

## Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest

Rapport sur les besoins de services et de logement des personnes aînées francophones

Le 31 mars 2014 Rapport final

Rapport sur les besoins de services et de logement des personnes ainées fra	ancophones – Erie St. Clair/Sud-Ouest
Dans ce texte, le masculin grammatical est inclusif.	
Dans ce texte, le mascum grammatical est inclusif.	
	Drumport Bronnon et Associá e s

#### **Avant-propos**

L'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest a comme mandat de conseiller les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sur son territoire, sur les actions à prendre afin que la population francophone reçoive des services de santé en français de qualité.

Afin de remplir adéquatement ce mandat, l'Entité a, en 2012, procéder à un sondage auprès de la population francophone. Les buts étaient d'obtenir l'image la plus exacte possible de la situation actuelle sur l'état de santé des francophones et de recevoir l'opinion des gens quant à la prestation des services de santé en français.

Lors de l'analyse des résultats, deux problématiques sont clairement apparues : 1- L'absence de soins de santé en français et 2- Une inquiétude grandissante au niveau de la résidence de nos aînés au fur et à mesure qu'ils avancent en âge.

L'équipe de l'Entité a donc décidé d'aller en appel d'offres afin d'embaucher un consultant qui pourrait nous éclairer à fond sur les deux grandes conclusions du sondage. Vous en trouverez les résultats à la lecture du rapport.

Nous tenons à remercier Matthieu Brennan de la firme Brynaert, Brennan & Associé.e.s pour son travail dans ce dossier, son expertise et sa disponibilité tout comme son équipe. Afin de compléter ce projet, nous avons rencontré 74 aînés qui ont grandement contribué à compléter notre compréhension de l'état de la situation. Un grand merci à ces gens pour leur très grande coopération. Nous avons aussi rencontré 38 « informateurs clés » soient des représentants de certains fournisseurs de service de santé, et de différents intervenants dans la communauté afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la situation sur le territoire de l'Entité. Merci aussi à ces gens pour les informations qu'ils nous ont données. Merci aux coordonnatrices des services de santé en français de nos deux Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour avoir mis à notre disposition beaucoup d'information afin d'avancer dans notre travail.

Merci à toutes et tous

L'Équipe de l'Entité

Jacques Kenny Yvan Poulin Jean-Marc Boisvenue

Directeur général Agent de planification Agent de planification

Bureau de Windsor Bureau de London

#### **TABLE DES MATIÈRES**

	Avan	t-proposii
1	MAN	DAT1
2	MÉTH	HODOLOGIE1
	2.1	Analyse documentaire
	2.2	Analyse démographique2
	2.3	Résultats du sondage
	2.4	Groupes de discussion et entrevues dirigées
	2.5	Étude de faisabilité d'un service d'hébergement
3	PRÉS	ENTATION GÉNÉRALE4
4	DÉFIN	NITIONS DU TERRITOIRE À L'ÉTUDE SELON LES SOURCES DE DONNÉES4
	4.1	RLISS d'Érié St. Clair5
	4.2	RLISS du Sud-Ouest
1	PRÉS	ENTATION DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE9
2	CONS	STATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE11
	2.1	La population de l'Ontario vieillit à un rythme plus rapide11
	2.2	Les aînés se perçoivent en meilleure santé que les générations précédentes11
	2.3	La santé des francophones est moins bonne que celle des anglophones11
	2.4	Certains segments de la population des aînés sont vulnérables
	2.5	L'impact des conditions de vie des communautés francophones vivant en situation minoritaire sur leur état de santé est peu étudié
	2.6	Les aînés ont un désir accru de vieillir chez eux et les politiques publiques soutiennent cette option
	2.7	La langue de service n'est pas prise en compte dans les foyers de soins de longue durée 13
	2.8	Les aînés sont de grands utilisateurs de soins hospitaliers13
	2.9	Les services à domicile jouent un grand rôle dans la prise en charge des aînés et leur maintien à domicile
	2.10	De nombreuses initiatives contribuent à la prise en charge efficace des aînés dans les collectivités
	2.11	La pénurie de professionnels de la santé est grandissante
3	ANAL	YSE DÉTAILLÉE DE LA DOCUMENTATION PAR THÉMATIQUE15
	3.1	Santé des francophones

		3.1.1 Portrait de la santé des francophones	15
		3.1.2 Santé physique et mentale	16
		3.1.3 Besoins de santé, disponibilité des services de santé en français et obstacles à l'accès	17
		3.1.4 Impacts de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les francophones	19
	3.2	Santé des aînés	19
		3.2.1 État de santé des personnes aînées francophones et non francophones en Ontario et au Canada	20
		3.2.2 Besoins de santé non satisfaits des aînés	21
		3.2.3 Impacts de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les aînés francophones	22
	3.3	Bien-être des aînés	23
		3.3.1 Défis du vieillissement	23
		3.3.2 Groupes de personnes âgées à risque	24
		3.3.3 Mesures pour relever ces défis	26
	3.4	Besoins en logement et en soins	
		3.4.1 Aînés et logement	28
		3.4.2 Utilisation des soins hospitaliers par les personnes âgées	29
		3.4.3 Utilisation des services à domicile par les aînés	31
		3.4.4 Utilisation des logements supervisés par les aînés	32
		3.4.5 Utilisation des soins de longue durée par les aînés	34
	3.5	Professionnels de la santé	36
4	CON	CLUSION DE LA REVUE DOCUMENTAIRE	38
1	FAIT	S SAILLANTS DE L'ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE	40
2	MÉT	HODOLOGIE	43
	2.1	Territoire compris dans l'analyse	43
	2.2	Disponibilité des données	44
	2.3	Définition de francophone	45
3	CON	STATS DE L'ANALYSE DÉMOGRAPHIQUE	46
	3.1	Première langue officielle parlée	46
	3.2	Langue parlée à la maison	47
	3.3	Revenus	47
	3.4	Immigration	49

	3.5	Indicateurs de la santé	50
4	DON	NÉES DÉTAILLÉES	51
	4.1	Première langue officielle parlée	51
	4.2	Langue parlée à la maison	57
	4.3	Revenus	64
	4.4	Immigration	85
	4.5	Indicateurs de la santé	92
		4.5.1 Comparaison de l'incidence des indicateurs de la santé en Ontario selon la première langue officielle parlée	92
		4.5.2 RLISS d'Érié St. Clair, population francophone de 65 ans et plus	95
		4.5.3 RLISS du Sud-Ouest, population francophone de 65 ans et plus	96
5		NÉES DU SONDAGE DE 2013 SUR LA SANTÉ DES FRANCOPHONES ET L'UTILISATION DES VICES DE SANTÉ DANS LES RLISS D'ÉRIÉ ST. CLAIR ET DU SUD-OUEST	
	5.1	Questions concernant la situation socioéconomique	
	5.1	Questions concernant la situation socioeconomique	
		Questions concernant l'accès aux services de santé	
1	5.3	RE CONCEPTUEL ET MODÈLE LOGIQUE	
1	1.1	Cadre conceptuel soutenant un modèle de coordination des soins axés sur la	110
	1.1	collaboration	118
	1.2	Modèle logique du RLISS du Sud-Ouest	119
2	ÉTAE	BLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE	124
	2.1	Demande et offre de places de soins de longue durée	124
	2.2	Estimation de la demande et de l'offre pour des places de soins de longue durée pour les personnes aînées francophones	125
	2.3	Quote-part des résidents des foyers de soins de longue durée	126
	2.4	Nombre moyen d'heures de soins	127
	2.5	RLISS d'Érié St. Clair – Soins de longue durée	127
	2.6	RLISS du Sud-Ouest – Soins de longue durée	127
3	RÉSI	DENCES LOCATIVES PRIVÉES POUR PERSONNES AÎNÉES – SUD-OUEST DE L'ONTARIO	128
	3.1	Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones	128
	3.2	Faits saillants de l'étude de la SCHL pour l'Ontario	129
	3.3	Univers des places selon la catégorie pour l'Ontario	131
	3.4	Résidences locatives privées pour personnes âgées – région du Sud-Ouest de l'Ontario	132
		3.4.1 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Essex	132

		3.4.2 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Chatham-Kent	133
		3.4.3 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Middlesex	133
	3.5	Comparaison entre le marché locatif et celui des résidences pour personnes aînées de Windsor et de London	139
4		ATION ACTUELLE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SOUTIEN EN FRANÇAIS POUR SONNES AÎNÉES FRANCOPHONES	142
	4.1	RLISS d'Érié St. Clair – Services communautaires de soutien	142
	4.2	RLISS du Sud-Ouest – Services communautaires de soutien	143
5	OFF	RE DE SERVICES DE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE	143
	5.1	Modèle d'aide à la vie autonome pour personnes aînées francophones	143
	5.2	Infirmière praticienne	145
6		DINS EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES AÎNÉES FRANCOPHONES ET LES INFORMATEURS	145
	6.1	Réponses au questionnaire	145
	6.2	Groupes de discussion	146
		6.2.1 Faits saillants	147
		6.2.2 Compte-rendu des discussions	148
	6.3	Entrevues avec les informateurs clés	151
		6.3.1 Faits saillants	151
		6.3.2 Compte-rendu des entrevues	151
1	ESTI	MATION DU MARCHÉ POTENTIEL GLOBAL	155
	1.1	Estimation du marché potentiel exploitable	156
2	CAR	ACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AÎNÉES (REGROUPÉES PAR COHORTES D'ÂGE)	157
	2.1	Les personnes de 55 à 64 ans	157
	2.2	Les personnes de 65 à 74 ans	158
	2.3	Les personnes de 75 à 84 ans	158
	2.4	Les personnes de 85 ans et plus	159
	2.5	Sensibilité au prix du loyer	159
3	CON	IPOSANTES DU PROJET DE RÉSIDENCE	160
4		LUATION DE LA FAISABILITÉ D'UN PROJET DE RÉSIDENCE POUR PERSONNES AÎNÉES NCOPHONES	164
	4.1	Principes d'encadrement d'un projet d'immobilisation	164
		4.1.1 Le projet doit être viable à long terme	164
		4.1.2 Le projet doit avoir un modèle de gouvernance qui assure une prise de décision efficace et efficiente	164

		4.1.3 Le projet doit réussir dans un environnement concurrentiel	164
	4.2	Outil de projection Excel	164
5	PRÉS	SENTATION DES SCÉNARIOS	165
	5.1	Variables	166
		5.1.1 Estimation de la superficie de l'immeuble	166
		5.1.2 Coûts de construction	167
		5.1.3 Financement hypothécaire	167
		5.1.4 Revenus mensuels de location	167
		5.1.5 Frais d'opération mensuels	168
6	CON	IARIO 1 : IMMEUBLE DE LOGEMENT LOCATIF POUR PERSONNES AÎNÉES SANS SALLES IMUNES POUR LES RÉSIDENTS, AU COÛT DE CONSTRUCTION ESTIMÉ À 250 \$ LE PIED RÉ	169
	6.1	Description du scénario	169
	6.2	Estimation de la superficie de l'immeuble	169
	6.3	Distribution du nombre total d'unités par catégorie	169
	6.4	Superficie brute de l'immeuble	169
	6.5	Coûts de construction et de financement hypothécaire	170
	6.6	Loyers mensuels par catégorie d'unité	171
	6.7	Frais d'opération mensuels	171
7	CON	IARIO 2 : IMMEUBLE DE LOGEMENT LOCATIF POUR PERSONNES AÎNÉES SANS SALLES IMUNES POUR LES RÉSIDENTS, AU COÛT DE CONSTRUCTION ESTIMÉ À 150 \$ LE PIED RÉ	173
	7.1	Description du scénario	
	7.2	Estimation de la superficie de l'immeuble	
	7.3	Distribution du nombre total d'unités par catégorie	
	7.4	Superficie brute de l'immeuble	173
	7.5	Coûts de construction et de financement hypothécaire	174
	7.6	Loyers mensuels par catégorie d'unité	175
	7.7	Frais d'opération mensuels	175
8		IARIO 3 : IMMEUBLE DE LOGEMENT SUPERVISÉ POUR PERSONNES AÎNÉES AVEC SALLES IMUNES ET AIRES SERVICES POUR LES RÉSIDENTS ET SANS SALLE POLYVALENTE	
	8.1	Description du scénario	177
	8.2	Estimation de la superficie de l'immeuble	177
	8.3	Distribution du nombre total d'unités par catégorie	177
	8.4	Superficie brute de l'immeuble	177

	8.5	Coûts de construction et de financement hypothécaire	178
	8.6	Loyers mensuels par catégorie d'unité	179
	8.7	Frais d'opération mensuels	179
9	LES S	ARIO 4 : IMMEUBLE DE LOGEMENT SUPERVISÉ POUR PERSONNES AÎNÉES INCLUANT ALLES COMMUNES, LES AIRES DE SERVICES ET UNE SALLE POLYVALENTE POUR LES DENTS	181
	9.1	Description du scénario	181
	9.2	Estimation de la superficie de l'immeuble	181
	9.3	Distribution du nombre total d'unités par catégorie	181
	9.4	Superficie brute de l'immeuble	181
	9.5	Coûts de construction et de financement hypothécaire	182
	9.6	Loyers mensuels par catégorie d'unité	183
	9.7	Frais d'opération mensuels	183
10	LES S	ARIO 5 : IMMEUBLE DE LOGEMENTS SUPERVISÉS POUR PERSONNES AÎNÉES INCLUANT ALLES COMMUNES ET LES AIRES DE SERVICE ET UNE SALLE POLYVALENTE POUR LES DENTS, SOUMIS À DES CONDITIONS FINANCIÈRES DIFFICILES	
	10.1	Description du scénario	185
	10.2	Estimation de la superficie de l'immeuble	185
	10.3	Distribution du nombre total d'unités par catégorie	185
	10.4	Superficie brute de l'immeuble	185
	10.5	Coûts de construction et de financement hypothécaire	186
	10.6	Loyers mensuels par catégorie d'unité	187
	10.7	Frais d'opération mensuels	187
11	AUTI	RES PISTES D'EXPLORATION POSSIBLES POUR LE LOGEMENT	189
1	SOM	MAIRE DES CONSTATS	190
	1.1	Facteurs démographiques	190
	1.2	Services aux personnes aînées francophones	191
	1.3	Logement pour les personnes aînées francophones	191
2	RECO	DMMANDATIONS DE SUIVIS	192
	2.1	Les besoins	192
	2.2	Le logement	192

#### LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Unités géographiques de la région du RLISS d'Erié St. Clair	5
Tableau 2 : Unités géographiques de la région du RLISS du Sud-Ouest	7
Tableau 3 : Nombre de documents recensés selon la thématique principale	10
Tableau 4 : Taux de non-accès aux services en français en Ontario	18
Tableau 5 : Besoins de services en français en Ontario	18
Tableau 6 : Taux d'inoccupation (%) des places standards selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario, 2012 et 2013	34
Tableau 7 : Unités géographiques de la région du RLISS d'Érié St. Clair	43
Tableau 8 : Unités géographiques de la région du RLISS du Sud-Ouest	44
Tableau 9 : Population selon la PLOP, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011	52
Tableau 10 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011	53
Tableau 11 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Érié St. Clair, 2011	54
Tableau 12 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Sud-Ouest, 2011	55
Tableau 13 : Répartition géographique de la population francophone selon les groupes d'âge, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011	56
Tableau 14 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011	58
Tableau 15 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Érié St. Clair,  2011	60
Tableau 16 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Sud-Ouest, 201	162
Tableau 17 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de Windsor, 2011	
Tableau 18 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de London, 2011	
Tableau 19 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2006	72
Tableau 20 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Érié St. Clair, 2006	75
Tableau 21 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Sud-Ouest, 2006	78
Tableau 22 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée, divisions de recensement des régions d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, 2006	81
Tableau 23 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la Première langue officielle parlée et le sexe, toutes les agglomérations urbaines d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, 2011	

	et le sexe, RMR de Windsor, 2011	.87
	: Statut d'immigrant et période d'immigration selon la Première langue officielle parlée et le sexe, AR de Leamington, 2011	.88
	: Statut d'immigrant et période d'immigration selon la Première langue officielle parlée et le sexe, AR de Chatham-Kent, 2011	.89
	: Statut d'immigrant et période d'immigration selon la Première langue officielle parlée et le sexe, AR de Sarnia, 2011	.90
	: Statut d'immigrant et période d'immigration selon la Première langue officielle parlée et le sexe, RMR de London, 2011	.91
	: Comparaison de l'incidence des principaux indicateurs de la santé de l'ESCC en Ontario selon la première langue officielle parlée, tous les groupes d'âge, 2009-2010	.93
	: Estimation de l'incidence chez les francophones de 65 ans et plus pour les principaux indicateurs de la santé de l'ESCC, RLISS d'Érié St. Clair, 2012	.95
	: Estimation de l'incidence chez les francophones de 65 ans et plus pour les principaux indicateurs de la santé de l'ESCC, RLISS du Sud-Ouest, 2012	.97
	: Taux de demande et d'offre de foyers de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, Ontario, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011-2012 2	124
	: Estimation du nombre de places de soins de longue durée pour personnes aînées francophones, Érié St. Clair et Sud-Ouest	126
	: Quote-part maximale admissible pour les résidents des foyers de soins de longue durée, Ontario, juillet 2013	126
Tableau 35 :	: Moyenne d'heures de soins directs par jour par résident, Ontario, 2009	127
	: Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones, Érié St. Clair et Sud-Ouest	129
Tableau 37 :	: Univers des places selon le type d'unité, Ontario, 2013	131
Tableau 38 :	: Distribution (%) des places selon le type d'unité, Ontario, 2013	131
Tableau 39 :	: Univers, nombre de résidents et taux d'attraction, Sud-Ouest de l'Ontario	132
Tableau 40 :	: Univers, nombre de résidents et taux d'attraction, Sud-Ouest de l'Ontario	134
Tableau 41 :	: Univers des places selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario	135
Tableau 42 :	: Univers des places standards selon la fourchette de loyers (\$), Sud-Ouest de l'Ontario	136
	: Taux d'inoccupation (%) des places standards selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario	137
	: Taux d'inoccupation (%) des places standards selon la fourchette de loyers (\$), Ontario, 2012 et 2013	138
	: Comparaison des taux d'inoccupation et du loyer moyen, résidences pour personnes âgées et marché locatif, Essex, 2013	140

Tableau 46 : Loyer moyen, univers et taux de disponibilité, appartements locatifs d'initiative privée de trois logements et plus, RMR de Windsor et RMR de London, 2012 et 2013	141
Tableau 47 : Budget annuel d'Aide à la vie autonome du Sud-Ouest de l'Ontario pour le programme d'Assistance pour personnes aînées francophones	144
Tableau 48 : Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones âgées de 75 ans et plus, Érié St. Clair et Sud-Ouest	
Tableau 49 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, population de 65 ans et plus, RMR de Windsor, 2011	160
Tableau 50 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 1	169
Tableau 51 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 1	170
Tableau 52 : Coût de construction et de financement, Scénario 1	170
Tableau 53 : Loyers mensuels par unité, Scénario 1	171
Tableau 54 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 1	172
Tableau 55 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 2	173
Tableau 56 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 2	174
Tableau 57 : Coût de construction et de financement, Scénario 2	174
Tableau 58 : Loyers mensuels par unité, Scénario 2	175
Tableau 59 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 2	176
Tableau 60 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 3	177
Tableau 61 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 3	178
Tableau 62 : Coût de construction et de financement, Scénario 3	178
Tableau 63 : Loyers mensuels par unité, Scénario 3	179
Tableau 64 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 3	180
Tableau 65 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 4	181
Tableau 66 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 4	182
Tableau 67 : Coût de construction et de financement, Scénario 4	182
Tableau 68 : Loyers mensuels par unité, Scénario 4	183
Tableau 69 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 4	184
Tableau 70 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 5	185
Tableau 71 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 5	186
Tableau 72 : Coût de construction et de financement, Scénario 5	186
Tableau 73 : Loyers mensuels par unité, Scénario 5	187
Tableau 74 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 5	188

#### **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Carte du territoire du RLISS d'Érié St. Clair	<del>6</del>
Figure 2 : Carte du territoire du RLISS du Sud-Ouest	8
Figure 3 : Cadre conceptuel soutenant un modèle de coordination des soins axés sur la collaboration	119
Figure 4 : Ébauche du Modèle logique du RLISS du Sud-Ouest	120
Figure 5 : Demande et offre de foyers de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, par RLISS, 2 <sup>e</sup> trimestre de 2011-2012	125
Figure 6 : Taux d'inoccupation des places standards et de l'ensemble des places locatives privées dans les résidences pour personnes aînées, Ontario, 2013	130
Figure 7 : Exemple d'un appartement de 640 pieds carrés (Unité A)	161
Figure 8 : Exemple d'un appartement de 700 pieds carrés (Unité B)	162
Figure 9 : Exemple d'un appartement de 850 pieds carrés (Unité C)	163
Figure 10 : Illustration d'une chambre simple de 190 pieds carrés – résidence Le Chez-Nous de l'Île- du-Prince-Édouard	
LISTE DES FICHIERS EXCEL IMBRIQUÉS	
Fichier Excel imbriqué 1 : Documents recensés	10
Fichier Excel imbriqué 2 : Analyse démographique	46
Fichier Excel imbriqué 3 : Analyse financière et projections des coûts et des loyers	165

## Section I – Présentation du rapport

Cette section décrit le mandat confié à notre firme par l'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest et présente un survol méthodologique. La méthodologie utilisée pour élaborer chaque volet du rapport est décrite en détail dans la section correspondante, le cas échéant.

