deux dossiers ou plus en appariant les documents à partir d'une série d'identificateurs communs.

Réadmission de nouveaux-nés

Réadmission à l'hôpital d'un **nouveau-né** plus d'un jour après sa **sortie d'hôpital** à la suite de sa naissance.

Recensement

Dénombrement officiel d'une population, qui comprend souvent des données démographiques comme l'âge, le sexe, l'emploi et le revenu. **Statistique Canada** fait un recensement tous les cinq ans. Le recensement dénombre toutes les personnes vivant au Canada, y compris les personnes qui y résident temporairement. Il dénombre aussi les Canadiens en mission militaire à l'étranger ou sur des navires marchands battant pavillon canadien.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement de 2006*, <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html> (page consultée le 22 février 2011).

Red River College – voir Données du Red River College

Région de résidence

Région où les gens vivent à un moment précis et où leur utilisation des services de santé est consignée, peu importe où les services sont offerts. Une région est assignée en fonction du code municipal de la dernière région de résidence inscrite sur une demande de remboursement, ou encore avant l'admission à l'hôpital ou dans un établissement de soins personnels. Pour établir de quel **office régional de la santé (ORS)** une personne relève, on se sert du code postal ou du code municipal.

Régime d'assurance-maladie du Manitoba

Régime d'assurance-maladie assuré par **Santé Manitoba**. Il est financé à même les recettes générales de la Province du Manitoba et avec des fonds accordés par le gouvernement du Canada.

Registre de sortie des hôpitaux

Formulaire ou dossier informatisé rempli à la **sortie** (départ) d'un patient d'un **hôpital de soins actifs**. Le registre contient des renseignements tirés du dossier médical du patient relativement à son séjour à l'hôpital : sexe, lieu de résidence (code postal), codes de diagnostic et d'intervention, dates d'entrée et de sortie, durée du séjour et type de service (patient hospitalisé, chirurgie d'un jour, patient externe). Les données du registre sont conservées dans les bases de données de l'hôpital.

Registre du Régime d'assurance-maladie du Manitoba

Base de données qui englobe toutes les personnes inscrites pour recevoir des services de santé au Manitoba, que **Santé Manitoba** maintient à des fins administratives. Chaque famille du Manitoba se voit assigner un numéro d'immatriculation familial et chaque particulier obtient un **numéro d'identification personnelle** (NIP) unique qui est chiffré.

REGNO – voir Numéro d'immatriculation

Régression logistique

Technique de régression utilisée lorsque le résultat est une variable binaire ou dichotomique. La régression logistique modélise la probabilité d'un événement en fonction d'autres facteurs. Il convient de noter que ces modèles ne font qu'établir s'il existe une relation (association) entre l'explication et les variables de résultat. Il ne s'agit pas nécessairement d'une relation causale, puisqu'elle est basée sur des données d'observation se rapportant à la période la plus récente. La variable explicative pourrait être associée à une augmentation ou à une diminution (mais sans la causer).

Réseau pharmaceutique informatisé

Base de données électronique sur les médicaments consultée en ligne au point de vente. Le Réseau relie toutes les pharmacies communautaires (mais pas les pharmacies dans les hôpitaux et les maisons de santé/**foyers de soins personnels**) et contient des renseignements sur tous les résidents du Manitoba, dont la plupart des ordonnances délivrées aux membres inscrits des Premières nations. Le Réseau contient des données comme l'identificateur personnel unique du patient, son âge, sa date de naissance, son sexe, ses antécédents pharmaceutiques (y compris de médicaments sans ordonnance), son code postal, les nouveaux médicaments prescrits, la date de préparation et l'identificateur personnel unique de la pharmacie. Le fonctionnement du Réseau est assuré par le ministère de la Santé du Manitoba.

Rougeole

Maladie virale infectieuse très contagieuse. Ses symptômes comprennent la fièvre, la toux, le rhume de cerveau, les éruptions cutanées, la conjonctivite (inflammation ou infection de la membrane qui couvre le blanc de l'œil) et l'apparition de taches de Koplik (taches blanchâtres qui se développent à l'intérieur de la bouche).

Rubéole

Maladie infectieuse caractérisée par des éruptions cutanées et de la fièvre et qui peut affecter gravement le fœtus quand elle survient chez la femme enceinte.

Santé de la population

Mesure et compte rendu de l'état de santé de la population.

Santé Manitoba

Ministère du gouvernement provincial responsable de la prestation des services de soins de santé au Manitoba.

Santé physique et bien-être – Domaine de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)

Série de 13 aspects de l'**IMDPE** utilisés pour évaluer la maturité scolaire d'un enfant de la maternelle en ce qui a trait « à l'autonomie physique, à l'état de santé général, à la motricité globale et fine », ainsi qu'à d'autres caractéristiques similaires.

CONSORTIUM FOR INTERNATIONAL POPULATION-BASED EARLY CHILD DEVELOPMENT

INDICATORS. *The Early Development Instrument (EDI) – A Brief Description*, <http://www.councilecd.ca/internationale/09.%20The%20EDI%20-%20A%20Brief%20Description.pdf> (page consultée le 22 février 2011).

Schizophrénie

Maladie mentale à long terme qui affecte la façon de penser, d'agir et de se sentir d'une personne. Les symptômes de cette maladie sont des hallucinations auditives, de la difficulté à exprimer ses émotions, un discours incohérent et (ou) une désorganisation de la pensée.

Seconde consultation

Les secondes consultations sont le prolongement des consultations externes. Elles ont lieu lorsqu'un médecin renvoie un patient à un autre médecin (habituellement un spécialiste ou un chirurgien) en raison de la complexité, du caractère obscur ou de la gravité de la maladie, ou lorsque le patient demande une seconde opinion. La seconde consultation peut être effectuée par un **omnipraticien/ médecin de famille (OP/MF)** ou par un spécialiste, à la suite de quoi le patient retourne habituellement vers son OP/MF qui assurera la gestion continue.

Secteurs communautaires de Winnipeg

Les 12 districts d'aménagement de l'Office régional de la santé de Winnipeg, dont la population est similaire à celle des **offices régionaux de la santé** des régions rurales et du Nord. Les 12 secteurs communautaires sont les suivants : St. James-Assiniboia, Assiniboine South, Fort Garry, Saint-Vital, Saint-Boniface, Transcona, River East (comprend East St. Paul), Seven Oaks (comprend West St. Paul), Inkster, Point Douglas, Centre-ville et River Heights.

Série primaire

Première série de **vaccinations** recommandées. Le **calendrier de vaccination** du Manitoba recommande l'administration du vaccin DTaP-IPV-Hib (**diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et *Haemophilus influenzae de type B***) à 2, 4, 6 et 18 mois. Ces cinq antigènes sont administrés en une seule injection intramusculaire. Le Manitoba recommande aussi l'administration du vaccin ROR (**rougeole, oreillons, rubéole**) et du vaccin contre la **varicelle** (injections séparées) à 12 mois. De plus, depuis 2009, on a ajouté le **vaccin Men-C** (*Neisseria meningitidis* — Séro groupe C) au calendrier de **vaccinations** données à 12 mois.

Situation socioéconomique

Caractéristiques des milieux économiques, sociaux et physiques dans lesquels les personnes vivent et travaillent, ainsi que leurs caractéristiques démographiques et génétiques.

Société franco-manitobaine

Organisme porte-parole officiel de la population **francophone** du Manitoba. Ses membres revendiquent le plein respect des droits garantis aux francophones ainsi que l'adoption de nouvelles lois et de nouvelles politiques gouvernementales visant l'épanouissement de la communauté francophone.

Soins prénataux

Série de prises de contact entre un fournisseur de soins de santé, habituellement un médecin, et une femme enceinte, qui ont lieu à intervalles réguliers à partir de la confirmation de la grossesse jusqu'à l'accouchement. La fonction primaire de ces soins est de surveiller le progrès de la grossesse afin d'y déceler des complications, d'informer les femmes au sujet des pratiques bénéfiques et de coordonner la participation d'autres fournisseurs en vue du travail de la mère menant à l'accouchement du **nouveau-né**.

Sortie d'hôpital

Une sortie d'hôpital a lieu chaque fois qu'une personne quitte un hôpital après avoir obtenu son congé, en raison d'un transfert ou à la suite de son décès. Le nombre de sorties d'hôpital est l'unité de mesure de l'utilisation des services hospitaliers la plus souvent employée. Si ce sont les sorties, et non les admissions, qui sont utilisées, c'est parce que les **registres de sortie des hôpitaux** concernant les soins aux malades hospitalisés sont fondés sur des renseignements recueillis au moment de la sortie. Dans certains cas, les sorties d'hôpital concernent aussi bien les malades hospitalisés que les patients externes. Les sorties d'hôpital n'englobent pas nécessairement celles des **nouveaux-nés**, car leur ajout entraînerait un dédoublement (comptabilisation de la sortie de la mère et de l'enfant). Les termes « sortie », « congé » et « séjour » sont interchangeables dans ce contexte.

Spécialistes – voir Médecins spécialisés

Statistique Canada

Statistique Canada est une agence du gouvernement fédéral qui est chargée de produire des statistiques afin de mieux connaître la population, les ressources, l'économie, la société et la culture du Canada.

Statistiques de l'état civil

Documents et registres se rapportant à l'ensemble des naissances, des décès, des mariages et des **mortinaissances** ayant lieu au Manitoba et qui sont sous la responsabilité du Bureau de l'état civil du gouvernement du Manitoba.

Streptococcus Pneumoniae

Bactérie particulièrement pathogène pour les humains qui entraîne des infections respiratoires chez les enfants et les adultes et qui est la cause principale de méningite, de pneumonie bactérienne et d'otite moyenne aiguë (infection de l'oreille interne).

Suicide

Le suicide est l'acte de mettre fin soi-même à sa vie.

Suppression de données

Les données sont supprimées lorsque le nombre de personnes ou d'événements démographiques en cause sont de cinq ou moins afin d'éviter l'identification de particuliers dans une région. Les données ne sont pas supprimées lorsque le compte d'un événement s'établit vraiment à zéro. Cette pratique vise à protéger l'anonymat des participants à une étude. Dans le cas des indicateurs de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)**, les données ont été supprimées lorsque la taille de l'échantillon de réponses positives tirée d'un échantillon non pondéré était inférieure à 10 répondants ou lorsque le coefficient de pondération calculé à partir de l'écarttype associé au taux était d'au moins 33,3.

Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation (MIMS)

Système de surveillance de la population qui veille à ce que les taux de **vaccination** soient élevés. Ce système cherche à compiler des données sur toutes les vaccinations effectuées au Manitoba pour s'assurer que les vaccinations recommandées ont eu lieu. La surveillance du statut vaccinal se fait en comparant le dossier de vaccination dans le système au calendrier recommandé. Ce système fournit également des renseignements sur les antécédents de vaccination et certaines données démographiques provenant du **registre du Régime d'assurance-maladie du Manitoba**. En 2005–2006, la base de données du MIMS regroupait environ 200 000 dossiers de vaccination et environ 170 éléments de données qui sont saisis dans 134 lieux au Manitoba ayant accès au MIMS.

Taux

Rapport entre deux mesures. Par exemple, le taux de natalité est le nombre de naissance par 1 000 personnes par année.

Taux ajustés – voir **Ajustement des taux**

Taux brut

Nombre de personnes atteintes d'une maladie ou qui suivent un traitement dans une région donnée divisé par le nombre de personnes vivant dans cette région, souvent exprimé en **taux** par 1 000 résidents (pour les événements démographiques moins fréquents). Les taux bruts aident à établir le fardeau d'une maladie et (ou) le nombre de résidents atteints de cette maladie ou qui suivent un traitement. Les taux bruts diffèrent des taux ajustés, qui sont des ajustements statistiques de taux bruts pour arriver à une estimation de ce que les taux d'une région seraient si la répartition selon l'âge et le sexe était la même que pour l'ensemble de la province. Voir aussi **Ajustement des taux**.

Taux de mortalité

Nombre de décès dans une population divisé par le nombre de résidents. On s'en sert comme indicateur de l'état de santé global de la population, comme c'est le cas pour l'**espérance de vie**. Le **taux** est normalisé selon l'âge et le sexe afin de tenir compte des différences dans la population. Le taux de mortalité décrit aussi le taux de décès à l'intérieur d'une période donnée à la suite d'un événement en particulier.

Taux de mortalité prématurée (TMP)

Taux de décès des résidents âgés de 0 à 74 ans, généralement rapporté par 1 000 résidents de 0 à 74 ans. Les valeurs sont généralement normalisées pour tenir compte des différences selon l'âge et le sexe dans les populations. Le taux s'exprime habituellement en un nombre par 1 000, de façon à obtenir un indicateur comparable entre les différents secteurs ou régions. Le TMP est souvent utilisé comme un indicateur global de la **santé de la population** et mis en corrélation avec d'autres mesures couramment utilisées. Le TMP est un indicateur important de la santé générale d'une population. Un TMP élevé est associé à un piètre état de santé.

Taux de mortalité totale

Nombre de décès par 1 000 résidents d'une région, par année. Il s'agit du **taux** de décès toutes causes confondues, qui donne une idée de la santé globale de la population, un peu à la manière de ce que l'espérance de vie mesure. Des **taux bruts** et des **taux ajustés** peuvent être calculés.

Tentatives de suicide

Les tentatives de **suicide**, appelées aussi « blessures auto-infligées », n'entraînent pas la mort.

Tétanos

Maladie infectieuse qui affecte les muscles et les nerfs du corps. Elle est souvent due à la contamination d'une plaie par une bactérie appelée *Clostridium tetani*, qui est souvent présente dans le sol.

Toxicomanie

Consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments et dépendance à ces produits, ce qui a des effets néfastes sur la santé et le bien-être de la personne concernée ou sur le bien-être d'autrui.

Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien

Les lignes directrices du traitement de l'**asthme** recommandent à tous les patients qui doivent prendre des médicaments comme traitement d'urgence (p. ex., Beta 2-agonistes) plus d'une fois par jour de prendre aussi des anti-inflammatoires à action prolongée pour maîtriser l'asthme à long terme.

Traitement du diabète : examen de la vue annuel

Des examens de la vue réguliers effectués sur les diabétiques contribuent à établir un diagnostic de rétinopathie (dommage non inflammatoire à la rétine) tôt à des fins de traitement pour ralentir sa progression.

Troubles anxieux

Les troubles anxieux se caractérisent par un sentiment d'appréhension ou de crainte qui persiste au point de nuire à la vie quotidienne pendant une période prolongée.

Troubles de la personnalité

Catégorie de maladies mentales caractérisées par des types de comportement et de relation qui sont souvent à l'origine de problèmes personnels et sociaux graves ainsi que par une incapacité générale à fonctionner.

Troubles de santé mentale

Toute perturbation de l'équilibre affectif manifestée par un comportement mésadapté et par un dysfonctionnement. Les troubles peuvent être causés par des facteurs génétiques, physiques, chimiques, biologiques, psychologiques, sociaux ou culturels. En psychiatrie, la classification diagnostique d'un trouble de santé mentale repose sur la manifestation des symptômes et des signes (à l'aide du DSM-IV-TR).

Utilisation d'un médicament d'entretien – voir Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien

Utilisation des soins de santé

Mesure de l'utilisation, par la population, des services de santé à sa disposition. Cela englobe l'utilisation des ressources des hôpitaux, des **foyers de soins personnels (FSP)** et des médecins. L'utilisation des soins de santé et l'état de santé permettent d'établir jusqu'à quel point un système de santé assure la **santé de la population** qu'il dessert.

Vaccin

Substance administrée dans le corps afin d'améliorer l'immunité à une maladie en particulier.

Vaccin acellulaire contre la coqueluche

Vaccin qui protège contre la **coqueluche**. Il s'agit d'un produit plus purifié que le vaccin à germes entiers, car il ne contient que des protéines particulières au lieu de cellules entières.

Vaccin antigrippal trivalent inactivé

Vaccination contre la grippe qui se compose de trois souches de virus, soit deux sous-types du virus grippal A humain et une lignée du virus B. Le **vaccin** est reformulé chaque année pour tenir compte des variations touchant les souches d'antigène.

Vaccin conjugué heptavalent contre le pneumocoque

Vaccin pour les bébés et les jeunes enfants qui contribue à prévenir une **infection à pneumocoques** grave. Ce vaccin protège contre sept souches du ***Streptococcus pneumoniae***.

Vaccination

Intervention visant à conférer une résistance à une maladie infectieuse ou à augmenter cette résistance.

Vaccination contre la grippe chez les adultes – voir Vaccin antigrippal trivalent inactivé

Varicelle

Appelée aussi « picotte », la varicelle est une maladie contagieuse caractérisée par des éruptions cutanées et de la fièvre. Elle est causée par le virus zona-varicelle.