#### 1 Mandat

L'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest a retenu les services de notre firme pour réaliser deux études portant sur les besoins en services des personnes aînées et des personnes frêles francophones sur son territoire. La première étude porte sur les besoins en matière de services de santé de la population âgée francophone dans les quatre sous-régions du territoire, soit Windsor-Essex, Chatham-Kent, Sarnia-Lambton et London-Middlesex. Le second mandat consiste en une étude de marché et de faisabilité pour la construction éventuelle d'un établissement résidentiel multifonctionnel d'hébergement et de santé dans la région de Windsor-Essex.

#### 2 Méthodologie

#### 2.1 Analyse documentaire

L'analyse documentaire présente un résumé de la documentation publiée et de la littérature grise traitant des questions relatives aux besoins de santé et de logement des aînés francophones de l'Ontario en général et du territoire de l'Entité en particulier.

Afin de repérer la documentation pertinente, une recherche a été effectuée à partir de sources de documentation connues, puis sur Internet en utilisant des termes de recherche tels que besoins de santé/logement/aînés, aînés francophones, bien-être des aînés, soins à domicile et en milieu communautaire, santé des aînés, ressources humaines, professionnels de la santé/recrutement, infirmières/soins infirmiers, résidence pour aînés, soins de longue durée. Des recherches ont également été menées dans les sites Web de Santé Canada, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), du Conseil canadien de la santé, du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario, du Consortium pour la promotion des communautés en santé, du Consortium national de formation en santé, de l'Association canadienne de soins et services à domicile et de Statistique Canada. Certains auteurs ont été approchés directement afin d'obtenir une copie de documents non disponibles en ligne.

Les documents administratifs tels que les rapports annuels, les plans stratégiques et les plans de développement ont été exclus de la recension.

#### 2.2 Analyse démographique

Dans l'analyse des données de Statistique Canada, à moins d'indication contraire, les francophones incluent les personnes qui ont le français seulement comme première langue officielle parlée (PLOP français) et celles qui ont à la fois l'anglais et le français comme PLOP (PLOP anglais et français). Cette méthode s'apparente à la *Définition inclusive de francophone (DIF)* de l'Ontario.

Pour l'analyse démographique, quatre sources principales de données ont été utilisées :

- Les tableaux thématiques concernant la langue publiés par Statistique Canada et tirés du Recensement de 2011<sup>1</sup>;
- Le DVD-ROM Portrait des communautés de langue officielle au Canada : Recensement de 2006;
- Les tableaux thématiques sur le revenu et le logement et sur l'immigration et la diversité culturelle publiés par Statistique Canada et tirés de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011<sup>2</sup>;
- Les données annuelles de 2012 concernant les indicateurs de la santé tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)<sup>3</sup>.

Dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM), les données concernant l'immigration et les revenus sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages privés.

- La population francophone dans les RMR et AR de la région desservie par l'Entité représente 87,5 % de la population francophone totale des divisions de recensement de la région telle que calculée à partir des données du Recensement (25 835 sur 29 525). La population francophone de 65 ans et plus dans les RMR et AR de la région représente 84,1 % de la population aînée francophone totale des divisions de recensement de la région telle que calculée à partir des données du Recensement (5 990 sur 7 125). Pour l'ensemble de la région, les données obtenues par le biais de l'ENM excluent donc environ 12,5 % de la population francophone et environ 15,9 % de la population francophone de 65 ans et plus telles que calculées à partir des données du Recensement.
- Cinq (5) agglomérations ont fait l'objet d'analyses détaillées: Windsor, Leamington, Chatham-Kent, Sarnia et London. Selon les données de l'ENM, ces agglomérations totalisent
   24 765 francophones (près de 84 % des francophones de tout le territoire de l'Entité) et
   5 720 francophones âgés de 65 ans et plus (plus de 80 % des aînés francophones de tout le territoire de l'Entité).

Cinq (5) agglomérations n'ont pas fait l'objet d'analyses détaillées : Ingersoll, Woodstock, Tillsonburg, Stratford et Owen Sound. Ces agglomérations comptent un total de 1 070 francophones, dont 270 sont âgés de 65 ans et plus.

Dans les statistiques sur le revenu, il n'est pas possible de combiner les groupes linguistiques *PLOP* français et *PLOP* anglais et français; l'analyse est axée sur les personnes ayant le français seulement comme PLOP.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir: http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Voir: http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/index-fra.cfm

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Voir: http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1050501

#### 2.3 Résultats du sondage

L'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair / Sud-Ouest a procédé à un sondage auprès de la population francophone du territoire à l'été et à l'automne 2012. Ce sondage portait sur divers sujets liés à la santé et aux soins de santé, y compris l'état de santé général et les habitudes de vie, l'utilisation des services de santé, la disponibilité des services de santé en français ainsi que les maladies et les troubles chroniques. Une grande partie des questions du sondage ont été adaptées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada.

L'Entité a encouragé les groupes communautaires à distribuer le questionnaire à leurs membres ou à inviter ces derniers à répondre au questionnaire en ligne. Sur les 1 500 réponses reçues, 1 139 répondants correspondaient aux critères et leurs réponses ont été retenues pour l'analyse. Le sondage a rejoint un total de 306 répondants (99 hommes et 206 femmes) de 65 ans et plus qui se déclarent francophones (le français est leur langue maternelle, leur langue officielle de choix ou leur langue de culture).

Les estimations obtenues pour les 65 ans et plus par le biais des données de l'ESCC ont été comparées à celles obtenues suite au sondage de 2013 commandité par l'Entité.

#### 2.4 Groupes de discussion et entrevues dirigées

Trois groupes de discussion ont été organisés avec des aînés. Les participantes et participants étaient invités à remplir un questionnaire de sondage sur papier avant le début des discussions. Soixantequatorze (74) questionnaires ont été colligés.

Le groupe témoin de Windsor a réuni 28 participants à la Résidence Richelieu, un édifice locatif pour personnes aînées francophones autonomes, le 4 novembre 2013. Trente (30) personnes ont participé au groupe de discussion de Pain Court, tenu lors d'une rencontre hebdomadaire du Club de l'amitié, le 5 novembre 2013. Le groupe témoin de London, auquel ont participé 16 personnes, fut organisé par le Cercle des copains au centre du *Victorian Order of Nurses / Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON)* le 18 novembre 2013.

Trente-cinq (35) personnes ont été identifiées comme informateurs clés par le comité d'encadrement de l'étude et ont participé à des entrevues dirigées tenues en personne et par téléphone en octobre, novembre et décembre 2013. La liste complète de ces personnes est présentée en annexe.

#### 2.5 Étude de faisabilité d'un service d'hébergement

L'étude de faisabilité d'un service d'hébergement pour personnes aînées à Windsor utilise les données de diverses sources secondaires, notamment les données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des Centres d'accès aux services communautaires des deux régions, de même que les renseignements obtenus des informateurs clés. Les données sur les services locatifs privés sont tirées de rapports annuels produits par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

Les projections financières sont développées en utilisant des variables concernant les conditions actuelles du marché de la construction et de la finance, tirées des informations publiées par les grandes banques canadiennes et les associations provinciales et nationales spécialisées.

#### 3 Présentation générale

La Section I du document décrit le mandat confié à notre firme par l'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest et présente un survol méthodologique. La méthodologie utilisée pour chaque volet du rapport est décrite en détail dans la section correspondante, le cas échéant.

La Section II présente un résumé de la documentation publiée et de la littérature grise traitant des questions relatives aux besoins de santé et de logement des aînés francophones de l'Ontario en général et du territoire de l'Entité en particulier.

La Section III du rapport présente un profil démographique de la francophonie sur l'ensemble du territoire de l'Entité de planification, soit le territoire desservi par le RLISS d'Érié St. Clair et par le RLISS du Sud-Ouest. L'analyse puise dans les données de Statistique Canada en utilisant la *première langue officielle parlée (PLOP)*. La section présente également les estimations obtenues pour les 65 ans et plus par le biais des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les compare à certaines données obtenues suite au sondage de 2013 sur la santé des francophones et l'utilisation des services de santé dans les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, commandité par l'Entité.

La Section IV décrit les services aux personnes aînées francophones en suivant la progression du niveau de services telle qu'exposée dans le cadre conceptuel du rapport *Vivre bien et plus longtemps* de 2012. Les services aux aînés sont présentés en quatre parties qui correspondent aux niveaux de services décrits dans le cadre conceptuel : les établissements de soins de longue durée; les résidences locatives privées avec soutien communautaire et les logements supervisés; les services communautaires de soutien; les services de maintien de l'autonomie. Enfin, la section présente les besoins exprimés lors de groupes de discussion et d'entrevues auprès des personnes aînées francophones et d'informateurs clés.

La Section V présente les analyses effectuées dans le cadre du second volet de cette étude, qui consistait à vérifier les besoins de logement des personnes aînées francophones de la région de Windsor et les conditions de faisabilité de la construction d'une résidence. Elle présente notamment les éléments suivants : une estimation du marché potentiel global; une estimation du marché potentiel exploitable; les facteurs clés de la sensibilité des clients potentiels, tels que la sensibilité au prix du loyer et la nature des services à offrir. Cinq scénarios sont élaborés pour illustrer les possibilités; ces scénarios sont présentés de façon exhaustive.

La Section VI présente un court sommaire des constats et élabore des recommandations de suivis concernant les deux volets du mandat.

#### 4 Définitions du territoire à l'étude selon les sources de données

L'étude porte sur les territoires du RLISS d'Érié St. Clair et du RLISS du Sud-Ouest. Les limites géographiques peuvent varier selon la source des données employées dans l'étude.

- Les données administratives de chacun des RLISS correspondent directement au territoire sous leur administration. En général, la variable linguistique n'est pas disponible.
- Les données de Statistique Canada ont été regroupées pour correspondre aux limites territoriales de chaque RLISS en utilisant les divisions de recensement (DR), les régions métropolitaines de recensement (RMR) et les agglomérations de recensement (AR). Toutefois, les publications et analyses de Statistique Canada ne permettent pas toujours d'obtenir un portrait complet pour l'ensemble des territoires visés. La variable linguistique est très souvent disponible, mais pas sur tout le territoire et dans toutes les analyses.

• La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) définit la région du Sud-Ouest de l'Ontario comme l'ensemble du territoire desservi par les deux RLISS. Les données sont regroupées par comtés, avec une sous-division par zone urbaine dans le cas du comté d'Essex dans certains cas. La variable linguistique n'est pas disponible.

#### 4.1 RLISS d'Érié St. Clair

Le territoire du RLISS d'Érié St. Clair comprend trois (3) divisions de recensement – Chatham-Kent, Essex et Lambton – et quatre (4) agglomérations urbaines, dont la région métropolitaine de recensement de Windsor.

Tableau 1 : Unités géographiques de la région du RLISS d'Érié St. Clair

Divisions de recensement (DR)	Régions métropolitaines de recensement (RMR) et Agglomérations de recensement (AR)
Chatham-Kent (3536)	Chatham-Kent (556) AR
Essex (3537)	Leamington (557) AR
	Windsor (559) RMR
Lambton (3538)	Sarnia (562) AR

La carte officielle du territoire du RLISS d'Érié St. Clair est présentée à la page suivante.

Figure 1 : Carte du territoire du RLISS d'Érié St. Clair



Source: http://www.lhins.on.ca/uploadedFiles/Shared\_Elements/lhin\_map\_1.pdf

#### 4.2 RLISS du Sud-Ouest

Le territoire du RLISS du Sud-Ouest s'étend sur une vaste zone du sud-ouest de l'Ontario, du lac Érié à la péninsule Bruce. On y retrouve la totalité des divisions de recensement de Bruce, Elgin, Huron, Middlesex, Oxford et Perth, environ 95 % de la DR de Grey, et environ 12 % de la DR de Haldimand-Norfolk. Le territoire comprend aussi six (6) agglomérations urbaines, dont la région métropolitaine de recensement de London.

La DR de Haldimand-Norfolk est exclue aux fins de cette analyse. Si la population francophone de cette DR est répartie également sur le territoire, cela représente environ 130 francophones (PLOP), dont 40 sont âgés de 65 ans et plus.

Tableau 2 : Unités géographiques de la région du RLISS du Sud-Ouest

Divisions de recensement (DR)	Régions métropolitaines de recensement (RMR) et Agglomérations de recensement (AR)	
Perth (3531)	Stratford (553) AR	
Oxford (3532)	Ingersoll (533) AR	
	Woodstock (544) AR	
	<ul> <li>Tillsonburg (546) AR</li> </ul>	
Elgin (3534)	a London (EEE) DMD	
Middlesex (3539)	London (555) RMR	
Huron (3540)		
Bruce (3541)		
Grey (3542)	Owen Sound (566) AR	

La carte officielle du territoire du RLISS du Sud-Ouest est présentée à la page suivante.

Figure 2 : Carte du territoire du RLISS du Sud-Ouest



 $Source: http://www.lhins.on.ca/uploadedFiles/Shared\_Elements/lhin\_map\_2.pdf$ 

# Section II – Analyse documentaire concernant les besoins des personnes aînées

Cette section présente un résumé de la documentation publiée et de la littérature grise traitant des questions relatives aux besoins de santé et de logement des aînés francophones de l'Ontario en général et du territoire de l'Entité en particulier.

#### 1 Présentation de l'analyse documentaire

Afin de repérer la documentation pertinente, une recherche a été effectuée à partir de sources de documentation connues, puis sur Internet en utilisant des termes de recherche tels que besoins de santé/logement/aînés, aînés francophones, bien-être des aînés, soins à domicile et en milieu communautaire, santé des aînés, ressources humaines, professionnels de la santé/recrutement, infirmières/soins infirmiers, résidence pour aînés, soins de longue durée. Des recherches ont également été menées dans les sites Web de Santé Canada, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), du Conseil canadien de la santé, du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario, du Consortium pour la promotion des communautés en santé, du Consortium national de la formation en santé, de l'Association canadienne de soins et services à domicile et de Statistique Canada. Certains auteurs ont été approchés directement afin d'obtenir une copie de documents non disponibles en ligne.

Les documents administratifs tels que les rapports annuels, les plans stratégiques et les plans de développement ont été exclus de la recension.

La recherche a permis de repérer cent vingt-deux (122) articles et rapports publiés au cours des quinze (15) dernières années. Il s'agit de rapports de recherche gouvernementaux, d'études produites pour des organismes communautaires ou paragouvernementaux, d'articles de revues scientifiques, de guides élaborés à l'intention des personnes âgées et des professionnels œuvrant auprès d'elles, de rapports de séances, de thèses de doctorat et d'exposés présentés dans le cadre de rencontres de professionnels du domaine de la santé. Parmi ces 122 documents, soixante-quinze (75) s'intéressent à la situation des personnes âgées francophones et à leurs besoins en matière de santé et de logement, à l'échelle du pays. Les quarante-sept (47) autres documents traitent des mêmes problématiques à l'échelle provinciale ou régionale en Ontario.

Il ne s'agit pas d'une recension exhaustive. Toutefois, le nombre de documents recensés est suffisamment important pour permettre d'établir un portrait assez détaillé de la situation concernant les besoins, les services existants et les meilleures pratiques.

L'analyse de ces documents a permis d'identifier six (6) thématiques principales :

- Besoins en soins et en logement;
- Bien-être des aînés;

- Portrait des aînés;
- Professionnels de la santé;
- Santé des aînés;
- Santé des francophones en général.

Soulignons que certains documents peuvent aborder plus d'une thématique à la fois. Dans ces cas, la thématique dominante a été retenue aux fins de la classification. La banque de données en format Excel utilisée pour consigner les informations sur la documentation a été remise à l'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest. Cette banque présente, pour chaque document, le titre, les auteurs, l'année de publication, la thématique principale, les unités géographiques visées et un sommaire, lorsque disponible. De plus, les cent vingt-deux (122) documents ont été remis en format PDF à l'Entité.

Le tableau suivant présente une énumération des thématiques ainsi que leur fréquence comme thématique principale dans les documents recensés.

Tableau 3 : Nombre de documents recensés selon la thématique principale

Thématique	Nombre de documents	Pourcentage
Besoins en soins et en logement	35	29 %
Bien-être des aînés	20	16 %
Portrait des aînés	5	4 %
Professionnels de la santé	16	13 %
Santé des aînés	19	16 %
Santé des francophones en général	27	22 %
Total	122	100 %

Tous les documents recensés sont référencés dans le fichier imbriqué suivant (version électronique du rapport). Il suffit de double-cliquer sur l'icône du fichier ci-après pour l'ouvrir et ainsi voir les tableaux Excel apparaître à l'écran. La lecture du fichier et son utilisation requièrent un logiciel pouvant traiter les fichiers Excel 2007-2010.

#### Fichier Excel imbriqué 1 : Documents recensés



#### 2 Constats de l'analyse documentaire

#### 2.1 La population de l'Ontario vieillit à un rythme plus rapide

La population ontarienne vieillit à un rythme plus rapide que jamais et la structure démographique par âge connaîtra d'importants bouleversements au cours des deux prochaines décennies. Le nombre de personnes âgées en Ontario passera à plus du double du nombre actuel d'ici 2036. En 2011, on dénombrait 1 878 325 Ontariens âgés de 65 ans et plus, soit 14,6 % de l'ensemble de la population de la province (Sinha, 2012). Les groupes les plus âgés croissent plus vite que les autres. Le groupe des 75 ans et plus devrait augmenter d'environ 144 % d'ici 2036 et le groupe des 90 ans et plus devrait tripler (Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, 2013). On estime qu'en 2036, la population des aînés atteindra environ 4,2 millions de personnes, soit 23,4 % de l'ensemble de la population de la province (McDonald, 2011). Ce contexte provoque auprès des collectivités et de différents acteurs (décideurs des divers paliers de gouvernement, décideurs du domaine de la santé, institutions et organismes à divers niveaux, professionnels de la santé, prestataires de soins de santé, etc.) de profondes réflexions sur les répercussions qu'une société vieillissante peut avoir sur le marché de l'habitation, le système de santé, le marché du travail, etc., et sur la façon dont les collectivités et les personnes elles-mêmes composent avec la situation.

#### 2.2 Les aînés se perçoivent en meilleure santé que les générations précédentes

Aujourd'hui, les aînés du Canada et de l'Ontario vivent plus longtemps et sont moins frappés d'invalidité que ceux des générations précédentes. La majorité des personnes âgées estiment avoir un bon état de santé générale, mais on observe une diminution marquée, avec l'âge, du pourcentage de personnes qui jugent satisfaisants leur état de santé générale, leur santé fonctionnelle et leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Toutefois, l'âge n'est pas le seul facteur qui soit en lien avec l'état de santé. Le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, un travail peu ou non spécialisé, l'absence d'accès à un réseau de soutien informel, des habitudes de vie ou des comportements dits à risque sont autant de facteurs qui peuvent affecter la santé d'une personne. Malgré cette perception de bonne santé, la majorité des aînés déclarent vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques (emphysème, bronchite chronique, asthme, hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques notamment).

#### 2.3 La santé des francophones est moins bonne que celle des anglophones

Certaines études rapportent que, d'une façon générale, les francophones se perçoivent en très bonne santé physique et mentale. Toutefois, cette perception de bonne santé diminue de façon marquée avec l'âge et en fonction de plusieurs autres facteurs (indice de masse corporelle, habitudes alimentaires, style de vie, etc.). De plus, comparés aux anglophones, les francophones de l'Ontario n'ont généralement pas une perception positive de leur état de santé. Une proportion plus marquée de francophones vit un niveau de stress élevé au travail. Une proportion non négligeable de l'ensemble de la population déclare vivre avec des douleurs ou des malaises et avoir de la difficulté à mener ses activités de tous les jours. Cette prévalence serait plus élevée chez les francophones dans les régions du Centre et du Sud-Ouest. Pour l'ensemble de la province, plus de la moitié des francophones (53 %) et des anglophones (51 %) rapportent souffrir d'une ou de plusieurs maladies chroniques (Bouchard et coll., 2012b).

#### 2.4 Certains segments de la population des aînés sont vulnérables

Il existe encore de nos jours de nombreux stéréotypes à l'endroit des personnes âgées. L'âgisme est l'un des principaux obstacles à surmonter pour faciliter le vieillissement actif. Les préjugés et les stéréotypes concernant le vieillissement limitent indûment la valeur intrinsèque des personnes âgées dans la société. Les manifestations de l'âgisme sont observables dans plusieurs domaines, notamment celui des soins de santé (où l'âge d'une personne, plutôt que son état général, influence la décision d'effectuer un examen ou d'offrir un traitement) et le marché du travail (où l'âge d'une personne, plutôt que son expérience et ses compétences, influence la décision de l'embaucher). Par ailleurs, les personnes âgées ontariennes n'ont pas toutes le même accès aux biens et services ni les mêmes choix concernant leurs soins, leur logement et leur capacité à participer activement à la société. Ainsi, les femmes, les aînés des régions rurales et éloignées, les aînés vivant seuls, les immigrants et les aînés itinérants ou à risque d'itinérance constituent des groupes de personnes âgées à risque qui méritent une attention particulière en matière de soutien des populations âgées.

## 2.5 L'impact des conditions de vie des communautés francophones vivant en situation minoritaire sur leur état de santé est peu étudié

L'impact des conditions de vie des communautés francophones en situation minoritaire sur leur état de santé est peu documenté, que ce soit à l'échelle du pays ou à l'échelle des provinces. Selon la littérature, cette insuffisance serait due à quatre principaux facteurs qui ont une conséquence directe sur l'accès à une information de qualité et sur l'organisation et la planification des services de santé : l'absence de variables linguistiques dans les bases administratives de santé des provinces, le manque d'uniformisation des variables linguistiques disponibles dans les bases de données sur la santé, le faible échantillon des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et la faible complexité des plans d'analyse possibles, qui se limitent donc souvent à des analyses descriptives. La recension révèle qu'il y a très peu de recherches sur des thèmes comme la problématique du vieillissement des francophones en milieu minoritaire, les options de logement pour les personnes âgées francophones, l'accès des aînés francophones en situation minoritaire aux foyers de soins de longue durée, ou la langue de service dans les foyers existants.

## 2.6 Les aînés ont un désir accru de vieillir chez eux et les politiques publiques soutiennent cette option

Dans les centres urbains comme dans les régions rurales, de nombreuses personnes âgées sont propriétaires de leur maison; celle-ci représente souvent leur élément d'actif le plus important lorsqu'elles prennent leur retraite. La majorité des personnes âgées du Canada et de l'Ontario souhaitent vivre le plus longtemps possible dans leur maison et dans la collectivité qui leur est familière, même si leur santé se détériore. Les politiques publiques soutiennent cette option; on peut penser par exemple à la stratégie « Vieillir chez soi » du gouvernement de l'Ontario et à son initiative « Chez soi avant tout ». Cependant, les informations sur les différents programmes pouvant favoriser le maintien à domicile ne sont pas toujours faciles à trouver, et lorsque les personnes âgées repèrent ces informations, les formalités administratives des programmes sont perçues comme très complexes.

Bien que les services de maintien à domicile soient privilégiés pour certaines personnes âgées, il n'est pas toujours possible de répondre adéquatement à leurs besoins dans leur propre logement. En dépit des services de soutien à domicile offerts par la famille ou par les divers organismes communautaires, il arrive que la perte d'autonomie soit tellement grande que la personne âgée est contrainte de recourir aux services d'hébergement de soins de longue durée ou aux foyers pour personnes âgées. Selon les recherches, le secteur des foyers de soins de longue durée de l'Ontario se trouve actuellement à la

croisée des chemins; les services du secteur doivent être adaptés aux besoins changeants des personnes âgées. L'évolution des besoins et des préférences des Ontariens pourrait nécessiter un changement de l'image du secteur.

#### 2.7 La langue de service n'est pas prise en compte dans les foyers de soins de longue durée

L'accès des aînés francophones en situation minoritaire aux foyers de soins de longue durée est une problématique bien réelle. Cependant, peu d'études portent sur ce sujet, que ce soit à l'échelle du pays ou à l'échelle des provinces. La langue des services dans les foyers de soins ne fait pas l'objet d'une planification formelle conduisant à des mesures qui visent à répondre aux besoins des aînés francophones. Dans les foyers majoritairement anglophones, la langue est une dimension qui n'est pas prise en compte dans l'organisation des services. Les politiques d'embauche ne tiennent pas compte des compétences linguistiques en français des candidats, alors que ces foyers accueillent des aînés francophones. L'offre de services en français dans ces foyers est souvent le fruit du hasard plutôt que le résultat d'une planification. Pourtant, les études démontrent que la prestation de services dans la langue du client permet au fournisseur de mieux comprendre la situation du client et de lui offrir des services mieux adaptés à ses besoins. Il est généralement reconnu qu'un client qui reçoit ses services dans sa langue suit mieux les consignes, a moins recours aux services hospitaliers et se maintient en meilleure santé. Souvent, le patient qui est servi dans sa langue affiche aussi un plus fort sentiment d'appartenance à la collectivité, ce qui a également un impact positif sur son mieux-être. La littérature met en lumière le besoin de développer davantage de services de santé en français et de les étendre à plus de régions, notamment les communautés éloignées et rurales, afin de faciliter l'accès des francophones aux soins.

#### 2.8 Les aînés sont de grands utilisateurs de soins hospitaliers

Les écrits indiquent que comparativement aux autres groupes d'âge, les personnes âgées utilisent de façon disproportionnée les services hospitaliers. Non seulement elles utilisent les services hospitaliers plus souvent que les personnes des autres groupes d'âge, mais elles les utilisent aussi différemment. Chez les personnes âgées, l'utilisation augmente avec l'âge pour tous les types de soins à l'exception des consultations externes. Les aînés sont de grands utilisateurs de services hospitaliers : le nombre de visites est plus grand, la quantité de ressources utilisées durant ces visites est plus grande, et les séjours d'hospitalisation durent plus longtemps.

## 2.9 Les services à domicile jouent un grand rôle dans la prise en charge des aînés et leur maintien à domicile

Les soins à domicile aident les personnes âgées dont la santé est fragile à vivre de façon autonome. D'une part, ils représentent une solution de remplacement économique aux soins dispensés dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée; d'autre part, ils constituent une composante cruciale de la prise en charge des maladies chroniques. À l'échelle nationale, un aîné sur six reçoit des soins à domicile; compte tenu de l'augmentation prévue du nombre et de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne, les chercheurs estiment que le besoin en services à domicile augmentera au cours des prochaines années. Le secteur des soins à domicile occupe une place essentielle dans la réponse aux besoins des Canadiens en matière de santé grâce à des soins mieux adaptés menant à de meilleurs résultats.

## 2.10 De nombreuses initiatives contribuent à la prise en charge efficace des aînés dans les collectivités

Les études soulignent que la promotion de la vie active doit être soutenue par une réflexion et des mesures visant des enjeux comme l'aménagement urbain, le transport et le logement. Les villes, les localités et les villages doivent être mieux adaptés aux besoins des aînés, c'est-à-dire qu'ils doivent être organisés pour permettre aux aînés de se rendre où ils doivent et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires, et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin. Les collectivités amies des aînés permettent de répondre au phénomène du vieillissement de la population, de faciliter la participation active des personnes aînées à toutes les sphères de la société, de favoriser la prise en charge de la santé, de créer un sentiment de sécurité et de préserver la dignité des personnes aînées. Les logements supervisés constituent aussi des options gagnantes dans la prise en charge des aînés. Cependant, peu d'études ont évalué les coûts, les avantages, les besoins et les résultats des modèles de logements supervisés au Canada et en Ontario. Il reste que ces milieux comportent des avantages potentiels pour le bien-être et la qualité de vie des aînés, car ils leur offrent des repas quotidiens nutritifs, des occasions de socialisation, la possibilité de participer à des activités physiques et l'accès à des services de santé dans la collectivité. Les logements supervisés peuvent également réduire le nombre de visites aux services d'urgence, le nombre d'hospitalisations et le nombre d'admissions en soins de longue durée.

#### 2.11 La pénurie de professionnels de la santé est grandissante

La population francophone est plus âgée que la population dans son ensemble en Ontario. Les recherches indiquent que la province connaît un besoin accru de professionnels de la santé qui parlent français dans de nombreuses spécialités : médecins, infirmières, infirmières praticiennes, spécialistes en prévention/promotion de la santé, orthophonistes/audiologistes, psychologues/travailleurs sociaux, technologues de laboratoire, techniciens (médecine nucléaire), pharmaciens, physiothérapeutes/ergothérapeutes, soignants à domicile et sages-femmes. Pour les collectivités rurales du Canada et de l'Ontario, les principales difficultés sont l'absence de soutien familial dans la région et la distance à parcourir pour accéder aux services. Pour les fournisseurs de services, le défi réside dans le recrutement et le maintien en fonction du personnel. Pour le système dans son ensemble, le défi demeure de fournir des soins et services de santé efficients à un coût abordable. Partout dans la province, on signale une pénurie de professionnels de la santé. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes et les travailleurs sociaux sont les plus recherchés. Le manque d'information sur les ressources humaines francophones existantes et l'utilisation inadéquate de ces ressources humaines constitue l'autre aspect de la problématique. En effet, les professionnels francophones ne sont pas bien répertoriés et il n'existe aucun mécanisme formel de coordination, d'aiguillage ou de jumelage. En raison d'une pénurie anticipée de ressources humaines en santé et des coupes envisagées dans les programmes, l'offre de services en français risque d'aller en diminuant.

#### 3 Analyse détaillée de la documentation par thématique

Note: L'analyse documentaire n'a pas abordé la thématique *Portrait des aînés* de façon détaillée, puisque la Section III (analyse démographique) utilise des données plus récentes de Statistique Canada (Recensement de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages de 2011).

#### 3.1 Santé des francophones

Vingt-sept (27) études traitent de la santé des communautés francophones hors Québec. Quinze (15) études s'intéressent à la question de la santé en situation linguistique minoritaire au niveau de l'Ontario et douze (12) abordent le sujet à échelle du pays. Ces études dressent le profil sociosanitaire de la population francophone et documentent ses besoins en matière de santé, les obstacles dans la prestation de services de santé en français et les difficultés rencontrées par les communautés pour accéder à ces services. Elles tentent, malgré les lacunes au niveau des données existantes, d'analyser l'impact des conditions de vie des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) sur leur état de santé. Ces études suggèrent des pistes pour assurer une meilleure santé aux CLOSM et particulièrement aux personnes âgées francophones.

#### 3.1.1 Portrait de la santé des francophones

La littérature indique que l'impact des conditions de vie des CLOSM sur leur état de santé est peu documenté aussi bien à l'échelle du pays qu'à l'échelle des provinces. Cette insuffisance serait due à quatre principaux facteurs qui ont une conséquence directe sur l'accès à une information de qualité et sur l'organisation et la planification des services de santé (Gaboury et coll., 2009) :

- L'absence de variables linguistiques dans les bases administratives de santé des provinces;
- Le manque d'uniformisation des variables linguistiques disponibles dans les bases de données sur la santé;
- Le faible échantillon des CLOSM;
- La faible complexité des plans d'analyse possibles, qui se limitent donc souvent à des analyses descriptives.

Plusieurs auteurs rapportent qu'à l'heure actuelle, les informations sur la santé des francophones de la province de l'Ontario sont pratiquement inexistantes. Dans les faits, les informations présentement utilisées à des fins de planification du système de santé ne documentent pas l'état de santé des francophones de l'Ontario ou les services offerts en français. Le manque de données probantes sur la santé des francophones réduit considérablement les possibilités d'analyse des besoins de santé des individus et des communautés francophones et entrave la planification judicieuse des services de santé qui répondent aux besoins de cette population (Regroupement des entités de planification des services de santé en français de l'Ontario, 2013).

Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario a examiné de près la présence de variables linguistiques dans les bases de données administratives utilisées par les RLISS pour mieux comprendre l'utilisation des services de santé par les francophones et l'état de santé de ceux-ci. Réalisée en 2012, l'étude démontre que, parmi les dix-neuf (19) bases de données recensées, douze (12) ne collectent aucune variable linguistique et sept (7) collectent une ou des variables linguistiques, mais l'information est inaccessible pour cinq (5) d'entre elles et inconstante dans le cas des deux autres.

Toutefois, malgré ces lacunes, quelques études ont pu démontrer que les CLOSM du Canada et de l'Ontario jouissent d'une moins bonne santé par comparaison avec la majorité anglophone.

#### 3.1.2 Santé physique et mentale

Publié en 2005, le *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (Picard et Allaire, 2005) peint un tableau de l'état de santé des francophones en utilisant l'approche des déterminants de la santé basée principalement sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2001-2002. Il ressort des données de ce deuxième rapport que les francophones n'ont généralement pas une perception positive de leur état de santé. Par ailleurs, plus de la moitié d'entre eux affirment avoir fait « quelque chose » pour améliorer leur santé, particulièrement de l'exercice, du sport ou de l'activité physique.

Chez les francophones, le taux d'incidence des maladies chroniques (emphysème, bronchite chronique, asthme, hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques) et de blessures graves augmente généralement avec l'avancement en âge et diminue avec l'augmentation du revenu. À l'échelle provinciale, plus de la moitié de la population francophone (53 %) est atteinte d'au moins une condition chronique (Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones, 2011).

La littérature indique que depuis la publication du premier *Rapport* sur *la santé des francophones de l'Ontario* en 2000, on a remarqué chez les francophones une hausse des taux de consultations professionnelles, des taux de dépression et du stress au travail. Les résultats indiquent aussi que l'état de santé des femmes francophones est moins bon que celui des hommes francophones : elles consultent davantage, ont un taux de dépression plus important et leur stress au travail est évalué à un niveau plus élevé.

Dans le Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario : un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (Bouchard et coll., 2012b), les données rapportées pour la région du Sud-Ouest sont incomplètes. Toutefois, l'étude a pu faire quelques constats intéressants. En effet, les auteurs rapportent que plus d'un Ontarien sur dix jouit d'une mauvaise santé et un sur vingt, d'une mauvaise santé mentale. Près du quart de la population ontarienne déclare vivre beaucoup de stress dans leur vie en général. Par comparaison avec les anglophones, une proportion plus marquée de francophones (35 % contre 29 %) vit un niveau de stress élevé au travail. Environ 20 % des gens déclarent vivre avec des douleurs ou des malaises et 25 % rapportent avoir de la difficulté à faire leurs activités de tous les jours. Cette prévalence est plus élevée chez les francophones (33 %) dans les régions du Centre et du Sud-Ouest. Pour l'ensemble de la province, plus de la moitié des francophones (53 %) et des anglophones (51 %) rapportent souffrir d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

L'étude Santé des francophones et utilisation des services de santé dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest (Smith, 2013) rapporte que d'une façon générale, les francophones de l'échantillon d'étude se perçoivent en très bonne santé physique et mentale (même si, en général, la santé physique obtenait une note légèrement moins bonne). Toutefois, cette perception de bonne santé diminue de façon marquée avec l'âge et avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle. Près de 40 % des répondants francophones ont indiqué avoir au moins une maladie ou un trouble de santé chronique et près de 40 % d'entre eux ont indiqué avoir reçu un diagnostic de plusieurs troubles de santé. Les troubles de santé les plus fréquents de cet échantillon étaient les maladies des os et des articulations, les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins et diverses « autres » maladies et troubles.

Près de la moitié des répondants de l'échantillon disent adopter des habitudes alimentaires saines (consommation de quantité quotidienne recommandée de fruits et légumes) et des styles de vie sains (activités sportives, non-consommation d'alcool et de tabac). Le niveau de stress vécu au quotidien par la majorité des répondants est assez élevé; toutefois, très peu ont indiqué avoir des problèmes de mémoire, de cognition ou de mobilité ou avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

D'autres études indiquent par contre que les francophones de l'Ontario seraient plus nombreux que les anglophones à avoir des habitudes de vie susceptibles d'engendrer des problèmes de santé, comme une plus grande consommation de tabac et d'alcool et une plus faible consommation de fruits et de légumes (Consortium pour la promotion des communautés en santé, 2011; Bouchard et coll., 2012).

#### 3.1.3 Besoins de santé, disponibilité des services de santé en français et obstacles à l'accès

La littérature indique que la question de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé primaires en français a été signalée partout dans le Sud de l'Ontario. Le rapport provincial du projet *Préparer le terrain* (Réseaux de santé en français de l'Ontario, 2006) rapporte que des douze (12) divisions de recensement étudiées, neuf (9) sont identifiées comme des régions insuffisamment desservies. L'accès aux services de santé est donc un problème global, encore plus en français et en région rurale. Toutefois, selon l'enquête populationnelle réalisée en 2011 par la Société Santé en français, 41 % des 6 500 répondants affirment que l'accès aux services de santé en français dans leur région s'est amélioré au cours des cinq dernières années (Société Santé en français, 2013).

L'étude Examining the geographic distribution of French-speaking physicians in Ontario (Gauthier et coll., 2012) rapporte qu'en Ontario, le rapport médecin/patient est de 1 médecin pour 138 patients francophones (selon la première langue officielle parlée). On compte un omnipraticien ou médecin de famille francophone pour 297 patients francophones et les médecins francophones sont situés pour la plupart (91,4 %) dans le sud de l'Ontario, où l'on observe 1 médecin pour 111 patients francophones. C'est dans le sud de l'Ontario que le rapport médecin francophone/patient francophone est le plus favorable (1/248 pour les omnipraticiens et les médecins de famille et 1/1 202 pour les autres spécialistes) et dans les milieux urbains (1/266 pour les omnipraticiens et les médecins de famille et 1/1 209 pour les autres spécialistes). On peut parler, pour l'ensemble de l'Ontario, d'un nombre encourageant de médecins qui, par rapport au nombre de résidents francophones, se sont dits compétents pour offrir des services en français. Malgré ce rapport favorable à l'échelle de la province, la distribution géographique inégale de ces services est préoccupante.

Le rapport Santé des francophones et utilisation des services de santé dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest (Smith, 2013) indique que presque tous les répondants de l'échantillon d'étude ont un médecin régulier. En plus de leur médecin de famille, les répondants ont également indiqué qu'ils consultent divers professionnels des soins de santé (notamment dentistes, pharmaciens, chiropraticiens, naturopathes, massothérapeutes) pour discuter de certains aspects de leur santé physique, émotive et mentale. Cependant, très peu ont indiqué communiquer en français avec leur médecin ou recevoir des renseignements sur la santé en français.

En ce qui concerne les obstacles à l'obtention de services de santé en français, la réponse invoquée le plus souvent par les répondants francophones était qu'il y avait un manque de professionnels de la santé francophones disponibles pour répondre à leurs besoins. Un autre obstacle important qui a été mentionné était le manque de connaissance des services de santé en français (par exemple, les gens ne savaient pas où les trouver); les répondants estimaient que ces services et ressources n'étaient pas bien annoncés dans la communauté francophone. En général, seul un faible pourcentage de répondants ont indiqué connaître des services de santé en français dans la région, et la plupart des répondants ont évalué la disponibilité de tels services comme étant médiocre, l'évaluation variant quelque peu selon la région.