Annexe 1: Définitions et codes pour les indicateurs

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
5.4	Accident vasculaire cérébral	Taux d'hospitalisation ou de décès dus à un accident vasculaire cérébral parmi les résidents âgés de 40 ans et plus par 1 000 années-personnes, et qui est considéré, selon le « diagnostic principal inscrit », comme la cause d'hospitalisation ou de décès dans les statistiques de l'état civil (CIM-9-MC, codes 431, 434, 436; CIM-10-AC, codes I61, I63, I64). On a tenu compte des transferts entre les hôpitaux et retenu que les séjours à l'hôpital, plutôt que les sorties individuelles, afin d'éviter la double comptabilisation. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de neuf exercices (1999-2000 à 2007-2008) et ajustés selon l'âge et le sexe.
16.5	Achèvement des études secondaires	Pourcentage des élèves de 9 ^e année qui ont terminé leurs études secondaires (élèves qui ont accumulé au moins 28 crédits de cours pendant leurs études secondaires ou dont le dossier scolaire du ministère de l'Éducation indique qu'ils ont terminé leurs études secondaires) dans le six ans suivant leur entrée en 9 ^e année. La prévalence a été calculée annuellement et convertie en moyenne des élèves qui ont commencé leur 9 ^e année dans les années scolaires 2000-2001 à 2002-2003 et qui ont poursuivi leurs études jusqu'à la fin des années scolaires 2005-2006 à 2007-2008. Elle a aussi été ajustée selon le sexe. Comme les relevés de notes et les données d'inscription des écoles administrées par les collectivités des Premières nations sont souvent incomplets, les élèves inscrits dans les écoles administrées par les bandes ont été exclus.
15.12	Activité physique totale (travail, déplacements et loisirs)	Pourcentage pondéré des répondeurs à l'ESCC âgés de 15 à 75 ans qui ont rapporté être physiquement actifs (27,7 kcal/kg/jour ou plus), modérément actifs (15,4 à 27,6 kcal/kg/jour) ou inactifs (0 à 15,3 kcal/kg/jour), établi en fonction de la valeur de dépense énergétique quotidienne moyenne (kcal/kg/jour) calculée à partir d'une série de questions concernant l'activité physique habituelle au travail, dans les déplacements (comme aller à l'école ou au travail à bicyclette ou à pied) et dans les loisirs (marcher, courir, jardiner, jouer au soccer) pratiquée par les répondants au cours des trois mois précédents. Ceux qui n'ont pas répondu à toutes les questions requises pour établir la valeur calculée ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1 et 3.1 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
12.1	Admissions dans un foyer de soins personnels (FSP)	Pourcentage de résidents d'une région âgés de 75 ans et plus qui ont été admis une première fois dans un FSP sur une période de cinq ans. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de cinq exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.
5.8	Arthrite	Pourcentage de résidents âgés de 19 ans et plus qui, sur une période de deux ans, ont reçu un diagnostic d'arthrite (polyarthrite rhumatoïde ou ostéoarthrite) : soit après au moins deux visites chez le médecin ou une hospitalisation (CIM-9-MC, codes 274, 446, 710-721, 725-729, 739; CIM-10-AC, codes M00-M03, M05-M07, M10-M25, M30-M36, M65-M79); soit après une visite chez le médecin pour cause d'arthrite (CIM-9-MC, codes 274, 446, 710-721, 725-729, 739) ET après s'être fait prescrire à au moins deux reprises des médicaments pour l'arthrite : antirhumatismaux modificateurs de la maladie (codes ATC A07EC01, J01AA08, L01AA01, L01BA01, L04AA01, L04AA13, L04AX01, L04AX03, M01CB01, M01CB03, M01CB04, M01CC01, P01BA02); modificateurs de la réponse biologique (codes ATC L04AA11, L04AA12, L04AA14, L04AA17); analgésiques narcotiques (codes ATC N02AA05, N02AD01, N02AA51, N02AA59, N02BA51, N02BE01, N02BE51, R05DA03, R05DA04, R05DA05); glucocorticostéroïdes avec certaines restrictions relatives à la voie d'administration (codes ATC H02AB04, H02AB06, H02AB07, H02AB08, H02AB10); anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (codes ATC M01AH03, M01AA01, M01AB01, M01AB02, M01AB03, M01AB05, M01AB08, M01AB15, M01AB55, M01AC01, M01AC02, M01AC06, M01AE01, M01AE02, M01AE03, M01AE04, M01AE09, M01AE11, M01AE12, M01AG01, M01AH01, M01AH02, M01AX01, M02AA, M02AB01, M02AC, M02AX03); autres (codes ATC M04AA, N02BA01, N02BA03). La prévalence a été calculée pendant 2 exercices (2007-2008 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
11.4	Arthroplastie de la hanche	Taux d'arthroplasties totales de la hanche (CIM-9-CM, codes 81.50, 81.51, 81.53; codes de la CCI 1.VA.53.LA-PN, 1.VA.53.PN-PN) pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus sur une période de dix ans par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de 10 exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.
11.5	Arthroplastie du genou	Taux d'arthroplasties du genou (CIM-9-MC, codes 81.54, 81.55; code de la CCI 1.VG.53) pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus sur une période de dix ans par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.
15.3	Bien-être émotionnel	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui se sont décrits comme « heureux et intéressés à vivre » en réponse à la question : « Vous décririez-vous comme étant habituellement heureux/se et intéressé/e à vivre, plutôt heureux/se, plutôt malheureux/se et peu intéressé/e à vivre, si malheureux/se que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ? » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur le cycle du CCHS 1.1 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
7.1	Calendrier de vaccination complète (enfants de deux ans)	Pourcentage d'enfants de deux ans (nés en 2005-2006) ayant continuellement été inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba jusqu'à leur deuxième anniversaire et qui ont reçu tous les vaccins recommandés à cet âge : quatre vaccins contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos (DCT); trois vaccins contre la polio; quatre vaccins contre le <i>Haemophilus Influenzae</i> de type B; un vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR); un vaccin contre la varicelle; quatre vaccins conjugués heptavalents contre le pneumocoque (VC7). Codes tarifaires des médecins relatifs aux vaccinations - DCT : 8601, 8602, 8603, 8609, 8641, 8642, 8643, 8649, 8651, 8781, 8782, 8783, 8789, 8798, 8802, 8804, 8805, 8806, 8807, 8921, 8922, 8923, 8924, 8929; polio 8611, 8612, 8613, 8619, 8798, 8802, 8804, 8805, 8806, 8807, 8924, 8931, 8932, 8933, 8939; Hib: 8781, 8782, 8783, 8789, 8802, 8804, 8806, 8807, 8901, 8902, 8903, 8909; ROR : 8621, 8670; varicelle : 8672, 8674; VC7 : 8681, 8682, 8683, 8684. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années civiles (2007 et 2008) et ajustée selon le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
5.2	Cardiopathie ischémique	<p>Pourcentage de résidents âgés de 19 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans, ont reçu un diagnostic de cardiopathie ischémique :</p> <p>soit après au moins deux visites chez le médecin avec un diagnostic de cardiopathie ischémique (CIM-9-MC, codes 410-414);</p> <p>soit après une hospitalisation pour cause de cardiopathie ischémique (CIM-9-MC, codes 410-414; CIM-10-AC, codes I20-I22, I24, I25);</p> <p>soit après au moins une visite chez le médecin avec un code établi (CIM-9-MC, codes 410-414) ET après s'être fait prescrire à au moins deux reprises des médicaments pour traiter une cardiopathie ischémique — médicaments en cardiologie (codes ATC C01DA02, C01DA05, C01DA08, C01DA14, C01EB09); bêtabloquants (codes ATC C07AA02, C07AA03, C07AA05, C07AA06, C07AA12, C07AB02, C07AB03, C07AB04, C07AB07, C07AG01, C07BA05, C07BA06, C07BA12, C07CA03, C07CB03); inhibiteurs calciques (codes ATC C08CA01, C08CA02, C08CA04, C08CA05, C08CA06, C08DA01, C08DB01); substances agissant sur le système rénine-angiotensine (codes ATC C09AA01, C09AA02, C09AA03, C09AA04, C09AA05, C09AA06, C09AA07, C09AA08, C09AA09, C09AA10, C09BA02, C09BA03, C09BA04, C09BA06, C09BA08, C09CA01, C09CA02, C09CA03, C09CA04, C09CA06, C09CA07, C09DA01, C09DA02, C09DA03, C09DA04, C09DA06, C09DA07); autres (C02LA01, C03AA03).</p> <p>La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
11.1	Cathétérisme cardiaque	<p>Taux de cathétérismes cardiaques (CIM-9-MC, codes d'intervention 37.21 à 37.23 et 88.52 à 88.57, code de la CCI 3.IP.10) pratiqués sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus sur une période de cinq ans par 1 000 années-personnes. Il convient de noter qu'au moment de l'analyse, seuls des hôpitaux tertiaires du Manitoba (Centre des sciences de la santé et Hôpital général de Saint-Boniface) possédaient l'équipement nécessaire à cette intervention, ce qui fait que seules les sorties de ces hôpitaux ont été prises en compte dans l'analyse afin de prévenir le calcul en double d'interventions. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.</p>
4.3.1 et 10.3	Causes de blessure (mortalité et hospitalisation) basées sur les codes de causes externes de blessure de la CIM-9-MC (codes de la CIM-10-AC convertis en codes de la CIM-9-MC)	<p>Accidents de véhicules motorisés (E810, E811, E812, E813, E814, E815, E816, E817, E818, E819, E822, E823, E824, E825); accidents associés à d'autres types de véhicule (E800, E801, E802, E803, E804, E805, E806, E807, E820, E821, E826, E827, E828, E829, E831, E833, E834, E835, E836, E837, E838, E840, E841, E842, E843, E844, E845, E846, E847, E848); empoisonnement (E850, E851, E852, E853, E854, E855, E856, E857, E858, E860, E861, E862, E863, E864, E865, E866, E867, E868, E869, E881, E882, E883, E884, E885, E886.9, E888); accidents causés par le feu et les flammes (E890, E891, E892, E893, E894, E895, E896, E897, E898, E899); accidents dus à des phénomènes naturels ou environnementaux (E900, E901, E902, E903, E904, E905, E906, E907, E908, E909, E928.0, E928.1, E928.2, E928.6); noyade et submersion (E830, E832, E910); étouffement, suffocation (E911, E912, E913, E928.4, E928.5); blessures sportives (E886.0, E917.0, E917.5); effets tardifs d'une blessure (E929, E989); suicide et blessures auto-infligées (automutilation) (E950, E951, E952, E953, E954, E955, E956, E957, E958, E959); homicide et blessures infligées par d'autres (E960, E961, E962, E963, E964, E965, E966, E967, E968, E969, E970, E971, E972, E973, E974, E975, E976, E977, E978, E928.3); accidents causés par des corps étrangers (E914, E915); heurt par un objet, coïncement entre des objets (E916, E917 [sauf E917.0, E917.5], E918); accidents causés par une machine, explosions, électrocution (E919, E920, E921, E922, E923, E924, E925, E926); efforts trop intenses, mouvements ardu (E927); blessures de guerre (E990, E991, E992, E993, E994, E995, E996, E997, E998, E999); blessures causées d'une manière indéterminée quant à l'intention (E983, E984, E985, E986, E987, E988); autres accidents non précisés (E887, E928, E928.8, E928.9).</p>
4.2.1	Causes de décès	<p>Répartition des causes de décès des Manitobains pendant 9 années civiles (1999 à 2007). Les causes de décès étaient basées sur les statistiques de l'état civil, à l'aide des 17 chapitres de la Classification internationale des maladies CIM-9-MC (les codes de la CIM-10-AC ont d'abord été convertis en codes du CIM-9-MC). Les valeurs sont des nombres bruts et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.</p>