D'autres études indiquent que d'une façon générale la province connaît un besoin accru de professionnels de la santé qui parlent français pour desservir la population francophone, qui est plus âgée que la population dans son ensemble en Ontario (Stitou et Bouchard, 2012); les professions mentionnées sont notamment : médecins, infirmières, infirmières praticiennes, spécialistes en

prévention/promotion de la santé, orthophonistes/audiologistes, psychologues/travailleurs sociaux, technologues de laboratoire, techniciens en médecine nucléaire, pharmaciens, physiothérapeutes/ergothérapeutes, travailleurs en soins à domicile et sages-femmes. De plus, les traitements disponibles ne correspondent pas au vécu des francophones ou à leurs attitudes culturelles et par conséquent, ils peuvent s'avérer moins efficaces. Par exemple, les immigrants francophones/créolophones d'origine antillaise et africaine font face à des barrières particulières en ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale qui répondent à leurs besoins, tout comme les fournisseurs de ces services éprouvent des difficultés quand il s'agit de servir efficacement ces populations (Consortium pour la promotion des communautés en santé, 2011). Les Franco-Ontariens ont besoin d'être servis en français pour plusieurs services de santé. Le tableau suivant présente le taux de non-accès aux services en français par type de services.

Tableau 4 : Taux de non-accès aux services en français en Ontario

Besoins de services en français	Taux de non-accès aux services
Services de traitement de l'alcoolisme	77 %
Services hospitaliers	74 %
Services de traitement des toxicomanies	66 %
Services des centres d'hébergement	66 %
Services à domicile pour les personnes âgées	59 %
Services de santé mentale	53 %

Source : Consortium pour la promotion des communautés en santé (2012).

Une étude réalisée dans trois communautés rurales du Canada (la région sanitaire de Northern Lights en Alberta, le Centre d'accès aux soins communautaires de Simcoe Nord Muskoka en Ontario et l'autorité sanitaire de l'Est à Terre-Neuve-et-Labrador) rapporte que pour les collectivités rurales du Canada, les principales difficultés sont l'absence de soutien familial dans la région et la distance pour accéder aux services. Pour les fournisseurs, le défi réside dans le recrutement et le maintien en fonction du personnel et pour le système, dans la nécessité de fournir des soins et services de santé efficients à un coût abordable (Association canadienne de soins et services à domicile, 2008b).

La littérature indique le besoin de développer davantage de services de santé en français et de les étendre à plus de régions, notamment les communautés éloignées et rurales afin de faciliter l'accès des francophones aux traitements. Le tableau suivant, repris par Stitou et Bouchard (2012), présente les besoins de services exprimés par les francophones dans le cadre de l'ESCC, pour l'ensemble de l'Ontario, tels que colligés par Bouchard et coll. (2012b).

Tableau 5 : Besoins de services en français en Ontario

Besoins de services	Niveau de besoin exprimé
Besoin d'accès aux services de santé de routine	61 %
Besoin de renseignements en matière de santé	42 %
Besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur	39 %
Besoin de visiter un médecin spécialiste	28 %
Besoin d'une chirurgie non urgente	11 %
Besoin de services de soins à domicile	5 %

Source: Bouchard et coll. (2012b).

Parmi les besoins prioritaires identifiés dans la littérature, on trouve les services de médecine familiale et les services de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que les services pour les enfants et les aînés. Comme ailleurs, les longues listes d'attente et les difficultés d'aiguillage vers des services en français ont souvent été évoquées. Ces constatations sont symptomatiques non seulement de pénuries, mais aussi d'un manque de connaissance du système et des ressources disponibles en français, ainsi que d'une absence d'intégration et de coordination de ces ressources.

#### 3.1.4 Impacts de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les francophones

Les impacts de la situation linguistique minoritaire des francophones sur leur état de santé sont très peu documentés. Les quelques études qui ont abordé la problématique indiquent que les barrières linguistiques et culturelles rendent plus difficile l'accès aux services de santé, nuisent à l'établissement d'un diagnostic juste et compromettent l'adhésion de la personne à son traitement (Société Santé en français, 2013). Ces barrières entraînent des conséquences pour le système de santé et la personne ellemême : un traitement inapproprié, un état de santé détérioré, un plus grand nombre de soins nécessaires, un plus grand nombre d'hospitalisations, ainsi qu'une augmentation des frais reliés au traitement de ces personnes. Les barrières linguistiques constituent un facteur d'inefficacité du système de santé et de son imputabilité.

Selon le rapport provincial du projet *Préparer le terrain*, la littérature et les meilleures pratiques répertoriées démontrent que lorsque les organismes et les professionnels de la santé ne possèdent pas les compétences culturelles nécessaires pour desservir une population donnée, l'accès aux services est déficient, la qualité des soins tend à diminuer et, ultimement, l'état de santé de cette population en souffre.

Au sein des services sociaux et de santé, comme l'a notamment fait remarquer Bowen (2001), il est généralement reconnu qu'un client qui reçoit ses services dans sa langue suit mieux les consignes, a moins recours aux services hospitaliers et se maintient en meilleure santé. Souvent, le client affiche aussi un plus fort sentiment d'appartenance à la collectivité, ce qui a également un impact positif sur son mieux-être. Les chercheurs accordent de plus en plus d'importance au sentiment d'appartenance comme indicateur du mieux-être de la personne et de sa communauté (Picard et Allaire, 2005; Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2007).

Selon la littérature, l'offre de services dans la langue du client permet au fournisseur de mieux comprendre la situation du client et de lui offrir des services mieux adaptés à ses besoins. Il peut ainsi assurer une meilleure qualité de service et traduire en action son souci de l'équité. Par ailleurs, le fait d'avoir une capacité bilingue confère au fournisseur des avantages comme celui d'atteindre une plus grande proportion de sa clientèle cible, de resserrer les liens avec la communauté et de mieux refléter la diversité de cette communauté.

#### 3.2 Santé des aînés

Dix-neuf (19) études abordant l'état de santé et les besoins en santé des aînés ont été recensées. Neuf (9) de ces études ont été réalisées à l'échelle de la province de l'Ontario et dix (10) à l'échelle du pays. Ces documents s'intéressent à l'état de santé des personnes aînées francophones et non francophones en Ontario et au Canada, dressent un portrait des besoins de santé insatisfaits pour ces personnes, explorent les impacts de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les aînés et élaborent des recommandations visant à contribuer à leur bien-être.

## 3.2.1 État de santé des personnes aînées francophones et non francophones en Ontario et au Canada

La littérature indique qu'au Canada, de nos jours, les hommes qui atteignent l'âge de 65 ans peuvent espérer vivre encore 17,4 années et les femmes peuvent s'attendre à vivre 20,8 années de plus (Statistique Canada, 2005). La majorité des personnes âgées estiment avoir un bon état de santé générale, mais le pourcentage dont l'état de santé générale, la santé fonctionnelle et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne sont bons diminue de façon marquée avec l'âge. Les hommes sont plus susceptibles (59 %) que les femmes (52 %) d'avoir un bon état de santé générale (Edwards et Mawani, 2006). La mauvaise santé et l'incapacité chez les personnes âgées sont dans une large mesure attribuables à des maladies et à des problèmes chroniques (comme des problèmes de vue et d'ouïe), et à des blessures causées par une chute. Au moins un problème de santé chronique a été diagnostiqué chez la majorité (81 %) des personnes âgées vivant à domicile et 33 % des personnes âgées ont trois problèmes de santé chroniques ou plus (comparativement à 12 % chez les adultes plus jeunes).

En 2009, on notait une très grande prévalence des problèmes de santé chronique chez les aînés : 89 % d'entre eux présentaient au moins un problème de santé chronique et bon nombre souffraient de problèmes multiples (Administrateur en chef de la santé publique du Canada, 2010). En effet, une personne sur quatre, chez les 65 à 79 ans, et plus d'une personne sur trois, chez les 80 ans et plus, se disaient atteintes d'au moins quatre problèmes de santé chroniques, parmi lesquels l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies, les cancers, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, les cataractes, le glaucome, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Dans son rapport de 2005 sur les chutes des aînés au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada indique que parmi les aînés, les femmes plus âgées font généralement plus de chutes qui occasionnent une blessure et leur taux d'hospitalisation en raison d'une chute est plus élevé. Les femmes sont également plus vulnérables que les hommes aux fractures attribuables à une chute, ce qui s'explique en partie par la diminution de leur densité osseuse après la ménopause et par des taux plus élevés d'ostéoporose (Agence de la santé publique du Canada, 2005).

Un examen de l'état de santé des personnes âgées révèle que les Ontariens âgés de 65 ans et plus vivent plus longtemps et sont moins affectés par des maladies chroniques ou des invalidités que les générations qui les ont précédées (Sinha, 2012). Toutefois, la vaste majorité est atteinte d'au moins une maladie ou une affection chronique. Même si, dernièrement, 77 % des Ontariens âgés ont déclaré être en bonne santé, il est évident qu'une minorité lutte particulièrement contre plusieurs problèmes complexes et souvent interreliés de soins de santé et d'enjeux sociaux. En effet, en vieillissant, le risque d'être atteint d'une maladie chronique ou d'une invalidité augmente. Toutefois, l'âge n'est pas le seul facteur qui soit en lien avec l'état de santé. Le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, un travail peu ou non spécialisé, l'absence d'accès à un réseau de soutien informel, des habitudes de vie ou des comportements dits à risque sont autant de facteurs qui peuvent affecter la santé d'une personne. À 65 ans, les effets cumulatifs de ces facteurs sur la santé et les expériences passées se traduisent par des différences marquées à plusieurs égards entre les hommes et les femmes.

Dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario, les personnes âgées accaparent entre 43 % et 73 % (non pondéré) des jours d'hospitalisation. Depuis longtemps, les priorités des hôpitaux tournent autour des diagnostics rapides, de la gestion des maladies graves et des protocoles opératoires. Ce paradigme convient mal aux besoins complexes des personnes âgées. Cellesci subissent souvent à l'hôpital des événements défavorables qui entraînent une détérioration de leurs fonctions physiques et cognitives qu'il est difficile d'inverser. Cette situation accroît la probabilité

d'institutionnalisation et exerce une pression encore plus forte sur les ressources déjà surchargées du système de santé. Les hôpitaux signalent d'ailleurs que le pourcentage des lits classés « autre niveau de soins » (ANS) occupés par des aînés oscille entre 71 % et 89 % (non pondéré) dans l'ensemble des RLISS (Wong, Ryan et Liu, 2011).

En 2009, 25 % des personnes âgées au Canada ont reçu des soins à domicile. La proportion de bénéficiaires a augmenté avec l'âge et le mauvais état de santé. En outre, les personnes âgées qui vivaient seules étaient plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que celles qui vivaient avec d'autres personnes. Par rapport aux clients des services à domicile, les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement sont en général plus âgées, célibataires et en perte d'autonomie; elles sont deux fois plus susceptibles de présenter des signes et des symptômes de dépression, mais deux fois moins susceptibles de ressentir des douleurs quotidiennes (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b).

#### 3.2.2 Besoins de santé non satisfaits des aînés

Certains rapports qui examinent la situation des personnes âgées dans divers contextes de soins, des soins de santé primaires aux soins à domicile et en hébergement, indiquent que bon nombre de personnes âgées nécessitent des soins primaires et des médicaments sur ordonnance efficaces afin de gérer un éventail de problèmes de santé de plus en plus complexes et de protéger leur santé. Même si la majorité des Canadiens de plus de 65 ans (95 %) ont un médecin de famille, certains ont affirmé avoir de la difficulté à obtenir une consultation en cas de besoin (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b).

La grande majorité (93 %) des personnes âgées occupent un logement privé. Bien que la plupart souhaitent conserver leur autonomie, certaines ont besoin de services de soutien formels ou informels pour y parvenir. En ce qui concerne les services de soutien formels, le nombre de Canadiens recevant des services à domicile est estimé à un million, dont environ 80 % sont des personnes âgées. Ces services, qui varient selon l'âge et les besoins, comprennent les soins de santé à domicile et le soutien à domicile.

À l'opposé, la majorité (environ 80 %) des services de soutien informels sont assurés par des membres de la famille, des amis ou des voisins. Plus ces personnes consacrent de temps à fournir des soins, plus la détresse qu'elles éprouvent augmente. Selon des données récentes, 32 % des aidants naturels qui fournissent plus de 21 heures de soins par semaine éprouvent un sentiment de détresse, soit quatre fois plus que les aidants naturels qui fournissent moins de 10 heures de soins informels par semaine. D'après certaines études, il existe une pénurie d'aides familiaux au Canada, qui risque de s'aggraver avec le vieillissement de la population; de plus, selon d'autres études, le vieillissement des aides familiaux euxmêmes posera un défi plus grand encore à la viabilité des soins de santé.

Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Vieillissement en santé menée en 2009 montrent qu'une personne âgée sur quatre a reçu des soins à domicile au Canada, le plus souvent sous forme d'aide aux travaux ménagers et de transport. Les soins non formels prodigués par la famille, les amis et les voisins prédominent dans la plupart des catégories de soins. Environ 180 000 personnes âgées (4 % de l'ensemble des aînés) ont déclaré avoir des besoins en soins à domicile professionnels non satisfaits (Hoover et Rotermann, 2012). Près des deux tiers (63 %) des personnes âgées ayant des besoins insatisfaits en matière de soins formels ont attribué ce manque à leur situation personnelle, par exemple l'incapacité de payer; 24 % ont mentionné les caractéristiques du système de soins de santé, y compris la non-disponibilité des services.

Les résultats ont montré que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits que les hommes (5 % par opposition à 3 %). De plus, la proportion de personnes âgées ayant déclaré des besoins insatisfaits passe d'environ 3 % chez les 65 à 74 ans à environ 7 % chez les 85 ans et plus et est deux fois plus élevée chez les personnes vivant seules que chez les personnes vivant avec d'autres personnes.

La prévalence des besoins insatisfaits est également fonction du niveau d'incapacité. Par exemple, 10 % des personnes âgées ayant une incapacité grave ont dit avoir un besoin insatisfait en matière de soins professionnels à domicile, comparativement à 1 % des personnes n'ayant aucune incapacité. Les besoins étaient insatisfaits chez 20 % des personnes âgées ayant une limitation grave en matière de soins personnels et chez 29 % de celles ayant une limitation de la mobilité grave, comparativement à environ 3 % des personnes n'ayant aucune limitation en matière de soins personnels et à environ 4 % des personnes n'ayant aucune limitation de mobilité.

Les recherches montrent que les besoins d'aide non satisfaits entraînent des effets néfastes, y compris l'incapacité à se préparer à manger, les blessures, la dépression et la perte de moral, des taux d'hospitalisation élevés et un risque accru de chute, de placement en établissement et de mort prématurée.

## 3.2.3 Impacts de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les aînés francophones

En ce qui concerne la situation particulière des aînés franco-ontariens, les résultats soulèvent un fait important : le fait de vivre en situation linguistique minoritaire constitue un facteur de disparité de la santé entre les aînés francophones et anglophones. En effet, les résultats de l'étude *La santé des aînés francophones en situation minoritaire : État des lieux de l'Ontario, 2007* montrent que les francophones minoritaires sont plus enclins à déclarer une moins bonne santé que les anglophones. Contrairement aux femmes, cette disparité chez les hommes est significative.

L'accès aux professionnels de la santé s'exprimant en français est limité, particulièrement en région rurale où sont concentrées certaines populations francophones. Cette difficulté d'accès a un impact sur la qualité des échanges et sur la confiance d'une majorité de francophones. Que ce soit en raison du stress ou de la peur occasionnés par une rencontre se déroulant en anglais (enjeu émotif) ou en raison des inquiétudes liées aux frais (de transport, de logement) plus importants pour obtenir un service dans sa langue (enjeu socioéconomique), l'enjeu linguistique représente un facteur limitatif primordial.

Le faible niveau de littératie et l'analphabétisme, plus marqués pour la population canadienne francophone hors Québec que pour la population canadienne en général, ont aussi leur impact sur la qualité des soins reçus (Bouchard et coll., 2010). Ces lacunes affectent la compréhension et la communication avec les professionnels de la santé, et possiblement la relation de confiance avec ces derniers. De fait, les limitations de littératie affectent tout particulièrement les personnes âgées francophones; à l'insécurité face au langage spécialisé de la médecine s'ajoute l'insécurité liée à la non-concordance linguistique. Ainsi, la littérature démontre que le rapport linguistique minoritaire/majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, traversée par les autres déterminants sociaux de la santé (statut socioéconomique, éducation et littératie, immigration) contribue de facto aux disparités de l'état de santé.

Globalement, les analyses révèlent un profil socioéconomique et un profil de santé plus précaires chez les aînés de la minorité francophone comparativement aux aînés de la majorité anglophone. La précarité de la santé s'exprime autant chez les hommes que chez les femmes de la minorité francophone; malgré que celle-ci s'articule différemment pour certaines variables, les aînés francophones sont unanimement

insatisfaits de l'accessibilité, ainsi que de la qualité des services dans l'ensemble de la province. Une analyse des besoins effectuée en 2011 chez les aînés francophones itinérants ou à risque d'itinérance à Ottawa relève que l'absence d'accès aux services en français touche de manière disproportionnée les aînés. Parmi les personnes dont la langue maternelle est le français, 11,3 % des aînés (âgés de 65 ans ou plus) sont unilingues francophones comparativement à 4,8 % des personnes âgées de 50 à 65 ans (Coalition pour prévenir l'itinérance chez les francophones d'Ottawa, 2011).

#### 3.3 Bien-être des aînés

Vingt (20) études ont été recensées sous la thématique Bien-être des aînés. Huit (8) de ces études ont été réalisées à l'échelle de la province et douze (12) abordent la thématique à l'échelle du pays. Ces études présentent les défis auxquels font face les personnes âgées dans la société et dans leur quotidien et dressent un portrait des pratiques à mettre en œuvre pour permettre à cette proportion considérable et grandissante de la population de participer pleinement aux activités de leurs collectivités, de jouir des mêmes droits que les autres citoyens et de vivre leur vieillesse dans la dignité. Ces études mettent un accent particulier sur les attitudes à adopter pour valoriser la dignité et la richesse des aînés, leur assurer autonomie et sécurité, et leur permettre de s'épanouir pleinement.

#### 3.3.1 Défis du vieillissement

Un des principaux sujets de préoccupation qui concernent le bien-être des aînés est le risque de négligence, de mauvais traitements physiques et psychologiques ou d'exploitation financière. La littérature indique qu'il existe encore de nos jours de nombreux stéréotypes à l'endroit des personnes âgées et qu'il est essentiel de changer les attitudes sociétales au sujet des aînés et du vieillissement. L'âgisme est l'un des principaux obstacles à surmonter pour faciliter le vieillissement actif. Les préjugés et les stéréotypes concernant le vieillissement limitent indûment la valeur intrinsèque des personnes âgées dans la société. Selon les auteurs, les manifestations de l'âgisme sont observables dans plusieurs domaines, notamment celui des soins de santé (où l'âge d'une personne, plutôt que son état général, influence la décision d'effectuer un examen ou d'offrir un traitement) et le marché du travail (où l'âge d'une personne, plutôt que son expérience et ses compétences, influence la décision de l'embaucher).

Au Canada, les données sur la maltraitance et la négligence infligées aux aînés sont très limitées et désuètes. En raison de leur nature, ces situations sont peu souvent déclarées. Il est donc difficile de bien cerner l'étendue du problème. Les études qui se sont intéressées à ce sujet permettent cependant d'estimer qu'entre 4 % et 10 % des aînés au Canada ont vécu une ou plusieurs formes de mauvais traitements ou de négligence commis par une personne sur laquelle ils comptent (Sinha, 2012). De plus, les données manquent au sujet des mauvais traitements et de la négligence que subissent les aînés en établissement, bien que ce problème ait fait la manchette à la suite de renseignements anecdotiques, et bien qu'il ait fait l'objet d'études ponctuelles. Puisque les mauvais traitements et la négligence prennent différentes formes, leurs effets peuvent toucher de nombreux aspects de la santé et du bien-être des aînés qui en sont victimes.