Définition et codes correspondants	
Section	Indicateur
4.3.1	Causes de mortalité par blessure
	Répartition des causes de mortalité par blessure des Manitobains pendant 9 années civiles (1999 à 2007), basées sur les statistiques de l'état civil. Voir Causes de blessure pour obtenir la liste des codes. Les cas de mortalité par blessure due à une erreur médicale et à des complications ont été exclus du compte des causes de mortalité par blessure. Les valeurs sont des nombres bruts et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.
10.2	Causes d'hospitalisation
	Répartition des diagnostics les « plus fiables » attribués aux hospitalisations et aux interventions d'un jour d'après le système de classification CIM-9-MC, pendant l'exercice 2008-2009. Les valeurs sont des nombres bruts et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.
10.4	Causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure
	Répartition des causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure des Manitobains pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009). Voir Causes de blessure pour obtenir la liste des codes. Les hospitalisations dues à une erreur médicale et à des complications ont été exclues du compte des hospitalisations à la suite d'une blessure. Les valeurs sont des nombres bruts et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.
11.7	Césarienne
	Pourcentage de césariennes effectuées par 100 naissances vivantes. La définition de césarienne s'applique aux sorties d'hôpital avec les codes d'intervention CIM-9-MC 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 et 74.9 et le code de la CCI 5.MD.60. Le dénominateur comprend toutes les naissances avec un code de diagnostic lié à une naissance vivante dans le registre de sortie de l'hôpital (CIM-9-MC, code V27, CIM-10-AC, code Z37). La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de 10 exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge de la mère.
8.7.2	Consommation d'alcool pendant la grossesse
	Pourcentage de femmes avec des nouveaux-nés ayant rapporté avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de nouveaux-nés pendant 5 exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.
15.8	Consommation de fruits et légumes
	Pourcentage pondéré de répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont répondu consommer des fruits et légumes au moins cinq fois par jour en moyenne, à partir d'une série de questions au sujet de la consommation des fruits et légumes. Ceux qui n'ont pas répondu à toutes les questions requises pour établir la valeur calculée ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
9.1	Consultations d'un médecin (au moins une visite au cours de l'année précédente)
	Pourcentage de résidents d'une région (tous les âges) qui ont eu au moins une consultation externe sur une période d'un an. Les consultations externes englobent pratiquement toutes les prises de contact avec les médecins, sauf pendant les séjours à l'hôpital. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.
9.2	Consultations d'un médecin (nombre de visites) et raisons des consultations
	Taux de consultation externe avec un médecin parmi l'ensemble des résidents d'une région (tous les âges) sur une période d'un an. Les consultations d'un médecin englobent pratiquement toutes les prises de contact avec les médecins (OPMF) et spécialistes : visites au cabinet d'un médecin, visites à une clinique sans rendez-vous, visites à domicile, visites à un FSP (maison de santé), visites au service des consultations externes et certaines visites à la salle d'urgence (lorsque les données sont inscrites). Les taux ont été calculés pendant l'exercice 2008-2009 et ajustés selon l'âge et le sexe. En sont exclus les services fournis aux patients une fois admis à l'hôpital et les visites pour des soins prénatals. Nota : Les visites liées à la « grossesse et naissance » sont comprises dans les graphiques circulaires des consultations externes par raison.
9.5	Consultations d'un médecin en mesure d'offrir des services en français
	Pourcentage de membres de la cohorte francophone qui ont consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français sur une période d'un an. Le pourcentage se limitait aux personnes qui ont effectué au moins une consultation en 2008-2009. Les médecins qui ont déclaré être en mesure d'offrir des services en français ont été répertoriés à partir des données publiques du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba se trouvant sur son site Web. Sous la rubrique langue, la présence d'un ou l'autre des termes qui suivent était considérée comme se rapportant à un médecin en mesure d'offrir des services en français : français, français (un peu), un peu de français, maîtrise partielle du français, français (connaissance pratique), français de base, interprètes pouvant parler français, service d'interprétation offert. La prévalence a été calculée pour l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
9.4	Continuité des soins	Pourcentage de résidents ayant effectué au moins 50 % de leurs consultations externes auprès du même médecin sur une période de deux ans. Dans le cas des enfants de 0 à 14 ans, le médecin peut être soit un OP/MF, soit un pédiatre. Dans le cas des résidents de 15 à 59 ans, seul un OP/MF peut être le médecin. Dans le cas des personnes de 60 ans et plus, le médecin peut être soit un OP/MF, soit un spécialiste de la médecine interne. La prévalence a été calculée pendant 2 exercices (2007-2008 et 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe. Les résidents ayant effectué moins de trois consultations externes au cours de la période de deux ans ont été exclus de l'analyse.
6.1	Cumul des troubles de santé mentale	Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus ayant reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des maladies suivantes : dépression, troubles anxieux, toxicomanie, trouble de la personnalité, schizophrénie. Voir chacun des indicateurs pour en connaître la définition. La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.
6.7	Démence (55+)	Pourcentage de résidents âgés de 55 ans et plus ayant reçu un diagnostic de démence sur une période de cinq ans : soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de démence (comprend un état psychotique organique, la dégénérescence psychotique et la sénilité) (CIM-9-MC, codes 290, 291.1, 292.2, 292.82, 294, 331, 797; CIM-10-AC, codes F00, F01, F02, F03, F04, F05.1, F06.5, F06.6, F06.8, F06.9, F09, F10.7, F11.7, F12.7, F13.7, F14.7, F15.7, F16.7, F18.7, F19.7, G30, G31.0, G31.1, G31.9, G32.8, G91, G93.7, G94, R54); soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de démence (CIM-9-MC, codes 290, 294, 331, 797). La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.
7.4	Dépistage du cancer du col utérin	Pourcentage de femmes de 18 à 69 ans qui ont passé au moins un test de Papanicolaou (ou test Pap) au cours d'une période de trois ans. La définition de test Pap s'appliquait aux consultations d'un médecin dont le code tarifaire correspondait au test Pap (8470, 8495, 8496, 8498, 9795) ou aux demandes de remboursement relatives à une pathologie ou à un test en laboratoire avec le code tarifaire lié au test Pap (9470). La prévalence a été calculée pendant 3 exercices (2006-2007 à 2008-2009) et a été ajustée selon l'âge.
6.2	Dépression	Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus ayant reçu un diagnostic de dépression sur une période de cinq ans : soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de trouble dépressif, de psychose affective, de dépression névrotique ou de réaction d'ajustement (CIM-9-MC, codes 296.2-296.8, 300.4, 309, 311; CIM-10-AC, codes F31, F32, F33, F341, F38.0, F38.1, F41.2, F43.1, F43.2, F43.8, F53.0, F93.0); soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de trouble dépressif, de psychose affective ou de réaction d'ajustement (CIM-9-MC, codes 296, 309, 311); soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de trouble anxieux (CIM-9-MC, code 300; CIM-10-AC, codes F32.0, F34.1, F40, F41, F42, F44, F45.0, F451, F452, F48, F68.0, F99) ET après s'être fait prescrire au moins une fois un antidépresseur ou un régulateur de l'humeur (codes de l'ATC N03AB02, N03AB52, N03AF01, N05AN01, N06A); soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de troubles anxieux (CIM-9-MC, code 300) ET après s'être fait prescrire au moins une fois un antidépresseur ou un régulateur de l'humeur (N03AB02, N03AB52, N03AF01, N05AN01, N06A). La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
8.7.4	Dépression/anxiété maternelle	Pourcentage de femmes avec des nouveaux-nés ayant montré des signes de dépression ou d'anxiété. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de naissances de nouveaux-nés pendant 5 exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.
8.7.5	Détresse dans les relations	Pourcentage de femmes avec des nouveaux-nés ayant rapporté une détresse dans leurs relations avec leur conjoint. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de nouveaux-nés nés pendant 5 exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.
5.5	Diabète sucré	Pourcentage de résidents âgés de 19 ans et plus qui, au cours d'une période de trois ans, ont reçu un diagnostic de diabète : soit après au moins deux visites chez le médecin OU une hospitalisation avec un diagnostic de diabète (CIM-9-MC, code 250, CIM-10-AC, codés E10-E14); soit après s'être fait prescrire des médicaments pour le diabète à au moins une reprise (code ATC A10xx).
8.7.6	Éducation maternelle	Les codes de diagnostic attribués au diabète gestationnel n'ont pas été inclus dans notre définition. La prévalence a été calculée pendant 3 exercices (2006-2007 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe. Pourcentage de femmes avec des nouveaux-nés qui n'ont pas terminé leurs études secondaires. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de cinq exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.
16.3	Élèves ayant réussi l'examen de langue de 12 ^e année	Pourcentage de résidents du Manitoba nés entre 1988 et 1990 ayant réussi l'examen de langue de 12 ^e année 18 ans plus tard (l'année au cours de laquelle ils devraient avoir fait l'examen). Les élèves devaient avoir vécu dans la province pendant toute la durée de la période de suivi, c'est-à-dire être toujours inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba jusqu'à l'âge de 18 ans. Le dénominateur comprenait non seulement les élèves ayant fait l'examen, mais aussi ceux qui n'avaient pas à le faire, qui étaient absents de l'école, qui étaient absents de l'école, qui étaient absents de l'école au moins un an), qui avaient abandonné le cours ou qui avaient carrément quitté l'école. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de trois années scolaires (2005-2006 à 2007-2008) et ajustée selon le sexe. Comme les relevés de notes et les données d'inscription des écoles administrées par les collectivités des Premières nations sont souvent incomplets, les élèves inscrits dans les écoles administrées par les bandes ont été exclus.
16.3	Élèves ayant réussi l'examen de maths de 12 ^e année	Pourcentage de résidents du Manitoba nés entre 1988 et 1990 ayant réussi l'examen de maths de 12 ^e année 18 ans plus tard (l'année au cours de laquelle ils devraient avoir fait l'examen). Les élèves devaient avoir vécu dans la province pendant toute la durée de la période de suivi, c'est-à-dire être toujours inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba jusqu'à l'âge de 18 ans. Le dénominateur comprenait non seulement les élèves ayant fait l'examen, mais aussi ceux qui n'avaient pas à le faire, qui étaient absents de l'école, qui étaient absents de l'école, qui étaient absents de l'école au moins un an), qui avaient abandonné le cours ou qui avaient carrément quitté l'école. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de trois années scolaires (2005-2006 à 2007-2008) et ajustée selon le sexe. Comme les relevés de notes et les données d'inscription des écoles administrées par les collectivités des Premières nations sont souvent incomplets, les élèves inscrits dans les écoles administrées par les bandes ont été exclus.
16.2	Élèves de 3 ^e année n'ayant pas changé d'école	Pourcentage d'élèves de 3 ^e année qui n'ont pas changé d'école au cours des quatre années suivantes (du début de la 3 ^e année à la fin de la 6 ^e année). La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne d'enfants qui ont commencé leur 3 ^e année dans les années scolaires 2003-2004 à 2005-2006 et ajustée selon l'âge et le sexe. Les élèves inscrits dans des écoles administrées par des bandes ont été exclus de l'analyse.
12.4	Emplacement du foyer de soins personnels	Défini par le pourcentage de résidents âgés de 75 ans et plus qui a) ont été admis dans un FSP relevant de l'ORS de la région où ils habitaient, b) ont été admis dans un FSP relevant d'un autre ORS, c) ont été admis dans un FSP à Winnipeg. Les valeurs ont été calculées pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
4.4	Espérance de vie à la naissance	Durée de vie prévue à la naissance, qui se fonde sur les profils de mortalité de la population au cours des dix années civiles antérieures (1999 à 2008). Les valeurs n'ont pas été ajustées selon l'âge. Elles ont été calculées directement à partir des données de mortalité des résidents locaux obtenues au moyen de la « table de survie ».
15.1	État de santé déclaré	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont répondu « excellente » ou « très bonne » à la question : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, passable ou mauvaise? », avec la clarification suivante : « Par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessure mais aussi le bien-être physique, mental et social. » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
15.2	État de santé mentale déclaré	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont répondu « excellente » ou « très bonne » à la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, passable ou mauvaise? » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
15.11	Exposition à la fumée secondaire	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont répondu « oui » à la question : « En comptant les membres du ménage et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre maison, chaque jour ou presque chaque jour? » Les répondants se limitaient à ceux qui avaient rapporté qu'ils ne vivaient pas seuls ou qui ne fumaient pas. Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 2.1, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
15.9	Fréquence de la consommation occasionnelle excessive d'alcool	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont répondu à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? » On a réparti les réponses en trois catégories : une fois par mois ou plus, moins d'une fois par mois et jamais. Dans l'ESCC, une consommation équivalait à une bouteille ou canette de bière ou un verre de bière en fût, à une coupe de vin ou de vin panaché, ou à un cocktail contenant 1,5 once d'alcool. Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse (ceux qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois n'ont pas été exclus). La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
8.2	Grossesse précoce	Taux de grossesses et d'accouchements (comprend les naissances vivantes, les mortinaissances, les avortements et les grossesses ectopiques) parmi les filles âgées de 15 à 19 ans par 1 000 années-personnes et établi : soit après une hospitalisation avec un des diagnostics suivants : naissance vivante (CIM-9-MC, code V27, CIM-10-AC, code Z37); rétention foetale (CIM-9-MC, code 632, CIM-10-AC, code O02.1); grossesse ectopique (CIM-9-MC, code 633, CIM-10-AC, code O00); avortement (CIM-9-MC, codes 634-637, CIM-10-AC, codes O03-O07); décès intra-utérin (CIM-9-MC, code 656.4, CIM-10-AC, code O36.4); soit après une hospitalisation associée à une des interventions suivantes : interruption de grossesse au moyen d'une intervention chirurgicale (CIM-9-MC, codes 69.01, 69.51, 74.91; codes de la CCI 5.CA.89, 5.CA.90); ablation de grossesse ectopique extratubaire (CIM-9-MC, codes 66.62, 74.3; code de la CCI 5.CA.93); interruption de grossesse par voie médicamenteuse (CIM-9-MC, code 75.0, code de la CCI 5.CA.88); interventions pendant le travail et l'accouchement (codes de la CCI 5.MD.5, 5.MD.60).
10.3	Hospitalisations à la suite d'une blessure	Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix années civiles (1999-2000 à 2007-2008) et ajustés selon l'âge. Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure parmi les résidents d'une région (tous les âges) sur une période de cinq ans par 1 000 années-personnes (voir Causes de blessure pour obtenir la liste des codes). Les blessures dues à une erreur médicale et à des complications ont été exclues du compte des blessures. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de cinq exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.

Section Indicateur		Définition et codes correspondants
8.5	Hyperactivité avec déficit de l'attention	<p>Pourcentage d'enfants de 5 à 19 ans qui, au cours d'une période d'un an, ont reçu un diagnostic d'hyperactivité avec déficit de l'attention :</p> <p>soit à la suite d'au moins une hospitalisation avec un diagnostic de syndrome hypercinétique (CIM-9-MC, code 314, CIM-10-AC, code F90);</p> <p>soit à la suite d'au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de syndrome hypercinétique (CIM-9-MC, code 314);</p> <p>soit après au moins deux prescriptions de médicaments utilisés pour traiter l'hyperactivité avec déficit de l'attention sans diagnostic de trouble des conduites (CIM-9-MC, code 312; CIM-10-AC, codes F63, F91, F92), de trouble de l'affectivité (CIM-9-MC, code 313; CIM-10-AC, codes F93, F94) et de trouble de l'affectivité et décataplexie/narcolepsie (CIM-9-MC, code 347, CIM-10-AC, code G47.4);</p> <p>soit après une prescription de médicaments utilisés pour traiter l'hyperactivité avec déficit de l'attention ET un diagnostic de syndrome hypercinétique (CIM-9-MC, code 314, CIM-10-AC, code F90) au cours des trois exercices précédents.</p> <p>La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
5.1	Hypertension	<p>Pourcentage de résidents âgés de 19 ans et plus qui, au cours d'une période d'un an, ont reçu un diagnostic d'hypertension :</p> <p>soit après au moins une visite chez le médecin (CIM-9-MC, codes 401-405);</p> <p>soit après une hospitalisation (CIM-9-MC, codes 401-405; CIM-10-AC, codes I10-I13, I15);</p> <p>soit après s'être fait prescrire des médicaments pour l'hypertension à au moins deux reprises : antihypertenseurs (codes ATC C02AB01, C02AB02, C02AC01, C02CA04, C02CA05, C02DB02, C02DC01, C02KX01, C02LA01, C02LB01, G04CA03); diurétiques (codes ATC C03AA03, C03BA04, C03BA11, C03CA01, C03CA02, C03CC01, C03DA01, C03DB01, C03DB02, C03EA01); bêtabloquants (codes ATC C07AA02, C07AA03, C07AA05, C07AA06, C07AA12, C07AB02, C07AB03, C07AB04, C07AB07, C07AB08, C07CA03, C07CB03); inhibiteurs calciques (codes ATC C08CA01, C08CA02, C08CA04, C08CA05, C08CA06, C08DA01, C08DB01); substances agissant sur le système rénine-angiotensine (codes ATC C09AA01, C09AA02, C09AA03, C09AA04, C09AA05, C09AA06, C09AA07, C09AA08, C09AA09, C09AA10, C09BA02, C09BA03, C09BA04, C09BA06, C09BA08, C09CA01, C09CA02, C09CA03, C09CA04, C09CA06, C09CA07, C09DA01, C09DA02, C09DA03, C09DA04, C09DA06, C09DA07). La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
11.8	Hystérectomie	<p>Taux d'hystérectomies (CIM-9-MC, codes d'intervention 68.4, 68.5, 68.9; codes de la CCI 1.RM.89, 5.CA.89.CK, 5.CA.89.DA, 5.CA.89.GB, 5.CA.89.WJ, 5.CA.89.WK) pratiquées sur les femmes âgées de 25 ans et plus par 1 000 femmes âgées de 25 ans et plus sur une période de dix ans, par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge.</p>
16.1.1	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école	<p>Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle dans au moins un des domaines du développement de la petite enfance. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.</p>
16.1.4	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école sur le plan de la maturité affective	<p>Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats sur le plan de la maturité affective se situent sous la limite du 10^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.</p>

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
16.1.2	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école sur le plan de la santé physique et du bien-être	Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats sur le plan de la santé physique et du bien-être se situent sous la limite du 10 ^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.
16.1.6	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école sur le plan des capacités de communication et des connaissances	Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats sur le plan des capacités de communication et des connaissances générales se situent sous la limite du 10 ^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.
16.1.5	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés langagières et cognitives	Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats sur le plan des habiletés langagières et cognitives se situent sous la limite du 10 ^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.
16.1.3	IMDPE – Enfants n'étant « pas prêts » pour l'école sur le plan des habiletés sociales	Pourcentage d'enfants de la maternelle (5 ou 6 ans) dont les résultats sur le plan des habiletés sociales se situent sous la limite du 10 ^e percentile de l'ensemble des enfants de la maternelle. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux années scolaires (2005-2006 et 2006-2007) et ajustée selon le sexe.
15.7	Indice de masse corporelle (IMC)	Pourcentage pondéré de répondants à l'ESCC de 18 ans et plus qui avaient un poids insuffisant et un poids normal (IMC inférieur à 25), qui faisaient de l'embonpoint (IMC entre 25 et 29,9) et qui étaient obèses (IMC de 30 ou plus). L'IMC est basé soit sur des autodéclarations, soit sur des valeurs mesurées du poids et de la taille. Ceux qui n'ont pas répondu à toutes les questions requises pour établir la valeur calculée ont été exclus de l'analyse, tout comme les femmes qui ont dit être enceintes au moment de l'enquête. Comme la taille et le poids autodéclarés peuvent être erronés, on les a « corrigés » à l'aide de modèles de régression linéaire simples afin de les rendre plus conformes aux valeurs mesurées qu'on aurait obtenues. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
5.3	Infarctus aigu du myocarde	Taux d'hospitalisation ou de décès dus à un accident vasculaire cérébral parmi les résidents âgés de 40 ans et plus par 1000 années-personnes et qui est considéré, selon le « diagnostic principal inscrit », comme cause d'hospitalisation et de décès dans les statistiques de l'état civil (CIM–9–MC, code 410; CIM–10–AC, code I21). On a exclu les hospitalisations de moins de trois jours (sauf si le patient est décédé à l'hôpital) et suivi les transferts d'un hôpital à un autre pour s'assurer que l'hospitalisation des « vrais » cas se prolongeait sur au moins trois jours. Les taux ont été calculés annuellement pendant 9 exercices (1999-2000 à 2007-2008) et ajustés selon l'âge et le sexe.
5.6	Initiation à la dialyse	Pourcentage de résidents âgés de 19 ans et plus qui ont entrepris un traitement de dialyse au cours d'une période de cinq ans, c'est-à-dire qu'ils ont effectué au moins une visite chez le médecin avec un code tarifaire lié à une dialyse (9610, 9798, 9799, 9801, 9802, 9805, 9806, 9807, 9819, 9820, 9821). La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.

Section		Indicateur	Définition et codes correspondants
8.1	Initiation à l'allaitement au sein	Pourcentage brut de nouveaux-nés (naissances vivantes) allaités exclusivement ou partiellement au sein à leur sortie d'un hôpital du Manitoba. Le dénominateur comprend toutes les naissances vivantes dans un hôpital du Manitoba dont le registre de sortie contient des renseignements sur l'allaitement au sein. La prévalence a été calculée annuellement et convertie en moyenne de 3 exercices (2006-2007 à 2008-2009), mais n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.	
16.1	Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)	L'IMDPE est une mesure du développement fondée sur la population des enfants de la maternelle à l'échelle communautaire. On s'en sert pour évaluer la maturité scolaire des enfants à leur entrée à l'école. L'IMDPE indique où se situent les enfants par rapport à cinq domaines du développement : santé physique et bien-être, habiletés sociales, maturité affective, habiletés langagières et cognitives, capacités de communication et connaissances générales. Les enfants peuvent être classés comme « pas prêts » pour l'école dans l'un ou l'autre des aspects du développement de la petite enfance si leurs résultats se situent sous la limite du 10 ^e percentile.	
11.2	Intervention coronarienne percutanée	Taux d'angioplasties et d'insertions d'endoprothèses (CIM-9-MC, codes d'intervention 36.01, 36.02, 36.03, 36.05, 36.06, 36.07; codes de la CCI 1.IJ.50, 1.IJ.57) pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus sur une période de dix ans par 1 000 années-personnes. Il convient de noter qu'au moment de l'analyse, seuls des hôpitaux tertiaires du Manitoba (Centre des sciences de la santé et Hôpital général de Saint-Boniface) possédaient l'équipement nécessaire à ce genre d'intervention, ce qui fait que seules les sorties de ces hôpitaux ont été prises en compte dans l'analyse afin de prévenir le calcul en double d'interventions. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.	
10.6	Lieux où les patients proviennent	Parmi toutes les sorties d'hôpital relevant d'un ORS, ces valeurs s'appliquent à la proportion de patients qui sont des résidents relevant du même ORS, des résidents relevant d'un autre ORS ou des résidents de Winnipeg. Si un patient est transféré dans un autre hôpital, chaque séjour est comptabilisé séparément et les jours passés dans chaque hôpital sont attribués au lieu où l'établissement se trouve. Les valeurs ont été calculées pendant l'exercice 2008-2009 et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.	
10.5	Lieux où les résidents sont hospitalisés	Parmi l'ensemble de jours passés à l'hôpital par les résidents d'une région, proportion de jours passés dans des hôpitaux relevant de l'ORS de la région en question, dans des hôpitaux relevant d'un autre ORS, dans des hôpitaux de Winnipeg et dans des hôpitaux de l'extérieur de la province. Si un patient est transféré dans un autre hôpital, chaque séjour est comptabilisé séparément et les jours passés dans chaque hôpital sont attribués à la région où se trouve l'hôpital. Les valeurs ont été calculées pendant l'exercice 2008-2009 et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.	
15.13	Limitations d'activités	Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont rapporté avoir parfois ou souvent des limitations d'activités dues à une ou des affections ou à des problèmes de santé physique et (ou) mentale à long terme qui ont duré ou qui sont susceptibles de durer au moins six mois. Ceux qui n'ont pas répondu à toutes les questions requises pour établir la valeur calculée ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.	
7.3	Mammographie	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont eu au moins une mammographie sur une période de deux ans. La définition de mammographie s'applique à au moins une visite chez le médecin avec un code de diagnostic ou code tarifaire lié à une mammographie (7098, 7099, 7104, 7110, 7111). La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de deux périodes s'échelonnant sur deux exercices (2005-2006 et 2006-2007; 2007-2008 et 2008-2009) et ajustée selon l'âge.	
5.7	Morbidity respiratoire totale	Pourcentage de résidents (tous les âges) ayant reçu un diagnostic d'une des maladies respiratoires qui suivent ayant entraîné au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation sur une période d'un an : asthme, bronchite aiguë, bronchite chronique, bronchite non précisée comme aiguë ou chronique, emphysème ou obstruction chronique des voies respiratoires (CIM-9-MC, codes 466, 490, 491, 492, 493, 496; CIM-10-AC, codes J20, J21, J40-J45). La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.	