Le vieillissement, pour les personnes francophones comme pour le reste de la population, implique potentiellement une perte de mobilité, de la vue et de l'ouïe et de possibles troubles cognitifs qui ont un impact sur leurs soins de santé, particulièrement chez les personnes âgées francophones qui ne peuvent accéder à des soins dans leur langue à proximité de leur domicile. La perte d'autonomie face à la maladie chronique chez les personnes âgées cause des obstacles à la vie normale. La maladie les prive d'énergie et les empêche de faire leurs propres affaires, de marcher, de voyager. Au niveau psychologique, le plus gros obstacle est d'être loin de la famille et de déménager dans une résidence pour personnes âgées. Les mauvais traitements infligés aux aînés (la violence psychologique et

physique, l'exploitation financière et la négligence) constituent aussi des obstacles à surmonter pour permettre à ces derniers de vieillir dans la dignité. En résumé, des facteurs comme l'isolement, la perte d'autonomie, les mauvais traitements, les habitudes alimentaires néfastes, les difficultés d'accès aux soins, les risques plus élevés de chute, les blessures et certaines maladies chroniques peuvent compromettre, chez les aînés, la satisfaction des besoins fondamentaux.

Bien que des efforts aient été déployés au Canada afin d'éliminer l'âgisme, les mauvais traitements et la négligence dont sont victimes les personnes âgées, le problème semble encore très présent dans le système de santé et dans plusieurs autres domaines, et il est pris moins au sérieux que d'autres formes de discrimination (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009). Les différents auteurs estiment que les aînés ne doivent pas être perçus simplement comme un fardeau, mais comme une excellente ressource. Même si la plupart des aînés canadiens sont en bonne santé, de nombreux facteurs doivent être prévenus, atténués ou mieux gérés. Dans certains cas, ce sont les transitions et les défis liés au vieillissement qui posent des risques, alors que dans d'autres cas, plusieurs facteurs propres au parcours de vie se combinent pour déterminer l'état de santé d'une personne ainsi que la manière dont cet état peut évoluer et influencer son bien-être futur.

# 3.3.2 Groupes de personnes âgées à risque

La qualité de vie des aînés en Ontario varie selon leur appartenance sociale. Les personnes âgées ontariennes n'ont pas toutes le même accès aux biens et services ni les mêmes choix concernant leurs soins, leur logement et leur capacité de participer activement à la société. À l'heure actuelle, le bien-être économique de certains aînés continue d'être à risque. Les régions urbaines et rurales font face à des défis différents quant au soutien des populations âgées. Certains groupes de la population âgée, comme les aînés vivant seuls, les immigrants et les personnes très fragiles se heurtent à des difficultés particulières (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2007).

## **Femmes**

Les femmes constituent un groupe vulnérable du fait de leur revenu faible et de leur longévité comparativement aux hommes. Elles gagnent moins que les hommes pour un travail équivalent. On note également un écart entre les sexes relativement à la protection qu'offrent les avantages sociaux, puisque ceux-ci sont en lien avec les revenus d'emploi. Après une diminution constante du nombre d'aînés vivant dans la pauvreté depuis le milieu des années 1970, en 2008, ce chiffre est passé à 250 000 personnes, comparativement à 204 000 en 2007, soit une augmentation de près de 25 %. Les femmes représentaient la majorité du nombre croissant d'aînés vivant dans la pauvreté, représentant 80 % de l'augmentation de la pauvreté chez les personnes âgées (Friesen, 2010).

## Aînés des régions rurales et éloignées

La population des jeunes adultes étant inférieure à celle des aînés dans les régions rurales, ces localités font face à d'importants défis pour répondre aux besoins de leurs résidents âgés, notamment pour offrir des services de santé, de soins à domicile, de logement et de transport adéquats. De plus, les collectivités rurales risquent d'offrir des services inadéquats en raison de leur isolement géographique. En 2001, le rapport de la Commission Romanow (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2001) indiquait que l'accès aux soins de santé dans les régions rurales et les collectivités éloignées constituait un problème énorme en raison de la distance et de la faible rétention des travailleurs de la santé. Le rapport Kirby (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2003) soulignait que les questions d'accès constituaient les plus grandes difficultés des résidents des régions rurales et éloignées et que ces derniers étaient en plus mauvais état de santé que les citadins.

Fondée sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1, une étude s'est penchée sur les déterminants de l'usage des services de santé par les Canadiens de 55 ans et plus dans un large éventail de régions de résidence urbaines et rurales. L'analyse a montré que les résidents âgés des régions rurales se rendaient moins souvent chez un médecin généraliste, un spécialiste ou un dentiste que les résidents des villes. En outre, on a prévu que le nombre de médecins pour mille résidents des régions rurales passera de 0,79 en 1999 à 0,53 en 2021 (McDonald et Conde, 2010). De plus, les aînés des collectivités rurales doivent souvent se rendre dans les régions urbaines pour avoir accès à des spécialistes et à des établissements de soins de longue durée. Comme il leur est plus difficile d'avoir accès à ces services, les aînés peuvent ne pas rechercher les soins ou les services dont ils ont besoin, ce qui peut nuire à leur santé. Les municipalités rurales, surtout celles où la proportion de jeunes travailleurs diminue, peuvent avoir du mal à obtenir le revenu nécessaire pour financer de nouveaux programmes et services. Il se peut également que les collectivités rurales aient à trouver d'autres options de transport et de logement, car les solutions urbaines ne conviennent pas toujours en milieu rural.

## Aînés vivant seuls

Le nombre d'aînés vivant seuls a beaucoup augmenté au cours des deux dernières décennies, les trois quarts d'entre eux étant des femmes (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2007). En 2006, un peu plus du quart (25,7 %) des personnes âgées de l'Ontario vivaient seules. Les aînés vivant seuls peuvent être plus isolés et subir plus de négligence et de mauvais traitements de la part des travailleurs dans les domaines des soins de santé et des services à domicile. Le manque de soutien de la part du conjoint et de la famille, notamment l'absence d'aidants naturels, peut aussi mener à la détérioration de la santé. Les aînés vivant seuls sont aussi beaucoup plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Selon Statistique Canada, les aînés vivant seuls avaient un taux de faible revenu de 15,5 % en 2004, comparativement à 5,6 % pour l'ensemble des personnes âgées. Malheureusement, la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG) ne permettent pas à un aîné vivant seul de vivre au-dessus du seuil de faible revenu. En 2004, une personne âgée seule qui ne touchait que la SV et le SRG recevait 12 239 \$, soit une somme sensiblement inférieure au seuil de faible revenu dans les zones urbaines. En 2008, le seuil de faible revenu après impôt était de 15 538 \$ pour les agglomérations urbaines de 100 000 à 499 000 habitants, et de 18 373 \$ pour les agglomérations urbaines de plus de 500 000 habitants (Statistique Canada).

# **Immigrants**

Les aînés immigrants, particulièrement les femmes, affichent un taux de pauvreté plus élevé que les personnes âgées nées au Canada. Le faible revenu des immigrants diminue leur capacité d'épargner adéquatement pour leur retraite et limite leurs choix de services, de logement et de soins appropriés. Ils sont aussi sujets à rencontrer d'importants obstacles à l'accès aux soins de santé et à d'autres services, des obstacles qui résultent des différences linguistiques et culturelles, d'un faible revenu, de la discrimination et du racisme. Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2007) a entendu des témoignages sur la difficulté qu'éprouvent certains établissements de soins à s'adapter à la diversité des besoins, des maladies et des déficiences des aînés immigrants. Une vulnérabilité accrue en raison de l'âgisme a exposé de nombreux aînés à des formes de mauvais traitements et de négligence. Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont déclaré que les aînés immigrants constituent un groupe particulièrement vulnérable en raison de leur dépendance financière envers leur répondant.

# Aînés itinérants ou à risque d'itinérance

Les aînés francophones itinérants ou à risque d'itinérance vivent plusieurs difficultés qui font en sorte qu'ils demeurent itinérants ou qu'ils risquent de perdre leur logement (Coalition pour prévenir

l'itinérance chez les francophones d'Ottawa, 2011). L'itinérance reste souvent un phénomène multicausal :

- En tant qu'aînés, ils sont plus à risque que la population générale de personnes itinérantes;
- En tant que particuliers itinérants ou à risque d'itinérance, ils sont confrontés à plus d'exclusion que les aînés de la population en général;
- En tant que francophones, étant donné qu'ils constituent une minorité linguistique et culturelle, ils font face à d'autres inconvénients historiques, à un risque accru d'isolement et à un accès réduit aux services comparativement à la population en général;
- En tant que couples, ils sont séparés dans les abris (car sans enfant, ils ne sont pas considérés comme une famille).

#### En outre:

- Ceux qui sont également des immigrants âgés ou des gens provenant de communautés
   « racialisées » sont confrontés à des facteurs additionnels d'exclusion en lien avec la
   discrimination, le statut d'immigrant ou les circonstances de leur processus d'installation;
- Ceux qui vivent avec un handicap, qu'il soit préexistant ou un effet du vieillissement, se trouvent devant des défis et des risques additionnels;
- Les femmes de ce groupe sont confrontées à des risques additionnels, surtout en ce qui a trait aux salaires moyens inférieurs et aux soucis liés à la sécurité.

# 3.3.3 Mesures pour relever ces défis

## Collectivités-amies des aînés

Le cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la santé (2002) définit les politiques de vieillissement actif comme servant à « optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse ». L'approche se fonde sur les principes d'autonomie, de participation, de dignité, d'aide et d'actualisation de soi, consacrés par les Nations Unies, et reconnaît l'influence du sexe, de l'expérience vécue et de la culture sur le vieillissement.

Les études soulignent que la promotion de la vie active doit être soutenue par une réflexion et des mesures visant des enjeux comme l'aménagement urbain, le transport et le logement. Les villes, les localités et les villages doivent être mieux adaptés aux besoins des aînés, c'est-à-dire qu'ils doivent être organisés pour permettre aux aînés de se rendre où ils doivent et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires, et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2008). Le document *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide* (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2006) a pour but d'aider ces collectivités à définir les obstacles communs; il vise aussi à favoriser le dialogue et l'action pour le développement de villes adaptées aux aînés.

Les collectivités amies des aînés permettent de répondre au phénomène du vieillissement de la population, de faciliter la participation active des personnes aînées à toutes les sphères de la société, de favoriser la prise en charge de la santé, de créer un sentiment de sécurité et de préserver la dignité des personnes aînées.

Les caractéristiques d'une collectivité amie des aînés se résument comme suit :

- Des espaces extérieurs et bâtiments publics agréables, propres, sûrs et physiquement accessibles;
- Des transports en commun accessibles et économiques;
- Des logements abordables, bien situés, de bonne facture, bien conçus et sûrs;

- La possibilité pour les personnes âgées de prendre part à des activités de loisirs sociales, culturelles et spirituelles en compagnie de personnes de tous âges et toutes cultures;
- Des personnes âgées traitées avec respect et incluses dans la vie quotidienne;
- Des possibilités d'emploi et de bénévolat en harmonie avec les centres d'intérêt et aptitudes des personnes âgées;
- La disponibilité d'une communication et d'une information adaptées aux aînés;
- Un soutien communautaire et des services de santé taillés sur mesure pour répondre aux besoins des personnes âgées.

# Communiquer avec les aînés

Dans son guide sur la communication avec les personnes âgées, l'Agence de la santé publique du Canada (2010) indique que la qualité de communication avec le public âgé contribue à la façon dont les différents prestataires de services à cette clientèle répondent à ses besoins avec justesse. Qu'il s'agisse d'exploitants d'entreprises, de personnes dirigeant un programme gouvernemental desservant les aînés ou d'un organisme offrant des renseignements sur la santé, ou encore de personnes travaillant auprès d'un organisme de services sociaux qui aide les personnes âgées, il est essentiel d'être bien outillé pour communiquer clairement et efficacement avec la clientèle âgée.

Selon les auteurs du guide, communiquer avec des aînés offre les mêmes occasions et pose les mêmes défis que lorsqu'il s'agit de communiquer avec tout autre public diversifié et en constante évolution. Des messages non intentionnels peuvent être tout aussi puissants qu'une communication planifiée. Comme l'indique le Conseil des aînés de l'Alberta, l'adaptation des services aux aînés nécessite la prise en considération de leurs besoins et le respect de leurs contributions. C'est une question de courtoisie, de bon sens et de justice.

Le guide indique qu'il est important pour les fournisseurs de services et les propriétaires d'entreprises de ne pas essayer de persuader les aînés qu'ils leur font une faveur. Il faut plutôt opter pour la communication adaptée aux aînés parce qu'elle est logique et se répercute avantageusement sur le succès des entreprises ou programmes : les aînés, comme tout le monde, font des choix basés sur leur satisfaction. Ils font confiance aux magasins et aux entreprises qui répondent à leurs besoins et ils sont des consommateurs loyaux lorsqu'ils sont bien servis.

# Logement et transport

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2007) indique dans son premier rapport provisoire que des services et une infrastructure appropriés peuvent aider les aînés à jouir de toute l'autonomie et de toute la qualité de vie possible à mesure qu'ils avancent en âge. Les aînés ont besoin d'un large éventail d'options en matière de logement, qui tiennent compte de leurs préférences ainsi que de leurs besoins physiques, mentaux et sociaux. En outre, l'accès à des moyens de transport peut vraiment les aider à conserver leur autonomie, leurs réseaux sociaux et leur qualité de vie. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé d'augmenter le financement d'unités de logement à prix modiques et du transport en commun à la fois dans les régions rurales et urbaines. En effet, le logement et le transport représentent la clé de l'autonomie et de la participation sociale des personnes âgées.

# Programmes d'éducation et de sensibilisation

La littérature rapporte de nombreuses initiatives pancanadiennes pour lutter contre la négligence et les mauvais traitements envers les aînés. En effet, en 2008, le gouvernement du Canada a annoncé que, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés (IFLMTA), il investissait la somme de 13 millions de dollars sur trois ans afin de sensibiliser les aînés, leurs familles et les groupes de professionnels aux mauvais traitements infligés aux aînés. Dans son rapport annuel sur

l'état de la santé publique au Canada de 2010, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada indiquait que pour assurer le succès des programmes d'éducation et de sensibilisation, il serait essentiel de fournir de l'information visant à réduire les stéréotypes et la discrimination fondée sur l'âge et de cibler différents groupes de population.

Selon ce rapport, les programmes principalement consacrés aux aînés seraient importants pour deux raisons : ils aident les aînés à évaluer leur propre situation et ils permettent de reconnaître les situations de mauvais traitements entre pairs. Les programmes destinés aux aînés doivent donc fournir de l'information, éliminer la stigmatisation et la honte et cerner les occasions qui leur sont offertes d'être actifs et de prendre part aux activités de leur collectivité (par exemple, à titre de mentors et de leaders). De plus, ces programmes doivent tenir compte de la diversité culturelle dans la population des aînés.

# 3.4 Besoins en logement et en soins

Dans cette catégorie, trente-cinq études ont été recensées, dont cinq (5) abordent la thématique à l'échelle de la province et trente (30) à l'échelle du Canada. Ces études analysent les besoins de logement pour les personnes aînées et s'intéressent, entre autres, à l'utilisation des soins hospitaliers, des services à domicile, des logements supervisés et des soins de longue durée par ces derniers.

## 3.4.1 Aînés et logement

Le Recensement de la population de 2011 a dénombré au Canada près de 5 millions (4 945 000) de personnes âgées de 65 ans et plus. De ces personnes, 92,1 % vivaient dans un ménage ou un logement privé (en couple, seules ou avec d'autres personnes), tandis que 7,9 % vivaient dans un logement collectif, par exemple une résidence pour personnes âgées ou un établissement de soins de santé et de services connexes. Ces proportions étaient relativement inchangées par rapport à 2001 alors que 92,6 % des personnes âgées vivaient dans un ménage privé et 7,4 % vivaient dans un logement collectif (Statistique Canada, 2012).

Dans les centres urbains comme dans les régions rurales, de nombreuses personnes âgées sont propriétaires de leur maison; celle-ci représente souvent leur élément d'actif le plus important lorsqu'elles prennent leur retraite. Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les Canadiens de 55 à 64 ans qui affichent les taux de propriétaires-occupants les plus élevés. Environ 78 % des ménages dont le principal soutien appartient à cette tranche d'âge sont propriétaires du logement dans lequel ils vivent. Selon le Recensement de 2006, la grande majorité (93 %) des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent chez elles (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b).

Environ 85 % des Canadiens de plus de 55 ans veulent vivre dans leur logement actuel le plus longtemps possible, même si leur état de santé se détériore (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2008). Étant donné que ces maisons sont souvent anciennes, divers coûts (coûts d'entretien et services publics) sont plus élevés comparativement à ceux des maisons récentes. Bien que certains aînés reconnaissent que leur maison ne soit pas très fonctionnelle pour leur âge, ils n'ont bien souvent pas les moyens de financer les changements et les adaptations qui amélioreraient leurs conditions de vie.

Des enquêtes effectuées auprès de groupes d'aînés rapportent qu'un certain nombre d'aînés savent qu'il existe des subventions gouvernementales pour rénover des parties de leur maison à des fins d'accessibilité ou de mobilité, mais l'information relative à ces programmes administrés par les gouvernements fédéraux ou provinciaux est moins connue par nombreux d'entre eux (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2006).

De nombreuses personnes âgées vont choisir des maisons de retraite ou d'autres types de logements et modes d'occupation à mesure qu'elles vieillissent ou que leurs revenus diminuent. Le taux de

propriétaires-occupants décroît avec l'âge et descend à 67,9 % dans le cas des ménages dont le principal soutien a 75 ans ou plus (Lin, 2005).

Les recherches indiquent que cette préférence des aînés de vivre le plus longtemps possible dans leur logement exige de la part des promoteurs l'offre d'un continuum complet de choix de logements, comprenant différents emplacements, formes de logement, types d'occupation, modalités de logement et gammes de services, qui permettront aux aînés de continuer à vivre de façon autonome et à prendre part à la vie collective aussi longtemps qu'ils le pourront (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2012a).

D'autres aînés choisissent d'emménager dans un logement plus petit ou dans une autre collectivité afin de se rapprocher d'activités de loisir. Les aînés ayant participé aux groupes de discussion dans le cadre de l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés ont mentionné que les logements à louer sont généralement des maisons isolées, des maisons de ville, des duplex, des appartements accessoires ou des petits immeubles résidentiels. Les nouveaux logements à louer ne sont pas toujours économiquement viables dans la plupart des collectivités rurales, en raison notamment de l'étroitesse du marché local, des conditions économiques risquées et d'une industrie de la construction limitée (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2006).

Au Canada, le marché du logement des aînés connaît une croissance rapide et est en évolution. Le profil démographique de la population change, ainsi que les options qui s'offrent aux promoteurs (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2012d). Selon des études dans le domaine, un grand nombre d'aînés reportent le plus longtemps possible le moment d'emménager dans un établissement de soins de longue durée ou dans un logement-services. Cependant, à mesure qu'ils vieillissent, leur utilisation de la voiture va diminuer, ce qui donne à penser qu'ils auront besoin de types de logement facilitant les déplacements à pied et situés dans des zones desservies par d'autres modes de transport.

À l'échelle du pays, les nouveaux besoins et exigences des aînés ne sont pas les seuls facteurs d'influence sur le marché du logement des aînés au Canada. Des changements externes entrent aussi en jeu. Il s'agit notamment de l'évolution architecturale des bâtiments conformes aux principes du développement durable et des nouvelles possibilités en ce qui a trait à leur efficacité environnementale, de l'évolution des concepts d'aménagement des collectivités, tels que les villes amies des aînés qui suscitent de plus en plus d'intérêt, et des facteurs économiques qui ont une incidence sur la vie des aînés. La disponibilité, le choix et le coût du logement sont autant de facteurs importants pour les personnes vieillissantes. L'absence ou le manque de choix de logements pour les personnes âgées, notamment les unités résidentielles autonomes, les logements avec assistance, et ceux offrant des soins de longue durée constitue également un obstacle important pour les personnes âgées dans les collectivités rurales et éloignées (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2006). Les fournisseurs de logements doivent réfléchir au meilleur moyen d'attirer les résidents, possiblement en offrant des services supplémentaires (comme le transport) dans les régions rurales où les niveaux de service sont faibles, ou en créant des milieux qui favorisent les interactions sociales dans les ensembles résidentiels urbains.