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
8.4	Mortalité chez les bébés	Taux brut de mortalité chez les bébés dans l'année suivant leur naissance (0 à 364 jours) par 1 000 nouveaux-nés. Le dénominateur comprend toutes les naissances vivantes (à l'hôpital) pendant la période à l'étude. Les naissances vivantes ont été répertoriées au cours des années civiles 1998 à 2007 et les décès ont été répertoriés jusqu'au premier anniversaire de chaque enfant. Les taux ont été calculés annuellement et convertis en moyenne de dix années civiles (1999 à 2008), mais n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.
8.4	Mortalité chez les enfants	Taux brut de mortalité parmi les enfants âgés de 1 à 19 ans par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement et convertis en moyenne de dix années civiles (1999 à 2008), mais n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.
4.3	Mortalité par blessure	Taux de mortalité due à une blessure parmi les résidents d'une région par 1 000 années-personnes. Les causes de décès étaient basées sur les statistiques de l'état civil (voir Causes de blessure pour obtenir la liste des codes). Les cas de mortalité par blessure due à une erreur médicale et à des complications ont été exclus du compte des blessures. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de neuf années civiles (1999 à 2007) et ajustés selon l'âge et le sexe.
4.2	Mortalité totale	Taux de décès parmi les résidents d'une région par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de 10 années civiles (1999 à 2008) et ajustés selon l'âge et le sexe.
13.2	Nombre de médicaments différents prescrits	Nombre moyen de types de médicaments différents dispensés à chaque résident parmi ceux dont au moins une ordonnance a été exécutée au cours d'une année. Un type de médicament « différent » était établi au moyen du quatrième niveau de la classification ATC qui, pour l'essentiel, répartit les médicaments utilisés pour différents problèmes de santé. Ainsi, un individu pourrait avoir reçu plusieurs ordonnances de médicaments du même type qui seraient comptabilisés une fois seulement. Les taux ont été calculés pendant l'exercice 2008-2009 et ajustés selon l'âge et le sexe.
11.6	Opération de la cataracte	Taux d'opérations de la cataracte pratiquées sur des résidents d'une région âgés de 50 ans et plus par 1 000 années-personnes, sur une période de dix ans. La définition d'opération de la cataracte s'applique : soit aux données de facturation du médecin avec les codes tarifaires 5611 et 5612 et préfixe de tarif 2 (chirurgie); soit après une sortie d'hôpital avec un des codes d'intervention de la CIM-9—MC suivants : 13.11, 13.19, 13.2, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.51, 13.59; et code de la CCI 1.CL.89.
13.3	Ordonnances d'antibiotiques	On a ajouté les opérations de la cataracte pratiquées sur des résidents du Manitoba ayant fait l'objet d'une demande de remboursement à la suite d'une intervention à l'extérieur de la province, notamment en Alberta (code tarifaire 27.72) et en Saskatchewan (codes tarifaires 135S, 136S, 226S et 325S). Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.
13.4	Ordonnances d'antidépresseurs	Pourcentage de résidents (tous les âges) ayant reçu au moins une ordonnance d'antibiotiques (codes ATC J01 et G04A) sur une période d'un an. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe. Pourcentage de résidents (tous les âges) ayant reçu au moins deux ordonnances d'antidépresseurs (codes ATC N06xx) sur une période d'un an. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
5.9	Ostéoporose	<p>Pourcentage de résidents âgés de 50 ans et plus qui, au cours d'une période de trois ans, ont reçu un diagnostic d'ostéoporose :</p> <p>soit après au moins une hospitalisation à la suite d'un des diagnostics suivants : ostéoporose (CIM-9-MC, code 733.0, CIM-10-AC, code M81); fracture à la hanche (CIM-9-MC, code 820-821, CIM-10-AC, code S72); fracture des vertèbres (CIM-9-MC, code 805; CIM-10-AC, codes S12.0-S12.2, S12.7, S12.9, S22.0, S22.1, S32.0-S32.2, T08); fracture de l'humérus (CIM-9-MC, code 812, CIM-10-CA, codes S42.2-S42.4); fracture du poignet (radius, cubitus et os du carpe) (CIM-9-MC, code 813-814; CIM-10-AC, codes S52, S62.0, S62.1). Il convient de noter que les fractures dont le code de diagnostic de l'hôpital est lié à un traumatisme majeur, comme une blessure par écrasement ou un accident de véhicule automobile, ont été exclues de l'analyse (CIM-9-MC, codes 925-929, E800-E848; CIM-10-AC, codes S07, S17, S18, S28.0, S38, S47, S57, S67, S77, S87, T04, T14.7, V01-V99);</p> <p>soit après au moins une visite chez le médecin à la suite d'un des diagnostics suivants : ostéoporose (CIM-9-MC, code 733), fracture à la hanche (CIM-9-MC, codes 820-821), fracture des vertèbres (CIM-9-MC, code 805), fracture de l'humérus (CIM-9-MC, code 812), fracture du poignet (CIM-9-MC, codes 813-814);</p> <p>soit après s'être fait prescrire des médicaments pour traiter l'ostéoporose à au moins une reprise : modulateurs sélectifs des récepteurs des oestrogènes (code ATC G03XC01); hormones antiparathyroïdiennes et ses analogues (code ATC H05AA02); préparation à base de calcitonine (code ATC H05BA01); bisphosphonates (codes ATC M05BA01, M05BA02, M05BA03, M05BA04, M05BA07, M05BB01).</p> <p>La prévalence a été calculée pendant 3 exercices (2006-2007 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
11.3	Pontage aortocoronarien	<p>Nombre de pontages coronariens (CIM-9-MC, code d'intervention 36.10-36.19, code de la CCI 1.U.76) pratiqués sur des résidents d'une région âgés de 40 ans et plus sur une période de 10 ans par 1 000 années-personnes. Il convient de noter qu'au moment de l'analyse, seuls des hôpitaux tertiaires du Manitoba (Centre des sciences de la santé et Hôpital général de Saint-Boniface) possédaient l'équipement nécessaire à cette intervention, ce qui fait que seules les sorties de ces hôpitaux ont été prises en compte dans l'analyse afin de prévenir le calcul en double d'interventions. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix exercices (1999-2000 à 2008-2009) et ajustés selon l'âge et le sexe.</p>
14.5	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité	<p>Pourcentage brut de résidents âgés de 75 et plus vivant dans la collectivité qui ont reçu au moins deux ordonnances de benzodiazépines ou au moins une ordonnance de benzodiazépines prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours sur une période d'un an. Les benzodiazépines portent les codes ATC N05BA01, N05BA02, N05BA04-N05BA06, N05BA08, N05BA10, N05BA12, N05CD01, N05CD02, N05CD04, N05CD05 et N05CD07. Seuls les résidents vivant dans la collectivité ont été inclus. Les résidents qui ont demeuré dans un FSP pendant au moins une journée au cours d'un exercice ont été exclus. La prévalence a été calculée annuellement et convertie en moyenne de cinq exercices (2004-2005 à 2008-2009), mais n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
14.6	Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans un foyer de soins personnels	<p>Pourcentage brut de résidents âgés de 75 et plus vivant dans un FSP qui ont reçu au moins deux ordonnances de benzodiazépines ou au moins une ordonnance de benzodiazépines prévoyant un approvisionnement de plus de 30 jours sur une période d'un an. Les benzodiazépines portent les codes ATC N05BA01, N05BA02, N05BA04-N05BA06, N05BA08, N05BA10, N05BA12, N05CD01, N05CD02, N05CD04, N05CD05 et N05CD07. Seuls les résidents qui ont demeuré dans un FSP pendant au moins une journée au cours d'un exercice ont été inclus. Les FSP dont la pharmacie se trouve dans un hôpital ont été exclus, car leurs dossiers relatifs aux médicaments dispensés ne sont pas inclus dans le réseau pharmaceutique informatisé. La prévalence a été calculée annuellement et convertie en moyenne de cinq exercices (2004-2005 à 2008-2009), mais n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.</p>

Section Indicateur		Définition et codes correspondants
8.7.1	Présence de trois facteurs de risque ou plus à la naissance de l'enfant	Pourcentage de familles avec des nouveaux-nés présentant au moins trois facteurs de risque. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de nouveaux-nés nés pendant 5 exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.
8.6	Prévalence d'asthme	Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans qui, au cours d'une période de deux ans, ont été diagnostiqués comme asthmatiques : soit à partir des données de facturation du médecin (CIM-9-CM, code 493); soit à partir des données de facturation de l'hôpital (CIM-9-MC, code 493, CIM-10-AC, code J45); soit à partir d'une ordonnance de médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme (codes ATC R03BA01, R03BA08, R03BA03, R03BA02, R03BA06, R03AC04, R03AC02, R03AC03, R03AC12, R03AC13, R03AK06, R03AK07, R03BB01, R03AK04, R03AK03, R03BB04, R03DC03, R03DC01, R03DA05, R03DA04, R03DA02, R03AB03, R06AX17, R03BC01, R03AA01, R03DX05, R03DA52, R01AC01, H02AB02, H02AB09, H02AB04, H02AB06, H02AB07).
12.5	Provenance des résidents des foyers de soins personnels (FSP)	La prévalence a été calculée pendant 2 exercices (2007-2008 et 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe. Défini par a) le pourcentage de résidents de 75 et plus qui, avant leur admission, vivaient dans la région relevant du même ORS (ORS d'origine); b) vivaient dans une région relevant d'un autre ORS; ou c) vivaient dans un secteur relevant de l'ORS de Winnipeg. Les valeurs ont été calculées pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et n'ont pas été ajustées selon l'âge et le sexe.
8.3	Réadmission de nouveaux-nés	Taux brut de réadmissions à l'hôpital de nouveaux-nés de 1 à 28 jours après avoir reçu leur congé de l'hôpital à la suite de leur naissance, par 1 000 nouveaux-nés. Les taux ont été calculés annuellement et convertis en moyenne de dix années civiles (1999 à 2008), mais n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.
12.2	Résidents d'un foyer de soins personnels (FSP)	Pourcentage de résidents d'une région âgés de 75 et plus qui ont demeuré dans un FSP pendant au moins une journée au cours d'un exercice, sur une période de cinq ans. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de cinq exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.
15.4	Satisfaction à l'égard de la vie	Pourcentage pondéré de répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont dit qu'ils étaient « très satisfaits » et « satisfaits » en réponse à la question suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général : très satisfait(e), satisfait(e), ni satisfait(e) ni insatisfait(e), insatisfait(e), très insatisfait(e)? » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.
6.6	Schizophrénie	Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus ayant reçu un diagnostic de schizophrénie sur une période de cinq ans : soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de schizophrénie (CIM-9-MC, code 295; CIM-10-AC, codes F20, F21, F23.2, F25); soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de schizophrénie (CIM-9-MC, code 295). La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.

Définition et codes correspondants	
Section 9.3	Secondes consultations
10.1	Sortie d'hôpital
15.6	Stress au travail
15.5	Stress vécu au quotidien

Taux de consultation d'un omnipraticien/médecin de famille (OP/MF) ou d'un spécialiste parmi l'ensemble des résidents d'une région (tous les âges) sur une période d'un an. Les codes tarifaires s'y rapportant sont les suivants : 8440, 8449, 8550, 8552, 8553, 8554, 8556 et 8557. Les taux ont été calculés pendant l'exercice 2008-2009 et ajustés selon l'âge et le sexe.

Taux de sorties de patients hospitalisés et de sorties après une intervention d'un jour parmi les résidents d'une région (tous les âges) sur une période d'un an par 1 000 années-personnes. Tous les hôpitaux du Manitoba ont été inclus, mais pas les FSP et les établissements de soins à long terme (Riverview, Deer Lodge, Rehabilitation Centre for Children and Adolescent Treatment Centre). Les registres concernant les nouveaux-nés ont été exclus. Les taux ont été calculés pendant l'exercice 2008-2009 et ajustés selon l'âge et le sexe. Ils se rapportent à la région de résidence d'une personne et non pas à la région où elle a été hospitalisée.

Pourcentage pondéré des répondants à l'ESCC âgés de 15 à 75 ans qui ont rapporté que leurs journées de travail étaient « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » à la question : « La prochaine question porte sur votre entreprise ou emploi principal au cours des 12 derniers mois. Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient pas du tout stressantes, pas vraiment stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? » Les participants à l'enquête se limitaient à ceux qui n'avaient pas répondu « non » à la question : « À un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.

Pourcentage pondéré de répondants à l'ESCC âgés de 15 ans et plus qui ont dit que leurs journées étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes en réponse à la question : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont stressantes? » Ceux qui ont répondu « Je ne sais pas » ou qui n'ont pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.

Définition et codes correspondants	
4.5	<p>Section Indicateur</p> <p>Suicides ou tentatives de suicide</p> <p>Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus ayant commis un suicide au moins une fois au cours d'une année civile sur une période de neuf ans.</p> <p>La définition de suicide est établie par les actes de décès faisant partie des statistiques de l'état civil qui rapportent les causes de décès suivantes : empoisonnement accidentel (CIM-9-MC, codes E850-E854, E858, E862, E868; CIM-10-AC, codes X40-X42, X46, X47); empoisonnement de cause indéterminée quant à l'intention (CIM-10-AC, codes Y10-Y12, Y16, Y17); empoisonnement autoinfligé (CIM-9-MC, codes E950-E952, CIM-10-AC, codes X60-X69); blessure autoinfligée par pendaison, strangulation ou suffocation (CIM-9-MC, code E953, CIM-10-AC, code X70); blessure autoinfligée par submersion (noyade) (CIM-9-MC, code E954, CIM-10-AC, code X71); blessure autoinfligée par décharge d'armes à feu ou utilisation de matériel explosif (CIM-9-MC, code E955, CIM-10-AC, codes X72-X75); blessure autoinfligée par exposition à la fumée, au feu, aux flammes, à des vapeurs d'eau, au gaz chaud et à des objets brûlants (CIM-9-MC, codes E958.1, E958.2; CIM-10-AC, codes X76, X77); blessure autoinfligée par utilisation d'objet tranchant (CIM-9-MC, code E956; CIM-10-AC, codes X78, X79); blessure autoinfligée en sautant d'un lieu élevé (CIM-9-MC, code E957, CIM-10-AC, code X80); blessure autoinfligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement (CIM-9-MC, code E958.0, CIM-10-AC, code X81); blessure autoinfligée par accident de la route (CIM-9-MC, code E958.5, CIM-10-AC, code X82); blessure autoinfligée par des moyens autres et non précisés (CIM-9-MC, codes E958.3, E958.4, E958.6-E958.9; CIM-10-AC, codes X83, X84); effets tardifs d'une blessure autoinfligée (CIM-9-MC, code E959).</p> <p>La définition de tentative de suicide est établie soit après une hospitalisation avec un diagnostic de suicide ou de blessure autoinfligée (CIM-9-MC, codes E950-E959, CIM-10-AC, codes X60-X84); soit après une hospitalisation avec un code de diagnostic lié à un empoisonnement accidentel (CIM-9-MC, codes 965, 967, 969, 977.9, 986, E850-E854, E858, E862, E868; CIM-10-AC, codes T39, T40, T42.3, T42.4, T42.7, T43, T50.9, T58, X40-X42, X44, X46, X47, Y10-Y12, Y16, Y17), mais seulement s'il y a eu consultation d'un médecin avec un code de diagnostic lié à un empoisonnement accidentel accompagné d'un code tarifaire d'un psychiatre pendant le séjour à l'hôpital ou dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. Les codes tarifaires d'un psychiatre proviennent du barème des droits du psychiatre (8444, 8446, 8472, 8475, 8476, 8503, 8504, 8553, 8554, 8581, 8584, 8588, 8596) et du barème des droits en général (8580, 8587, 8589). La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de 9 années civiles (1999 à 2007) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
14.1	<p>Suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur</p> <p>Pourcentage brut de résidents avec une nouvelle ordonnance d'antidépresseur (codes ATC N06AA, N06AB, N06AF, N06AG, N06AX) et un diagnostic de dépression (CIM-9-MC, code 296 ou 311) à l'intérieur d'une période de deux semaines (la date de l'ordonnance devrait être ultérieure à celle de la consultation du médecin) et qui, dans les quatre mois suivant l'exécution de leur ordonnance, ont effectué trois visites chez le médecin. La mesure porte sur une période de cinq ans. Pour être inclus dans l'analyse, les patients devaient être vivants pendant la période de quatre mois. Pour être considérés comme de nouveaux patients souffrant d'une dépression, les résidents ne devaient pas s'être fait prescrire d'antidépresseurs ou avoir consulté un médecin avec un diagnostic de dépression dans les deux ans précédant l'événement faisant l'objet de l'indice. La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
15.10	<p>Tabagisme</p> <p>Pourcentage pondéré de répondants à l'ESCC âgés de 12 ans et plus qui ont rapporté qu'ils étaient des fumeurs (comprend les personnes qui fument tous les jours, qui ont déjà fumé tous les jours mais qui fument maintenant à l'occasion, ou qui fument essentiellement à l'occasion), des ex-fumeurs (comprend les personnes qui fumaient tous les jours ou à l'occasion) et des non-fumeurs (qui n'ont jamais fumé), en réponse à une série de questions concernant les habitudes des fumeurs. Ceux qui n'ont pas répondu à toutes les questions requises pour établir la valeur calculée ont été exclus de l'analyse. La prévalence était basée sur les cycles de l'ESCC 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 2007 et 2008 et a été ajustée selon l'âge et le sexe de la population pondérée de l'ESCC.</p>
4.1	<p>Taux de mortalité prématurée</p> <p>Taux de mortalité prématurée parmi les résidents d'une région âgés de 0 à 74 ans par 1 000 années-personnes. Les taux ont été calculés annuellement, convertis en moyenne de dix années civiles (1999 à 2008) et ajustés selon l'âge et le sexe.</p>