# 3.4.2 Utilisation des soins hospitaliers par les personnes âgées

Les personnes âgées de 65 ans ou plus constituent une part de plus en plus importante de la population canadienne. La littérature rapporte que de 1986 à 2010, le nombre et la proportion de personnes âgées au Canada sont passés respectivement de 2,7 millions à 4,8 millions et de 10 % à 14 %. De plus, à mesure que les jeunes adultes partiront vers la ville pour trouver du travail, on s'attend à ce que les régions rurales affichent de plus fortes proportions de personnes âgées, même si la majorité continuera d'habiter dans les centres urbains. Le vieillissement de la population des régions rurales sera

vraisemblablement accentué par le fait que la majorité des immigrants continueront de s'établir en région urbaine.

Aujourd'hui, les aînés du Canada vivent plus longtemps et ont moins d'invalidités que ceux des générations précédentes. Néanmoins, la majorité est atteinte d'au moins une maladie chronique. En effet, l'*Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires* de 2008 rapportait qu'environ trois personnes âgées sur quatre au Canada (soit 76 %) ont déclaré être atteintes d'au moins une des onze affections chroniques mentionnées dans l'enquête<sup>4</sup>, comparativement à une personne sur deux (48 %) dans la tranche des 45 à 64 ans.

En 2003, les besoins des personnes âgées représentaient plus de 44 % des dépenses liées à la santé de tous les gouvernements provinciaux et 90 % des dépenses dans les établissements de soins de longue durée<sup>5</sup>. Les écrits indiquent que comparativement aux autres groupes d'âge, les personnes âgées utilisent un nombre disproportionné de services hospitaliers. Non seulement elles utilisent les services hospitaliers plus souvent que les personnes des autres groupes d'âge, mais elles les utilisent aussi différemment. En effet, en 2009-2010, les personnes de 65 ans ou plus représentaient 40 % des séjours dans les hôpitaux de soins de courte durée alors qu'elles ne constituaient que 14 % de la population. Dans l'ensemble, les taux d'utilisation des services aux patients hospitalisés, y compris les soins de courte durée, les soins continus complexes et les soins en réadaptation, étaient considérablement plus élevés chez les personnes âgées que chez les autres adultes (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b).

En outre, chez les personnes âgées, l'utilisation augmente avec l'âge pour tous les types de soins à l'exception des consultations externes. Les aînés sont de grands utilisateurs de services hospitaliers et leurs hospitalisations durent plus longtemps. Ils sont de grands utilisateurs des services hospitaliers, non seulement à cause du nombre de visites, mais aussi à cause de la quantité de ressources utilisées durant ces visites. La durée moyenne globale du séjour des personnes âgées en soins de courte durée est environ 1,5 fois celle des autres adultes (neuf jours contre six). Il en va de même pour l'utilisation des services d'urgence où le séjour médian des personnes âgées est de 4 heures contre 2,5 heures pour les autres adultes.

En 2008-2009, les services d'urgence de l'Ontario attribuaient aux aînés 9 % de toutes les visites concernant des conditions propices aux soins ambulatoires, comparativement à 3 % pour les autres adultes. Par comparaison avec les adultes plus jeunes, les aînés sont également beaucoup plus susceptibles de prendre des médicaments sur ordonnance et de consulter leur médecin de famille. L'étude *La santé des aînés francophones en situation minoritaire : État des lieux de l'Ontario* (Bourbonnais, 2007) révèle un profil socioéconomique et un profil de santé plus précaires chez les aînés de la minorité francophone que chez les aînés de la majorité anglophone. Selon cette analyse, les aînés sont insatisfaits de l'accessibilité, ainsi que de la qualité des services dans la province.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Les onze conditions chroniques mentionnées au cours de l'enquête sont : l'arthrite, l'asthme, le cancer, la douleur chronique, la dépression, le diabète, l'emphysème ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la maladie cardiaque, l'hypertension, les troubles de l'humeur autres que la dépression, l'accident vasculaire cérébral.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> L'Institut canadien d'information sur la santé publie chaque année les *Tendances des dépenses nationales de santé* qui incluent des données remontant à 1975. Voir http://www.cihi.ca.

# 3.4.3 Utilisation des services à domicile par les aînés

En vieillissant, de nombreuses personnes âgées commencent à souffrir de divers problèmes de santé progressivement plus complexes. Le nombre d'affections chroniques, et non l'âge, détermine l'utilisation accrue des soins de santé primaires par les personnes âgées. Les soins à domicile aident les personnes âgées dont la santé est fragile à vivre de façon autonome. Selon les écrits, ils représentent une solution de remplacement économique par rapport aux soins dispensés dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, et une composante cruciale de la prise en charge des maladies chroniques.

En tout temps dans l'ensemble du pays, plus d'un million de Canadiens reçoivent des services à domicile. La majorité d'entre eux (82 %) sont âgés de 65 ans ou plus. *Le Portrait des soins à domicile au Canada 2013* (Association canadienne de soins et services à domicile, 2013) rapporte qu'en 2011, 1,4 million de Canadiens ont reçu des soins à domicile, soit une hausse de 55 % par rapport à 2008. À l'échelle nationale, un aîné sur six reçoit des soins à domicile et, compte tenu de l'augmentation prévue du nombre et de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne, des chercheurs estiment que le besoin en services à domicile augmentera sûrement durant les prochaines années.

Les études démontrent que les personnes âgées vivant seules et les personnes âgées ayant une limitation physique ou fonctionnelle sont plus susceptibles de recevoir des soins à domicile. Il en est de même pour les personnes âgées dont la principale source de revenus provenait d'une forme d'aide sociale comparativement à celles dont le revenu provenait essentiellement d'une autre source. En Ontario, la prestation des services de soins à domicile et de soins communautaires est en règle générale organisée autour du réseau provincial composé de quatorze (14) centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et de six cent quarante-quatre (644) organismes de soutien communautaire. Au cours de la dernière décennie, le financement des CASC a augmenté de 69 % alors que le nombre de clients qu'ils desservent a crû de 83 % (Sinha, 2012). En 2011, les services fournis par les CASC comprenaient :

- 20 millions d'heures de soins personnels offerts par des préposés au soutien personnel;
- 6 millions de visites par du personnel infirmier ayant effectué 1,7 million de quarts en soins infirmiers;
- 1,2 million de visites de thérapeutes;
- 0,4 million de visites d'autres professionnels paramédicaux tels que des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des psychothérapeutes et des fournisseurs de soins de relève;
- 2,1 millions de visites de coordonnateurs de soins qui supervisaient tous ces soins.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé de 2009, parmi les personnes âgées ayant reçu des soins à domicile, l'aide aux travaux ménagers (y compris les travaux d'entretien) était le type de soins le plus courant (18 %), devant l'aide au transport (15 %) et à la préparation des repas (10 %). Les personnes qui avaient reçu des soins médicaux ou des soins personnels, deux catégories de services associées à un degré de dépendance élevé, étaient plus susceptibles que les autres d'avoir reçu de l'aide dans au moins une autre catégorie de soins.

Parmi un échantillon de 131 000 clients des services à domicile âgés de 65 ans et plus, seulement 2 % se débrouillaient sans aidant naturel. Les aidants procuraient un soutien affectif de même qu'un large éventail d'activités de la vie quotidienne comme l'aide à la préparation des repas, à la gestion des médicaments, au magasinage, à l'habillage, au bain et à l'utilisation des toilettes et au déplacement dans la maison.

Environ 97 % de tous les bénéficiaires de services à domicile ont un aidant naturel; dans près d'un tiers des cas, il s'agit du conjoint et dans près de la moitié des cas, des enfants ou des conjoints des enfants.

Les aidants naturels sont souvent de garde jour et nuit, ce qui peut occasionner beaucoup de stress. Près de 17 % de tous les aidants naturels des personnes âgées ont déclaré éprouver de la détresse associée à leur rôle, ce qui représente plus de 24 000 aidants naturels en détresse en Ontario et au Yukon seulement. Bien qu'il existe divers crédits d'impôt et programmes de soutien à l'intention des aidants naturels, ces mesures sont parfois insuffisantes pour répondre à leurs besoins réels ou, pire encore, demeurent inconnues d'eux.

Selon une analyse des programmes de soins et services à domicile en régions rurales et éloignées menée par l'Association canadienne de soins et services à domiciles (2006), les principales difficultés auxquelles sont confrontés tous les gestionnaires de programmes sont le manque de ressources humaines en santé, le manque de systèmes de soutien et de ressources locales, des moyens de transport limités et la nécessité de parcourir de longues distances pendant de longues heures pour voir très peu de patients.

L'Association canadienne de soins et services à domiciles (2013) a recensé dix provinces et territoires qui mettent en œuvre des programmes précis pour aider les aînés ayant une santé fragile à vivre chez eux de façon autonome. L'ACSSD recommande aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de développer les programmes et les initiatives recensés afin de faire en sorte que les soins à domicile soient une composante essentielle d'un système de soins intégré axé sur la personne. L'ACSSD met l'accent sur quatre recommandations pour aider les gouvernements et les parties prenantes à atteindre cet objectif :

- Remplir leur engagement en matière de soins de longue durée et de soins chroniques à domicile en augmentant le pourcentage des fonds de santé publique alloués aux soins à domicile;
- Soutenir le rôle essentiel des aidants naturels au moyen de programmes qui protègent leur santé, réduisent leur fardeau financier et leur fournissent de l'information et des ressources;
- Convenir d'un ensemble de principes harmonisés pour les soins à domicile et l'adopter pour aboutir à une certaine cohérence à l'échelle nationale tout en respectant les différences importantes entre les provinces et les territoires;
- Établir des indicateurs probants et des systèmes de mesure efficaces pour vérifier la rentabilité,
   la qualité et l'imputabilité des services de soins à domicile.

Ce rapport montre clairement que le secteur des soins à domicile tient une place essentielle dans la réponse aux besoins des Canadiens en matière de santé grâce à de meilleurs soins, de meilleurs résultats et une meilleure qualité. Dans son étude intitulée *Elements of an Effective Innovation Strategy for Long Term Care in Ontario*, le Conference Board du Canada (2011) indique qu'à l'heure actuelle, la demande à l'endroit du système public de soins de longue durée excède sa capacité. De plus, si aucun changement n'est apporté à la façon de fournir les soins à domicile et les soins communautaires, il faudra prévoir tripler le nombre de lits de soins de longue durée au cours des 20 prochaines années.

## 3.4.4 Utilisation des logements supervisés par les aînés

Dans la documentation recensée, très peu d'études abordent ce sujet. Le *Rapport sur les soins de santé au Canada 2011 – Regard sur les personnes âgées et le vieillissement* (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b) présente les informations ci-après sur les logements supervisés.

Le terme *logement supervisé* fait référence à une grande catégorie de logement, que l'on désigne sous plusieurs noms. Décrit comme n'étant ni un milieu de vie complètement autonome, ni un milieu de soins en hébergement, le logement supervisé, ou résidence avec services, combine le logement permanent et l'accès à des services de soutien. Il peut s'agir de repas, d'aide pour prendre un bain ou des services d'une infirmière en disponibilité. Le logement supervisé offre un niveau de soins intermédiaire adapté aux besoins de nombreuses personnes âgées du Canada.

Idéalement, en plus de l'hébergement, le logement supervisé donne accès à un ensemble complet et coordonné de services (aide-ménagère et soins personnels) et à des programmes communautaires nécessaires à la santé et au bien-être. Le logement supervisé est un milieu de soins désigné relativement récent qui vise à offrir un niveau de soins approprié aux personnes âgées afin qu'elles puissent continuer à vivre dans la collectivité (Jutan, 2010).

Il existe divers types de logements supervisés, dont les appartements, les habitations collectives et les établissements de niveaux multiples. Ils peuvent être détenus et exploités par des administrations municipales ou des groupes sans but lucratif aussi bien que par le secteur privé. Certains logements sont subventionnés par le gouvernement, de sorte qu'ils sont donc généralement plus abordables que les établissements de soins en hébergement.

Peu d'études ont évalué les coûts, les avantages et les résultats des modèles de logement supervisé au Canada. Il reste que ces milieux comportent des avantages potentiels pour le bien-être et la qualité de vie, car ils offrent :

- Des repas quotidiens nutritifs;
- Des occasions de socialiser;
- La possibilité de participer à des activités physiques;
- L'accès à des services de santé dans la collectivité.

Le logement supervisé peut également réduire le nombre de visites aux services d'urgence et le nombre d'hospitalisations et d'admissions en soins de longue durée.

Selon les résultats de l'enquête nationale de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (2012f), 202 091 personnes âgées habitaient les 2 586 résidences incluses dans l'univers d'enquête au Canada. On comptait au pays 204 496 places dans ces résidences. La grande majorité, soit 81,8 %, étaient des places standards<sup>6</sup>. Dans ces résidences, le taux d'inoccupation des places standards est demeuré relativement stable en 2012 par rapport à 2011 : il est passé de 10,7 % à 10,6 %. En 2012, le loyer mensuel moyen des studios et des chambres individuelles incluant au moins un repas par jour s'élevait à 1 966 \$ au pays, alors qu'il se chiffrait à 1 903 \$ en 2011. Le plus bas (1 410 \$) a été enregistré au Québec et le plus haut (2 699 \$) en Ontario.

Selon le rapport sur les résidences pour personnes âgées en Ontario (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2013), le taux d'inoccupation des places a baissé pendant trois années consécutives. Le taux d'inoccupation des places standards a baissé et est passé de 14,4 % en 2012 à 13,4 % en 2013. Le taux d'inoccupation a diminué dans toutes les catégories sauf dans celles des places situées dans des salles communes et dans des chambres à deux lits. L'offre totale de places dans les résidences pour personnes âgées a crû modérément et a atteint 51 800 unités en 2013. Le taux d'attraction a légèrement diminué, passant de 5,2 % en 2012 à 5,1 % en 2013 et le loyer mensuel moyen a augmenté de 4,5 % et atteint 3 204 \$. Le rapport indique qu'en 2013, 48 000 Ontariens vivaient dans des résidences pour personnes âgées, une augmentation par rapport aux 47 200 dénombrés en 2012. La proportion de couples parmi ces résidents n'a pas augmenté cette année, malgré une proportion accrue d'appartements occupés. Le tableau suivant résume ces données.

Brynaert Brennan et Associé.e.s

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Selon la SCHL, une place standard est occupée par un résident qui paie le loyer du marché et reçoit un niveau standard de soins (moins d'une heure et demie de soins par jour). La catégorie des places non standards englobe les places avec soins assidus, les places de soins de relève et les places hors marché.

Tableau 6 : Taux d'inoccupation (%) des places standards selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario, 2012 et 2013

Chambr privées comm		individu	Chambres individuelles et studios		Une chambre		mbres	Toutes le	es unités
2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
22,4	27,4	13,5	14,2	16,7	16,8	13,9	14	14,8	15,6

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013).

# 3.4.5 Utilisation des soins de longue durée par les aînés

Le phénomène du vieillissement de la population fait l'objet d'une attention accrue de la part de nombreux chercheurs. Il est important de savoir que le vieillissement touche de façon plus prononcée les communautés francophones vivant en situation minoritaire. En effet, l'indice de vieillissement de la population est plus accentué chez les francophones dans toutes les provinces du Canada. Les statistiques rapportent que l'indice de vieillissement des francophones de l'Ontario est passé de 1,29 en 2006 à 1,44 en 2011, soit une augmentation de 0,15, alors que cette augmentation n'est que de 0,8 pour la communauté anglophone (0,56 en 2006 et 0,64 en 2011) (Forgues et coll., 2012). Cependant, la revue de la littérature révèle le peu de recherches sur les thèmes de la problématique du vieillissement en milieu francophone minoritaire, des options de logement pour les personnes âgées francophones et de l'accès des aînés francophones en situation minoritaire aux foyers de soins de longue durée.

De nombreuses études rapportent que l'option de maintien à domicile correspond le mieux au désir des personnes âgées partout au pays. Les politiques publiques soutiennent cette option; on peut penser par exemple à la stratégie « Vieillir chez soi » du gouvernement de l'Ontario et à son initiative « Chez soi avant tout ». Bien que le vieillissement à la maison soit considéré comme un idéal par la plupart des aînés et leurs proches, certains aînés choisiront, par nécessité ou librement, de résider dans des établissements de soins de longue durée. Ces aînés auront également besoin de soutien pour vieillir positivement et activement. Il existe dans les communautés divers services de soutien aux soins formels et informels qui peuvent aider les personnes âgées à conserver leur autonomie. Ces mesures sont parfois suffisantes pour permettre aux aînés de demeurer chez elles, mais il arrive qu'elles ne le soient pas.

Avec l'âge, les difficultés deviennent de plus en plus grandes pour accomplir les tâches du quotidien et particulièrement pour se déplacer. Des gestes comme allumer la lumière, prendre un bain, téléphoner, brancher l'aspirateur ou prendre l'ascenseur finissent souvent par constituer des « prouesses à répétition » pour les personnes vieillissantes. Un logement abordable et accessible et la possibilité de vieillir dans le milieu désiré sont essentiels à la qualité de vie des personnes âgées. Cependant, l'état de santé de certains aînés (perte d'autonomie due aux maladies), l'évolution des circonstances (comme la perte du conjoint, l'absence d'enfants, la diminution du revenu, le manque d'accès à des services) ainsi que des considérations pratiques liées à la grandeur d'une maison, sa disposition intérieure et les exigences relatives à son entretien peuvent empêcher les aînés de continuer à vivre dans leur maison. Ces conditions peuvent alors inciter ou forcer les aînés à déménager.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> L'indice de vieillissement se calcule comme suit : population de 65 ans et plus / population de 0 à 14 ans.

La documentation indique qu'en Ontario, il existe près de 634 foyers de soins de longue durée totalisant environ 78 000 lits et offrant des services à plus de 112 000 personnes par année. Le taux d'occupation de ces foyers est de 99 % en tout temps et environ 20 000 personnes sont en attente pour recevoir des soins de longue durée (Sinha, 2012). En supposant que la population âgée de l'Ontario continuera de croître et ses besoins de soins concomitants aussi, le rapport *Vivre bien et plus longtemps* projette que près de 238 000 adultes pourraient avoir besoin des niveaux de soins actuellement offerts dans les foyers de soins de longue durée d'ici 2035. D'après certaines estimations, le besoin en soins de longue durée au Canada pourrait s'établir dans la fourchette des 565 000 à 746 000 lits d'ici 2031 (Syndicat canadien de la fonction publique, 2009). Si on ne met pas d'autres options de soins et de logement avec services de soutien, souvent plus rentables, à la disposition des aînés ontariens, on assistera à un écart croissant entre l'offre et la demande de soins de longue durée.

Le rapport *Vivre bien et plus longtemps, 2012*, rapporte que le secteur des foyers de soins de longue durée de l'Ontario se trouve actuellement à la croisée des chemins et qu'il est important d'adapter les services du secteur aux besoins changeants des personnes âgées. En effet, les foyers ont été conçus dans le but exclusif d'offrir des milieux de soins de longue durée pour les personnes qui ont besoin de soins et de soutien continus et pour les personnes qui ne peuvent plus compter sur les membres de leur famille ni sur les services de soins à domicile et communautaires pour répondre à leurs besoins chez eux. L'évolution des besoins et des préférences des Ontariens pourrait nécessiter un changement de l'image du secteur. À cet effet, dans son rapport intitulé *Why Not Now?*, le Long-Term Care Innovation Expert Panel (2012) souligne la nécessité de donner une nouvelle image au secteur puisque les foyers de soins de longue durée offrent actuellement beaucoup plus que de simples soins de longue durée en établissement et devraient continuer de le faire.

L'accès des aînés francophones en situation minoritaire aux foyers de soins de longue durée est une problématique bien réelle. Cependant, peu d'études portent sur ce sujet, que ce soit à l'échelle du pays ou à l'échelle des provinces. La Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (FAAFC) en a même fait une priorité de recherche dans ses réflexions et discussion qui ont suivi le deuxième Forum sur la santé organisé par le Consortium national de formation en santé (CNFS) en 2007. La FAAFC a défini cinq priorités de recherche (rapporté dans Forgues, Doucet et Guignard Noël, 2011) :

- Le vieillissement à domicile;
- L'accès aux services de longue durée;
- L'état de santé et la qualité de vie des aînés;
- La promotion de la santé et la prévention de la maladie;
- La santé mentale chez les aînés francophones.

Cependant, les écrits démontrent que la langue des services dans les foyers de soins ne fait pas l'objet d'une planification formelle conduisant à des mesures qui visent à répondre aux besoins des aînés francophones. Le rapport intitulé *La prise en compte de la langue dans les foyers de soins pour personnes âgées* (Forgues et coll., 2012) rapporte que très peu de foyers de soins dans les trois provinces ayant fait l'objet de cette étude (Ontario, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) réservent une section à l'intention des résidents francophones. Les activités et les services se déroulent principalement en anglais. À certaines occasions comme la fête de Noël ou la fête nationale des Acadiens, le menu peut être adapté à la culture acadienne ou francophone.

Outre la documentation provenant du gouvernement provincial qui peut l'offrir dans les deux langues, les affichages et la communication se font en anglais. Dans les foyers majoritairement anglophones, la langue représente une dimension qui n'est pas prise en compte dans l'organisation des services. Les politiques d'embauche ne tiennent pas compte des compétences linguistiques en français des candidats et plusieurs employés interviewés dans le cadre de cette étude se réjouissent de cette situation. Si les

employés sont bilingues, ils peuvent offrir un service en français. L'offre de services en français dans ces foyers est souvent le fruit du hasard plutôt que le résultat d'une planification.

L'état de la situation fait croire que les parties intéressées préfèrent taire la dimension linguistique de la vie au foyer. Les résidents et leurs proches aidants ne formulent pas de demandes au risque de soulever des questions linguistiques délicates. Ils craignent que cela ne provoque des conséquences fâcheuses pour les aînés francophones qui vivent dans ces résidences. Les résidents francophones sont pour la plupart bilingues et ils acceptent de passer du français à l'anglais, selon la langue des employés qui les aident.

## 3.5 Professionnels de la santé

Les documents regroupés sous cette thématique étudient les besoins en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé pour la population en général et pour les aînés en particulier. Seize (16) documents ont été recensés dans cette catégorie. Sept (7) documents se penchent sur la question à l'échelle de la province et neuf (9) à l'échelle du pays.

Le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées passent nécessairement par la compétence, le professionnalisme, le respect et l'empathie des professionnels de la santé. Les ressources humaines sont un facteur clé de l'accès à des soins et services de santé de qualité en français. La disponibilité de ressources humaines en nombre suffisant constitue un défi majeur pour tous les systèmes de santé au pays. Cependant, la littérature démontre que lorsque les institutions de soins de santé et les professionnels de la santé ne possèdent pas les compétences culturelles nécessaires pour desservir une population donnée, l'accès aux services est déficient, la qualité des soins tend à diminuer et, ultimement, l'état de santé de cette population en souffre.

Le rapport provincial du projet *Préparer le terrain* (Réseaux de santé en français de l'Ontario, 2006)<sup>8</sup> a relevé les faits saillants des besoins de la population francophone locale en ce qui concerne les soins de santé primaires. Dans toutes les régions de la province, on note d'importantes variations dans la disponibilité des services de santé en français, un manque de professionnels de la santé bilingues, des difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels bilingues, un manque de coordination et d'aiguillage pour maximiser l'utilisation de ces services par les francophones et un manque de suivis pertinents.

Le rapport indique aussi que les ressources humaines constituent un élément clé de la question de l'amélioration de l'accès aux services de santé en français. On signale que partout dans le Sud de la province, on assiste à une pénurie de professionnels de la santé. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les orthophonistes et les travailleurs sociaux sont les plus recherchés. Le manque d'information sur les ressources humaines francophones existantes et l'utilisation inadéquate de ces ressources humaines constitue l'autre aspect de la problématique. En effet, les professionnels francophones ne sont pas bien répertoriés et il n'existe aucun mécanisme formel de coordination, d'aiguillage ou de jumelage.

Par ailleurs, les études rapportent qu'en Ontario, le rapport médecin/patient est de 1 médecin pour 138 patients francophones (selon la première langue officielle parlée). On dénombre un omnipraticien ou médecin de famille francophone pour 297 patients francophones et les médecins francophones sont situés pour la plupart (91,4 %) dans le sud de l'Ontario où l'on observe un médecin pour 111 patients

Brynaert Brennan et Associé.e.s

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Les quatre réseaux sont : le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario, le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

francophones. La littérature démontre que c'est dans le sud de l'Ontario que le rapport médecin francophone/patient francophone est le plus favorable (1/248 pour les omnipraticiens et les médecins de famille et 1/1 202 pour les autres spécialistes) et dans les milieux urbains (1/266 pour les omnipraticiens et les médecins de famille et 1/1 209 pour les autres spécialistes) (Gauthier et coll., 2012).

Le rapport *Infirmières réglementées : tendances canadiennes – 2007 à 2011* (Institut canadien d'information sur la santé, 2012a) rapporte que la main-d'œuvre infirmière réglementée en Ontario a connu une croissance de 7,7 % de 2007 à 2011 pour atteindre un total de 126 169 infirmières réglementées. Le nombre d'infirmières réglementées de la province par 100 000 habitants est passé de 915 en 2007 à 943 en 2011. En 2011, 13,6 % de la main-d'œuvre infirmière réglementée était âgée de 60 ans ou plus, par rapport à 11,1 % dans l'ensemble du Canada. En 2011, 66,4 % des infirmières réglementées travaillaient à temps plein, par rapport à 61,3 % en 2007. Parmi les 114 011 diplômées des programmes de soins infirmiers de l'Ontario travaillant au Canada en 2011, 93,3 % occupaient un emploi dans la province, alors que 2,3 % occupaient un emploi en Colombie-Britannique, 1,8 % en Alberta et 0,5 % au Manitoba. Toutefois, le rapport ne présente aucune information sur les infirmières pouvant offrir des services en français.

La Société Santé en français (2013), dans son rapport intitulé *Destination santé 2018 : qualité, sécurité et mieux-être en français*, soutient que l'offre de services en français risque d'aller en diminuant en raison d'une pénurie anticipée de ressources humaines en santé et des coupes envisagées dans les programmes. De plus, la capacité du système de santé à identifier et à jumeler le personnel qui parle français avec la clientèle francophone est limitée et la demande de services en français sera à la hausse en raison du vieillissement des communautés francophones.

Soulignons aussi que dans le cadre de l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2006), la pénurie de professionnels de la santé a été identifiée comme étant un problème important pour les aînés dans de nombreuses collectivités de l'Ontario. Bien qu'une vaste gamme de services ait été déployée pour aider les aînés, nombre de ces services (livraison de repas, transport spécialisé, soins à domicile, aide familiale, services de relève, conseils et informations) ne sont pas accessibles ou sont beaucoup trop chers dans de nombreuses collectivités rurales ou éloignées.

Les écrits démontrent que les aides-infirmiers, les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires jouent un rôle capital dans la prise en charge et l'offre de services aux aînés, tant dans les centres hospitaliers et les établissements hébergeant les personnes âgées que dans le cadre des soins à domicile. Cependant, en raison de plusieurs facteurs, il est difficile d'estimer avec précision le nombre de ces professionnels qui travaillent en Ontario. Selon les données de Santé Canada, environ 100 000 personnes travailleraient comme préposés aux services de soins personnels ou accompliraient des rôles semblables en Ontario. Ce chiffre est dérivé d'informations provenant de diverses sources, notamment les rapports sur les établissements de soins de longue durée, les sites Web d'employeurs et d'associations et d'autres études pertinentes. Les données de Santé Canada révèlent par ailleurs que ce secteur connaît une croissance rapide et affiche un faible taux de chômage (Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé, 2006).

Selon les données du recensement, environ 98 % des aides-infirmières, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires travaillaient en 2006 dans le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale, surtout dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des résidences privées pour personnes âgées (53 %) et dans des hôpitaux (41 %). Entre 1991 et 2006, leur nombre n'a augmenté que

légèrement dans les hôpitaux, tandis qu'il a plus que doublé dans les CHSLD et les résidences privées pour personnes âgées<sup>9</sup>.

#### 4 Conclusion de la revue documentaire

Les études indiquent que les francophones hors Québec ont de moins bons résultats en matière de santé que les non-francophones. 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. Partout au pays, les francophones vivant en situation minoritaire ont historiquement un accès limité à des services de santé en français. Depuis les deux dernières décennies, on constate des progrès considérables dans le domaine des services de santé en français en Ontario. Les mécanismes de revendication des droits des francophones et la capacité de former des professionnels de la santé en français dans la province ont contribué à ces progrès. En dépit de ces progrès, des études démontrent que le besoin de services de santé dans la langue officielle minoritaire demeure important.

La documentation recensée démontre que les aînés francophones de l'Ontario s'inscrivent dans la tendance des aînés au Canada en termes de besoins de santé et aussi dans la tendance des aînés vivant dans les communautés francophones en situation minoritaire en termes d'accès aux services de santé en français. La littérature rapporte que les aînés d'aujourd'hui sont davantage en bonne santé et vivent plus longtemps que ceux de la génération précédente. Ceci peut s'expliquer par le fait que les aînés de la génération précédente sont venus au monde durant une période où les droits des francophones en matière de soins de santé, d'éducation, de justice, etc. n'étaient pas reconnus. De plus, ces gens étaient moins scolarisés et moins nantis que les aînés de la majorité anglophone (le niveau de scolarité et le revenu étant d'importants déterminants de la santé).

Les études démontrent aussi que la langue joue un rôle important dans la prestation des soins de santé. Elle permet une communication claire et efficace entre le patient et le professionnel de la santé, mais il existe aussi une connexion naturelle qui vient spontanément lorsque les interlocuteurs partagent la même langue. Bowen (2001), dans son étude intitulée *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, 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.

Les statistiques démontrent que l'effet du vieillissement sur les communautés ontariennes sera profond. Les organismes, les intervenants, les régions et les municipalités devront travailler en partenariat pour créer des collectivités capables d'offrir un soutien adéquat aux aînés. Les personnes âgées qui choisissent de continuer à habiter leur domicile ont des besoins différents de celles ayant besoin de foyers pour aînés ou de soins de longue durée. Pour diminuer les dépenses du domaine de la santé et permettre aux Ontariens de vieillir en santé tout en étant autonomes et actifs, l'aménagement des quartiers, l'organisation des services de transport et d'habitation et celle des modes de prestation des autres programmes et services destinés aux aînés doivent faire l'objet d'une planification poussée.

Le vieillissement touche de façon plus prononcée les communautés francophones vivant en situation minoritaire. Les statistiques rapportent que l'indice du vieillissement des francophones de l'Ontario est passé de 1,29 en 2006 à 1,44 en 2011, soit une augmentation de 0,15, alors que cette augmentation n'est que de 0,8 pour la communauté anglophone (0,56 en 2006 et 0,64 en 2011). Soulignons aussi que la majorité des aînés de la province souhaitent vivre le plus longtemps possible dans leur habitation

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Rapporté par Service Canada : http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi\_avenir/statistiques/3413.shtml

actuelle. Quant aux communautés francophones vivant dans les régions rurales ou éloignées, l'accès aux services de soins de santé et services sociaux est plus pénible que pour les communautés vivant dans les grands centres urbains. Il résulte de ces constatations que les besoins en matière de prise en charge, de soins de santé et d'hébergement augmentent et continueront d'augmenter pour les aînés francophones d'ici les trois prochaines décennies. Pour mieux répondre à ces besoins, il est important de renforcer les secteurs des soins à domicile et des soins communautaires, les foyers d'hébergement pour aînés et les foyers de soins de longue durée. Les stratégies pour augmenter le nombre de professionnels francophones et bilingues sont aussi à explorer dans ce contexte.

# Section III - Analyse démographique

Cette section du document présente un profil démographique de la francophonie sur l'ensemble du territoire de l'Entité de planification, soit le territoire desservi par le RLISS d'Érié St. Clair et par le RLISS du Sud-Ouest.

# 1 Faits saillants de l'analyse démographique

L'analyse puise dans les données de Statistique Canada en utilisant la *première langue officielle parlée* (*PLOP*). La méthode utilisée pour déterminer cette variable tient d'abord compte de la connaissance des deux langues officielles, puis de la langue maternelle, et enfin, de la langue parlée à la maison.

L'analyse inclut parmi les francophones les personnes qui ont le français seulement comme PLOP (PLOP français) et celles qui ont à la fois l'anglais et le français comme PLOP (PLOP anglais et français). Cette méthode s'apparente à la *Définition inclusive de francophone (DIF)* de l'Ontario. Dans les statistiques sur le revenu, il n'est pas possible de combiner ces deux groupes linguistiques; l'analyse est axée sur les personnes ayant le français seulement comme PLOP.

# Première langue officielle parlée

Le territoire desservi par les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest compte 29 525 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais (1,9 % de la population totale de 1 526 335 personnes).

- Le territoire du RLISS d'Érié St. Clair compte 18 350 personnes qui ont le français comme PLOP, seul ou avec l'anglais (3,0 % de la population totale).
- Le RLISS du Sud-Ouest compte 11 175 personnes qui ont le français comme PLOP, seul ou avec l'anglais (1,2 % de la population totale).

La population francophone du territoire est vieillissante par comparaison avec la population anglophone, et la population francophone d'Érié St. Clair est vieillissante par comparaison avec celle du Sud-Ouest.

- Dans l'ensemble du territoire, 24,1 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 15,5 % parmi la population anglophone.
- Dans Érié St. Clair, 27,7 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 18,3 % dans le Sud-Ouest.

Le territoire desservi compte 7 125 personnes de 65 ans et plus (3 905 femmes et 3 205 hommes) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

- Érié St. Clair compte 5 080 francophones de 65 ans et plus (2 775 femmes et 2 290 hommes), dont 3 505 dans la division de recensement d'Essex.
- Le Sud-Ouest compte 2 045 francophones de 65 ans et plus (1 130 femmes et 915 hommes), dont 1 055 dans la division de recensement de Middlesex.

# Langue parlée à la maison

Le territoire desservi compte un total de 30 330 personnes (13 345 hommes et 17 025 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (2,0 % de la population totale). Environ 22 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Érié St. Clair compte un total de 18 145 personnes (8 105 hommes et 10 045 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (3,0 % de la population totale). Environ 16 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Le Sud-Ouest compte un total de 12 185 personnes (5 240 hommes et 6 980 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,3 % de la population totale). Environ 36 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

#### **Revenus**

En 2011, dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Windsor, chez les 65 ans et plus, les francophones ont un revenu médian (28 435 \$) comparable et un revenu moyen (33 637 \$) légèrement moins élevé que celui des anglophones d'environ 5 %. Chez les hommes de 65 ans et plus, la tendance au revenu plus faible est marquée (environ 10 %); chez les femmes du même groupe d'âge, les revenus des francophones sont légèrement plus élevés que chez les anglophones d'environ 8 %.

Dans la RMR de London, les francophones de 65 ans et plus ont un revenu médian (22 252 \$) moins élevé que celui des anglophones d'environ 21 % et un revenu moyen (31 185 \$) moins élevé d'environ 17 %. Chez les hommes, la différence est d'environ 10 %; chez les femmes, la différence est plus marquée, à environ 18 %.

En somme, il existe une différence marquée dans les revenus des francophones et ceux des anglophones chez les personnes de 65 ans et plus dans les deux RMR. Cette tendance est vérifiée tant chez les hommes que chez les femmes dans Windsor, alors qu'elle est vraie chez les hommes seulement à London.

# **Immigration**

Les agglomérations urbaines (RMR et agglomérations de recensement – AR) du territoire desservi comptent 198 025 immigrants, dont 4 840 ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

La population immigrante francophone (18,7 %) est proportionnellement aussi importante que dans la communauté anglophone (16,7 %). La proportion relative d'immigrants qui sont au pays depuis 2001 ou après est plus grande parmi les immigrants francophones (40,2 %) que parmi les immigrants anglophones (22,5 %). Toutefois, elle est équivalente parmi les immigrants âgés de 65 ans et plus (1,5 % et 2,2 % respectivement).

- La RMR de Windsor compte 2 520 immigrants qui ont le français comme PLOP (21,3 % de la population francophone), dont 335 sont âgés de 65 ans et plus (10,4 % des aînés francophones).
- L'AR de Leamington compte 135 immigrants qui ont le français comme PLOP (19,3 % de la population francophone); aucun n'est âgé de 65 ans et plus.
- L'AR de Chatham-Kent compte 85 immigrants qui ont le français comme PLOP (3,6 % de la population francophone), dont 40 sont âgés de 65 ans et plus (5,3 % des aînés francophones).
- L'AR de Sarnia compte 100 immigrants qui ont le français comme PLOP (5,0 % de la population francophone), dont 35 sont âgés de 65 ans et plus (5,5 % des aînés francophones).
- La RMR de London compte 2 000 immigrants qui ont le français comme PLOP (25,5 % de la population francophone), dont 245 sont âgés de 65 ans et plus (23,7 % des aînés francophones).
- Les AR de Ingersoll, Woodstock, Tillsonburg, Stratford et Owen Sound comptent un total de 1 070 francophones, dont 270 sont âgés de 65 ans et plus. Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages indiquent qu'il n'y a aucun immigrant francophone dans ces agglomérations.

Rapport sur les besoins de ser	vices et de logement de	s personnes aniees ifat	icophones – the St. C	iaii/Suu-Ouest

# 2 Méthodologie

## 2.1 Territoire compris dans l'analyse

L'étude porte sur les territoires du RLISS d'Érié St. Clair et du RLISS du Sud-Ouest. Les limites géographiques peuvent varier selon la source des données employées dans l'étude.

- Les données administratives de chacun des RLISS correspondent directement au territoire sous leur administration. En général, la variable linguistique n'est pas disponible.
- Les données de Statistique Canada ont été regroupées pour correspondre aux limites territoriales de chaque RLISS en utilisant les divisions de recensement (DR), les régions métropolitaines de recensement (RMR) et les agglomérations de recensement (AR). Toutefois, les publications et analyses de Statistique Canada ne permettent pas toujours d'obtenir un portrait complet pour l'ensemble des territoires visés. La variable linguistique est très souvent disponible, mais pas sur tout le territoire et dans toutes les analyses.
- La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) définit la région du Sud-Ouest de l'Ontario comme l'ensemble du territoire desservi par les deux RLISS. Les données sont regroupées par comtés, avec une sous-division par zone urbaine dans le cas du comté d'Essex dans certains cas. La variable linguistique n'est pas disponible.

## RLISS D'ÉRIÉ ST. CLAIR

Carte: http://www.lhins.on.ca/uploadedFiles/Shared\_Elements/lhin\_map\_1.pdf

Le territoire du RLISS d'Érié St. Clair comprend trois (3) divisions de recensement – Chatham-Kent, Essex et Lambton – et quatre (4) agglomérations urbaines, dont la région métropolitaine de recensement de Windsor.

Tableau 7: Unités géographiques de la région du RLISS d'Érié St. Clair

Divisions de recensement (DR)	Régions métropolitaines de recensement (RMR) et Agglomérations de recensement (AR)
Chatham-Kent (3536)	Chatham-Kent (556) AR
Essex (3537)	<ul> <li>Leamington (557) AR</li> </ul>
	Windsor (559) RMR
Lambton (3538)	Sarnia (562) AR

# **RLISS DU SUD-OUEST**

Carte: http://www.lhins.on.ca/uploadedFiles/Shared\_Elements/lhin\_map\_2.pdf

Le territoire du RLISS du Sud-Ouest s'étend sur une vaste zone du sud-ouest de l'Ontario, du lac Érié à la péninsule Bruce. On y retrouve la totalité des divisions de recensement de Bruce, Elgin, Huron, Middlesex, Oxford et Perth, environ 95 % de la DR de Grey, et environ 12 % de la DR de Haldimand-Norfolk.

La DR de Haldimand-Norfolk est exclue aux fins de cette analyse. Si la population francophone de cette DR est répartie également sur le territoire, cela représente environ 130 francophones (PLOP), dont 40 sont âgés de 65 ans et plus.