Section		Indicateur	Définition et codes correspondants
12.3	Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels		Temps écoulé jusqu'à ce que la moitié de l'ensemble des résidents d'un FSP âgés de 75 ans et plus évalués une première fois comme devant être placés dans un FSP ont été admis dans un FSP. Les temps d'attente moyens ont été calculés pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe.
6.4	Toxicomanie		<p>Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus qui ont reçu un diagnostic de toxicomanie sur une période de cinq ans :</p> <p>soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de psychose due à l'alcool ou aux drogues, de dépendance à l'alcool ou aux drogues ou de consommation excessive de drogue sans dépendance (CIM-9-MC, codes 291, 292, 303, 304, 305; CIM-10-AC, codes F10-F19, F55);</p> <p>soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de psychose due à l'alcool ou aux drogues, de dépendance à l'alcool ou aux drogues ou de consommation excessive de drogue sans dépendance (CIM-9-MC, codes 291, 292, 303, 304, 305).</p> <p>La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
14.4	Traitement à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : Bétabloquant		<p>Pourcentage brut de résidents âgés de 20 ans et plus ayant subi un infarctus aigu du myocarde qui ont exécuté au moins une ordonnance de bétabloquant dans les quatre mois suivant leur sortie de l'hôpital. L'identification des patients a été établie à partir du diagnostic d'infarctus aigu du myocarde ayant entraîné l'hospitalisation (CIM-9-MC, code 410 ou CIM-10-AC, code I21). La définition de bétabloquants s'appliquait aux médicaments ayant les codes ATC C07AA et C07AB. Pour être inclus dans l'analyse, les patients devaient être vivants pendant toute la période de suivi de quatre mois. Les patients ayant déjà été hospitalisés pour la même raison dans les trois ans précédant l'infarctus aigu du myocarde de référence ont été exclus de l'analyse. Les patients ayant reçu un des diagnostics qui suivent dans les trois ans précédant l'événement de référence ont été exclus de l'analyse aussi, car l'utilisation de bétabloquants est contre-indiquée pour les patients atteints des maladies concernées : asthme (CIM-9-MC, code 493; CIM-10-AC, code J45); maladie pulmonaire obstructive chronique (CIM-9-MC, codes 491 et 492; CIM-10-AC, codes J41-J44); maladie vasculaire périphérique (CIM-9-MC, codes 443 et 459; CIM-10-AC, codes I73, I79.2, I87). La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
14.2	Traitement de l'asthme : Utilisation d'un médicament d'entretien		<p>Pourcentage brut de résidents asthmatiques qui ont exécuté une ordonnance de médicament recommandé pour maîtriser l'asthme à long terme. La définition de résidents asthmatiques s'applique aux personnes qui ont reçu au moins deux ordonnances de Beta 2-agonistes (codes ATC R03AA, R03AB ou R03AC), de médicaments contre l'asthme à action prolongée, y compris des corticostéroïdes inhalés (code ATC R03BA), des modificateurs des récepteurs des leucotriènes (code ATC R03DC) ou d'autres médicaments contre l'obstruction des voies respiratoires. Les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), identifiées parce qu'elles ont reçu au moins une ordonnance de bromure d'ipratropium (codes ATC R01AX03, R03AK04, R03BB01), ont été exclues de cette analyse. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
14.3	Traitement du diabète : Prévalence d'un examen de la vue annuel		<p>Pourcentage brut de personnes diabétiques (voir Prévalence de diabète pour obtenir la liste des codes) âgées de 19 ans et plus qui ont effectué au moins une visite chez un ophtalmologiste ou un optométriste pour passer un examen de la vue. Le pourcentage n'englobe que les ophtalmologistes et les optométristes qui ont facturé Santé Manitoba. Les personnes diabétiques qui ont payé directement le spécialiste pour leur examen de la vue ou par l'entremise d'un assureur ont été exclues. Cependant, toutes les personnes diabétiques sont admissibles à un examen de la vue gratuit tel que prescrit ou à la discrétion du médecin (<i>Loi sur l'assurance-maladie</i> [C.P.L.M. c. H35], <i>Règlement sur l'assurance relative aux soins d'optométrie</i>, 50/93). La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et n'a pas été ajustée selon l'âge et le sexe.</p>

Section	Indicateur	Définition et codes correspondants
6.3	Troubles anxieux	<p>Pourcentage de résidents âgés de 10 ans et plus qui, au cours d'une période de cinq ans, ont reçu un diagnostic de trouble anxieux :</p> <p>soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic d'état anxieux, de trouble phobique ou de trouble obsessionnel-compulsif (CIM-9-MC, codes 300.0, 300.2, 300.3; CIM-10-AC, codes F40, F41.0, F41.1, F41.3, F41.8, F41.9, F42);</p> <p>soit après au moins trois visites chez le médecin avec un diagnostic de trouble anxieux (CIM-9-MC, code 300).</p> <p>La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
6.5	Troubles de la personnalité	<p>Pourcentage de résidents de 10 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles de la personnalité sur une période de cinq ans :</p> <p>soit après au moins une hospitalisation avec un diagnostic de trouble de la personnalité (CIM-9-MC, code 301; CIM-10-AC, codes F34.0, F60, F61, F62, F68.1, F68.8, F69);</p> <p>soit après au moins une visite chez le médecin avec un diagnostic de trouble de la personnalité (CIM-9-MC, code 301).</p> <p>La prévalence a été calculée pendant 5 exercices (2004-2005 à 2008-2009) et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
8.7.3	Usage du tabac pendant la grossesse	<p>Pourcentage de femmes avec des nouveau-nés ayant rapporté avoir fumé pendant la grossesse. La prévalence a été calculée annuellement, convertie en moyenne de nouveau-nés pendant 5 exercices (2003-2004 à 2007-2008) et ajustée selon l'âge de la mère à la naissance.</p>
13.1	Utilisation de produits pharmaceutiques	<p>Pourcentage de résidents (tous les âges) dont au moins une ordonnance a été exécutée sur une période d'un an. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2008-2009 et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>
7.2	Vaccination contre la grippe chez les adultes	<p>Pourcentage de résidents âgés de 65 ans et plus ayant été vaccinés contre la grippe sur une période d'un an. Les vaccinations contre la grippe sont définies au moyen des codes tarifaires des médecins (8791, 8792, 8793 et 8799) dans les données du MIMS. La prévalence a été calculée pendant l'exercice 2007-2008 et ajustée selon l'âge et le sexe.</p>

Source : Manitoba Centre for Health Policy, 2012

Publications récentes MCHP (disponible uniquement en anglais)

2012

The Early Development Instrument (EDI) in Manitoba: Linking Socioeconomic Adversity and Biological Vulnerability at Birth to Children's Outcomes at Age 5 by Rob Santos, Marni Brownell, Okechukwu Ekuma, Teresa Mayer, and Ruth–Ann Soodeen

The Epidemiology and Outcomes of Critical Illness in Manitoba by Allan Garland, Randy Fransoo, Kendiss Olafson, Clare Ramsey, Marina Yogendran, Daniel Chateau, and Kari–Lynne McGowan

2011

Adult Obesity in Manitoba: Prevalence, Associations, and Outcomes by Randy Fransoo, Patricia Martens, Heather Prior, Dan Chateau, Chelsey McDougall, Jennifer Schultz, Kari–Lynne McGowan, and Angela Bailly

Manitoba Immunization Study by Tim Hilderman, Alan Katz, Shelley Derksen, Kari–Lynne McGowan, Dan Chateau, Carol Kurbis, Sandra Allison, Ruth–Ann Soodeen, and Jocelyn Nicole Reimer

Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba by Malcolm Doupe, Randy Fransoo, Dan Chateau, Natalia Dik, Charles Burchill, Ruth–Ann Soodeen, Songul Bozat–Emre, and Wendy Guenette

2010

Pharmaceutical Use in Manitoba: Opportunities to Optimize Use by Colette Raymond, Silvia Alessi–Severini, Colleen Metge, Matthew Dahl, Jennifer Schultz, and Wendy Guenette

Evaluation of the Healthy Baby Program by Marni Brownell, Mariette Chartier, Wendy Au, and Jennifer Schultz

Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Widening or Narrowing Over Time? by Patricia Martens, Marni Brownell, Wendy Au, Leonard MacWilliam, Heather Prior, Jennifer Schultz, Wendy Guenette, Lawrence Elliott, Shelley Buchan, Marcia Anderson, Patricia Caetano, Colleen Metge, Rob Santos, and Karen Serwonka

Physician Integrated Network Baseline Evaluation: Linking Electronic Medical Records and Administrative Data by Alan Katz, Bogdan Bogdanovic, and Ruth–Ann Soodeen

Profile of Metis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population–Based Study by Patricia Martens, Judith Bartlett, Elaine Burland, Heather Prior, Charles Burchill, Shamima Huq, Linda Romphf, Julianne Sanguins, Sheila Carter, and Angela Bailly

The Additional Cost of Chronic Disease in Manitoba by Gregory Finlayson, Okechukwu Ekuma, Marina Yogendran, Elaine Burland, and Evelyn Forget

2009

Effects of Manitoba Pharmacare Formulary Policy on Utilization of Prescription Medications by Anita Kozyrskyj, Colette Raymond, Matt Dahl, Oke Ekuma, Jenn Schultz, Mariana Sklepowich, and Ruth Bond

Manitoba RHA Indicators Atlas 2009 by Randy Fransoo, Patricia Martens, Elaine Burland, *The Need to Know* Team, Heather Prior, and Charles Burchill

Composite Measures/Indices of Health and Health System Performance by Colleen Metge, Dan Chateau, Heather Prior, Ruth–Ann Soodeen, Carolyn De Coster, and Louis Barre

The Direct Cost of Hospitalizations in Manitoba, 2005/06 by Greg Finlayson, Julene Reimer, Matthew Stargardter, and Kari–Lynne McGowan

Physician Resource Projection Models by Alan Katz, Bogdan Bogdanovic, Oke Ekuma, Ruth–Ann Soodeen, Dan Chateau, and Chris Burnett

2008

Manitoba Child Health Atlas Update by Marni Brownell, Carolyn De Coster, Robert Penfold, Shelley Derksen, Wendy Au, Jennifer Schultz, and Matthew Dahl

An Initial Analysis of Emergency Departments and Urgent Care in Winnipeg, by Malcolm Doupe, Anita Kozyrskyj, Ruth–Ann Soodeen, Shelley Derksen, Charles Burchill, and Shamima Huq

What Works? A First Look at Evaluating Manitoba's Regional Health Programs and Policies at the Population Level, by Patricia Martens, Randy Fransoo, *The Need to Know* Team, Elaine Burland, Heather Prior, Charles Burchill, Linda Romphf, Dan Chateau, Angela Bailly, and Carole Ouelette

2007

Next Steps in the Provincial Evaluation of the BabyFirst program: Measuring Early Impacts on Outcomes Associated with Child Maltreatment by Marni Brownell, Rob Santos, Anita Kozyrskyj, Noralou Roos, Wendy Au, Natalia Dik, Mariette Chartier, Darlene Gerard, Okechukwu Ekuma, Monica Sirski, Nadine Tonn, and Jennifer Schultz

Allocating Funds for Healthcare in Manitoba Regional Health Authorities: A First Step — Population–Based Funding by Gregory S Finlayson, Evelyn Forget, Okechukwu Ekuma, Shelley Derksen, Ruth Bond, Patricia Martens, and Carolyn De Coster

Waiting Times for Surgery, Manitoba: 1999/2000 to 2003/04 by Carolyn De Coster, Dan Chateau, Matt Dahl, Ruth–Ann Soodeen, and Nancy McKeen

Ce rapport est produit et publié par le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP). On le trouve aussi en format PDF sur notre site web :

On peut obtenir des renseignements au sujet de ce document ou de tout autre rapport produit par le MCHP en s'adressant au :

Adresse postale : 727, avenue McDermot, 4e étage, pièce 408
Winnipeg (Manitoba) Canada, R3E 3P5

Courriel : reports@cpe.umanitoba.ca

Téléphone : (204) 789-3819

Télécopieur : (204) 789-3910