Tableau 8 : Unités géographiques de la région du RLISS du Sud-Ouest

Divisions de recensement (DR)	Régions métropolitaines de recensement (RMR) et Agglomérations de recensement (AR)
Perth (3531)	Stratford (553) AR
Oxford (3532)	Ingersoll (533) AR
	Woodstock (544) AR
	Tillsonburg (546) AR
Elgin (3534)	a Landan (EEE) DMD
Middlesex (3539)	• London (555) RMR
Huron (3540)	
Bruce (3541)	
Grey (3542)	Owen Sound (566) AR

## 2.2 Disponibilité des données

L'analyse puise dans quatre sources principales de données :

- Les tableaux thématiques concernant la langue publiés par Statistique Canada et tirés du Recensement de 2011<sup>10</sup>;
- Le DVD-ROM Portrait des communautés de langue officielle au Canada : Recensement de 2006;
- Les tableaux thématiques sur le revenu et le logement et sur l'immigration et la diversité culturelle publiés par Statistique Canada et tirés de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011<sup>11</sup>;
- Les données annuelles de 2012 concernant les indicateurs de la santé dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)<sup>12</sup>.

Dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM), les données concernant l'immigration et les revenus sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages privés.

La population francophone dans les RMR et AR de la région représente 87,5 % de la population francophone totale des divisions de recensement de la région telle que calculée à partir des données du Recensement (25 835 sur 29 525). La population francophone de 65 ans et plus dans les RMR et AR de la région représente 84,1 % de la population francophone totale des divisions de recensement de la région telle que calculée à partir des données du Recensement (5 990 sur 7 125). Pour l'ensemble de la région, les données obtenues par le biais de l'ENM excluent donc environ 12,5 % de la population francophone et environ 15,9 % de la population francophone de 65 ans et plus telles que calculées à partir des données du Recensement.

-

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/index-fra.cfm

<sup>12</sup> http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1050501

Cinq (5) agglomérations ont fait l'objet d'analyses détaillées; selon les données de l'ENM, elles totalisent 24 765 francophones (près de 84 % des francophones de tout le territoire de l'Entité) et 5 720 francophones âgés de 65 ans et plus (plus de 80 % des aînés francophones de tout le territoire de l'Entité) :

- La population francophone dans la RMR de Windsor représente 89,4 % de la population francophone totale de la division de recensement d'Essex (11 825 sur 13 220). La population francophone de 65 ans et plus représente 91,7 % de la population aînée francophone d'Essex (3 215 sur 3 505).
- La population francophone dans l'AR de Leamington représente 5,3 % de la population francophone totale de la division de recensement d'Essex (700 sur 13 220). La population francophone de 65 ans et plus représente 2,4 % de la population aînée francophone d'Essex (85 sur 3 505).
- La population francophone dans l'AR de Chatham-Kent représente 90,4 % de la population francophone totale de la division de recensement de Chatham-Kent (2 365 sur 2 615). La population francophone de 65 ans et plus représente 94,9 % de la population aînée francophone de la DR de Chatham-Kent (750 sur 790).
- La population francophone dans l'AR de Sarnia représente 80,3 % de la population francophone totale de la division de recensement de Lambton (2 020 sur 2 515). La population francophone de 65 ans et plus représente 80,9 % de la population aînée francophone de Lambton (635 sur 785).
- La RMR de London s'étend sur la plus grande partie du territoire de la DR de Middlesex, de même que la partie centrale de la DR d'Elgin. La population francophone dans la RMR de London représente 98,8 % de la population francophone totale des divisions de recensement de Middlesex et Elgin réunies (7 855 sur 7 950). La population francophone de 65 ans et plus représente 82,5 % de la population aînée francophone de Middlesex et Elgin (1 035 sur 1 255).

Cinq (5) agglomérations n'ont pas fait l'objet d'analyses détaillées. Les AR d'Ingersoll, Woodstock, Tillsonburg, Stratford et Owen Sound comptent un total de 1 070 francophones, dont 270 sont âgés de 65 ans et plus.

Les estimations de la population francophone répondant à chaque indicateur de santé sont basées sur les comptes de la population du Recensement de 2011, en fonction du poids démographique des francophones (PLOP) pour le groupe d'âge de 65 ans et plus.

Il est à noter que le cancer, les maladies cardiaques, les troubles neurologiques et les démences ne figurent pas parmi la liste des indicateurs de l'Enquête pour lesquels une comparaison selon la langue est disponible.

# 2.3 Définition de francophone

L'analyse des données de Statistique Canada utilise la variable *Première langue officielle parlée (PLOP)*. La méthode utilisée pour déterminer cette variable tient d'abord compte de la connaissance des deux langues officielles, puis de la langue maternelle, et enfin, de la langue parlée à la maison.

Dans les analyses, à moins d'indication contraire, les francophones incluent les personnes qui ont le français seulement comme PLOP (PLOP français) et celles qui ont à la fois l'anglais et le français comme PLOP (PLOP anglais et français). Cette méthode s'apparente à la *Définition inclusive de francophone (DIF)* de l'Ontario.

Dans les statistiques sur le revenu, il n'est pas possible de combiner ces deux groupes linguistiques; l'analyse est axée sur les personnes ayant le français seulement comme PLOP.

Tous les tableaux sources de l'analyse démographique se retrouvent dans le fichier imbriqué suivant (version électronique du rapport). Il suffit de double-cliquer sur l'icône du fichier ci-après pour l'ouvrir et ainsi voir les tableaux Excel apparaître à l'écran. La lecture du fichier et son utilisation requièrent un logiciel pouvant traiter les fichiers Excel 2007-2010.

# Fichier Excel imbriqué 2 : Analyse démographique



# 3 Constats de l'analyse démographique

## 3.1 Première langue officielle parlée

Le territoire desservi compte 29 525 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 1,9 % de la population totale de 1 526 335 personnes.

- Le RLISS d'Érié St. Clair compte 18 350 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 3,0 % de la population totale de 612 565 personnes.
- Le RLISS du Sud-Ouest compte 11 175 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 1,2 % de la population totale de 913 770 personnes.

La répartition par groupes d'âge de la population montre que la population francophone du territoire est vieillissante par comparaison avec la population anglophone, et que la population francophone d'Érié St. Clair est vieillissante par comparaison avec celle du Sud-Ouest.

- Dans l'ensemble du territoire, 24,1 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 15,5 % parmi la population anglophone, et 20,1 % est âgée de moins de 25 ans, contre 30,9 % parmi la population anglophone.
- Dans Érié St. Clair, 27,7 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 18,3 % dans le Sud-Ouest, et 18,4 % est âgée de moins de 25 ans, contre 22,8 % dans le Sud-Ouest.

On observe que le territoire desservi compte 7 125 francophones de 65 ans et plus (3 905 femmes et 3 205 hommes) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

- Érié St. Clair compte 5 080 francophones de 65 ans et plus (2 775 femmes et 2 290 hommes), dont 3 505 dans la division de recensement d'Essex.
- Le Sud-Ouest compte 2 045 francophones de 65 ans et plus (1 130 femmes et 915 hommes), dont 1 055 dans la division de recensement de Middlesex.

# 3.2 Langue parlée à la maison

Le territoire desservi compte un total de 30 330 personnes (13 345 hommes et 17 025 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (2,0 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 2 280 personnes (1 060 hommes et 1 245 femmes)
  parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,7 % de la population du même groupe
  d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 1 840 personnes (745 hommes et 1 085 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,7 % de la population du même groupe d'âge).
- Environ 22 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Érié St. Clair compte un total de 18 145 personnes (8 105 hommes et 10 045 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (3,0 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 1 525 personnes (730 hommes et 805 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (2,9 % de la population du même groupe d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 1 310 personnes (535 hommes et 770 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (3,0 % de la population du même groupe d'âge).
- Environ 16 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Le Sud-Ouest compte un total de 12 185 personnes (5 240 hommes et 6 980 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,3 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 755 personnes (330 hommes et 440 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (0,9 % de la population du même groupe d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 530 personnes (210 hommes et 315 femmes)
  parlent le français au moins régulièrement à la maison (0,8 % de la population du même groupe
  d'âge).
- Environ 36 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

#### 3.3 Revenus

Les données de 2011 (Enquête nationale auprès des ménages) permettent de comparer certaines caractéristiques du revenu selon la première langue officielle parlée dans les deux RMR du territoire, Windsor et London.

Pour la RMR de Windsor:

- Les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones d'environ 10 %.
- Chez les 55 à 64 ans, les francophones ont un revenu médian (37 012 \$) comparable et un revenu moyen (56 675 \$) plus élevé que les anglophones d'environ 27 %. Chez les hommes, la tendance au revenu plus élevé est marquée (environ 47 % dans le revenu moyen); chez les femmes du même groupe d'âge, le revenu médian est plus élevé d'environ 11 % et le revenu moyen est comparable.

Chez les 65 ans et plus, les francophones ont un revenu médian (28 435 \$) comparable et un revenu moyen (33 637 \$) légèrement moins élevé que les anglophones d'environ 5 %. Chez les hommes de 65 ans et plus, la tendance au revenu plus faible est marquée (environ 10 %); chez les femmes du même groupe d'âge, les revenus des francophones sont légèrement plus élevés que chez les anglophones d'environ 8 %.

#### Pour la RMR de London:

- Les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen plus élevé que les anglophones d'environ 18 % et un revenu médian plus élevé d'environ 14 %.
- Chez les 55 à 64 ans, les francophones ont un revenu médian (40 850 \$) et un revenu moyen (51 399 \$) plus élevé que les anglophones d'environ 9 %. Cette tendance s'observe tant chez les hommes que chez les femmes.
- Chez les 65 ans et plus, les francophones ont un revenu médian (22 252 \$) moins élevé que les anglophones d'environ 21 % et un revenu moyen (31 185 \$) moins élevé d'environ 17 %. Chez les hommes la différence est d'environ 10 %; chez les femmes du même groupe d'âge, la différence est plus marquée, à environ 18 %.

En somme, il existe une différence marquée dans les revenus des francophones et ceux des anglophones chez les personnes de 65 ans et plus dans les deux RMR. Cette tendance est vérifiée tant chez les hommes que chez les femmes dans Windsor, alors qu'elle est vraie chez les hommes seulement à London.

Les données de 2006 (questionnaire détaillé du Recensement) permettent de comparer les revenus selon la première langue officielle parlée dans l'ensemble du territoire. Toutefois, en raison des nombres modestes de PLOP français et anglais et de PLOP français dans certaines divisions de recensement, les données ne sont pas disponibles par groupe d'âge.

# Pour l'ensemble des divisions de recensement du territoire :

- Pour tous les groupes d'âge, les personnes ayant le français seulement comme PLOP sont moins nombreuses (27,5 %) dans les tranches de revenu modeste (moins de 15 000 \$) que les anglophones (34,0 %). Les PLOP français sont légèrement plus nombreux que les anglophones dans les tranches moyenne (de 15 000 \$ à 39 999 \$) et supérieure (40 000 \$ et plus). Par contre, 64,6 % des personnes ayant à la fois l'anglais et le français comme PLOP se situent dans la catégorie de revenu inférieure.
- Chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en 2006 (50 à 69 ans en 2011), la répartition par tranches de revenu entre les francophones (PLOP français) et les anglophones est similaire. Les PLOP anglais et français sont plus nombreux dans les tranches de revenu inférieure et supérieure, et moins nombreux dans la catégorie moyenne.
- Chez les personnes âgées 65 ans et plus en 2006 (70 ans et plus en 2011), la répartition par tranches de revenu entre les francophones (PLOP français) et les anglophones est similaire, mais les francophones sont un peu plus nombreux dans la catégorie moyenne et moins nombreux dans la catégorie supérieure.

Les données disponibles concernant le revenu moyen et le revenu médian pour les principales divisions de recensement où sont concentrés les francophones sont les suivantes :

 Dans Chatham-Kent, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen comparable et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois inférieur de 6 % et chez les 65 ans et plus, le revenu moyen est inférieur de 13 %.

- Dans Essex, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen comparable et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois inférieur de 5 % et chez les 65 ans et plus, le revenu moyen est inférieur de 11 %.
- Dans Lambton, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian passablement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois comparable et chez les 65 ans et plus, le revenu médian est inférieur de 14 % et le revenu moyen est supérieur de 47 %.
- Dans Middlesex, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian passablement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois comparable et chez les 65 ans et plus, le revenu médian est inférieur de 9,4 % et le revenu moyen est comparable.

## 3.4 Immigration

Les RMR et AR du territoire desservi comptent 198 025 immigrants, dont 4 840 ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

La population immigrante francophone (18,7 %) est proportionnellement aussi importante que dans la communauté anglophone (16,7 %). La proportion relative d'immigrants qui sont au pays depuis 2001 ou après est plus grande parmi les immigrants francophones (40,2 %) que parmi les immigrants anglophones (22,5 %). Toutefois, elle est équivalente parmi les immigrants âgés de 65 ans et plus (1,5 % et 2,2 % respectivement).

- La RMR de Windsor compte 2 520 immigrants (21,3 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 335 sont âgés de 65 ans et plus (10,4 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 21,5 % de la population anglophone et 36,7 % parmi les aînés.
- L'AR de Leamington compte 135 immigrants (19,3 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP); aucun n'est âgé de 65 ans et plus. À titre comparatif, les immigrants représentent 20,2 % de la population anglophone et 33,9 % parmi les aînés.
- L'AR de Chatham-Kent compte 85 immigrants (3,6 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 40 sont âgés de 65 ans et plus (5,3 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 8,4 % de la population anglophone et 18,4 % parmi les aînés.
- L'AR de Sarnia compte 100 immigrants (5,0 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 35 sont âgés de 65 ans et plus (5,5 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 11,0 % de la population anglophone et 26,8 % parmi les aînés.
- La RMR de London compte 2 000 immigrants (25,5 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 245 sont âgés de 65 ans et plus (23,7 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 18,0 % de la population anglophone et 32,9 % parmi les aînés.
- Les AR de Ingersoll, Woodstock, Tillsonburg, Stratford et Owen Sound comptent un total de 1 070 francophones, dont 270 sont âgés de 65 ans et plus. Les données de l'ENM indiquent qu'il n'y a aucun immigrant francophone dans ces AR.

#### 3.5 Indicateurs de la santé

L'étude explore selon deux sources disponibles les indicateurs de la santé des personnes aînées francophones des deux régions. Une première série d'estimations est fondée sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Ces estimations sont ensuite comparées aux résultats d'un sondage réalisé par l'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest portant sur la santé des francophones et l'utilisation des services de santé en 2013.

Les estimations annuelles pour 2012 concernant les indicateurs de la santé sont présentées pour les deux RLISS du territoire desservi, en fonction du pourcentage d'incidence rapporté suite à l'ESCC. Les estimations de la population francophone répondant à chaque indicateur sont basées sur les comptes de la population du Recensement de 2011, en fonction du poids démographique des francophones (PLOP) pour le groupe d'âge de 65 ans et plus.

Ces nombres sont des ordres de grandeur. Ils peuvent être modulés, mais toujours approximativement, en fonction de la comparaison pour chaque indicateur de la santé selon la première langue officielle parlée, pour 2009-2010, pour tous les groupes d'âge, pour les deux sexes, pour tout l'Ontario.

On constate notamment que les francophones présentent un profil significativement moins avantageux pour les indicateurs suivants :

- Maladies chroniques : arthrite, diabète, asthme, hypertension et maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC);
- Douleurs, malaises et limitation des activités;
- Tabagisme et exposition à la fumée secondaire;
- Embonpoint et obésité;
- Sentiment d'appartenance à la communauté locale;
- Médecin régulier.

Les indicateurs pour lesquels les francophones de l'Ontario (PLOP français seulement) présentent un profil plus avantageux que l'ensemble de la population sont les suivants (les astérisques\* dénotent les indicateurs où l'écart est important):

- Santé perçue, très bonne ou excellente;
- Satisfaction à l'égard de la vie;
- Consommation de fruits et légumes;
- Activité physique\*;
- Vaccination contre la grippe\*;
- Trouble de l'humeur;
- Santé fonctionnelle;
- Blessures causant la limitation des activités ou requérant un suivi médical.

Les indicateurs pour lesquels les francophones présentent un profil moins avantageux que l'ensemble de la population de la province sont les suivants (les astérisques\* dénotent les indicateurs où l'écart est important) :

- Santé perçue, passable ou mauvaise;
- Santé mentale perçue;
- Stress perçu;
- Maladies chroniques : arthrite, diabète, asthme, hypertension et MPOC\*;
- Douleurs, malaises et limitation des activités\*;
- Tabagisme et exposition à la fumée secondaire\*;

- Consommation d'alcool;
- Embonpoint et obésité\*;
- Sentiment d'appartenance à la communauté locale\*;
- Médecin régulier\*.

Il est à noter que le cancer, les maladies cardiaques, les troubles neurologiques et les démences ne figurent pas parmi la liste des indicateurs de l'Enquête pour lesquels une comparaison selon la langue est disponible.

Les estimations obtenues pour les 65 ans et plus par le biais des données de l'ESCC ont été comparées à certaines données obtenues suite au sondage de 2013 sur la santé des francophones et l'utilisation des services de santé dans les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, commandité par l'Entité.

Certains indicateurs présentent des données d'un ordre de grandeur comparable dans le cadre de l'ESCC et du sondage, alors que d'autres présentent des écarts importants. Il n'est pas possible de confirmer la représentativité du groupe de répondants au sondage pour ce qui est de la description des habitudes de vie et de l'incidence des problèmes de santé. Toutefois, le sondage étant plus complet et ciblé, surtout au niveau des maladies chroniques et de l'accès aux services de santé, il demeure un outil de référence utile.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié, en juin 2009, une analyse des indicateurs de santé, des facteurs de risque et des soins préventifs pour les francophones et les non-francophones de l'Ontario, fondée sur les données de l'ESCC de 2005 et de 2007 et couvrant la population de 12 ans et plus. Les résultats de cette étude confirment les observations faites ici.

## 4 Données détaillées

Les données concernant la première langue officielle parlée et la langue parlée à la maison proviennent du Recensement de 2011. Les données sur l'immigration proviennent de l'Enquête nationale sur les ménages de 2011. Les données détaillées sur les revenus pour les RMR de Windsor et London sont disponibles dans le cadre de l'ENM. Enfin, les données concernant le revenu n'étant pas disponibles avec une variable linguistique pour toutes les agglomérations dans le cadre de l'ENM, les données du Recensement de 2006 ont été utilisées pour présenter le portrait le plus récent possible concernant le revenu des francophones par comparaison avec celui des anglophones dans l'ensemble du territoire.

# 4.1 Première langue officielle parlée

Le territoire desservi compte 29 525 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 1,9 % de la population totale de 1 526 335 personnes.

- Le RLISS d'Érié St. Clair compte 18 350 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 3,0 % de la population totale de 612 565 personnes.
- Le RLISS du Sud-Ouest compte 11 175 personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais. Cela représente 1,2 % de la population totale de 913 770 personnes.

La répartition par groupes d'âge de la population montre que la population francophone du territoire est vieillissante par comparaison avec la population anglophone, et que la population francophone d'Érié St. Clair est vieillissante par comparaison avec celle du Sud-Ouest.

- Dans l'ensemble du territoire, 24,1 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 15,5 % parmi la population anglophone, et 20,1 % est âgée de moins de 25 ans, contre 30,9 % parmi la population anglophone.
- Dans Érié St. Clair, 27,7 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, contre 18,3 % dans le Sud-Ouest, et 18,4 % est âgée de moins de 25 ans, contre 22,8 % dans le Sud-Ouest.

On observe que le territoire desservi compte 7 125 francophones de 65 ans et plus (3 905 femmes et 3 205 hommes) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

- Érié St. Clair compte 5 080 francophones de 65 ans et plus (2 775 femmes et 2 290 hommes), dont 3 505 dans la division de recensement d'Essex.
- Le Sud-Ouest compte 2 045 francophones de 65 ans et plus (1 130 femmes et 915 hommes), dont 1 055 dans la division de recensement de Middlesex.

Les tableaux suivants présentent en détail les données concernant la première langue officielle parlée par groupes d'âge, pour l'ensemble du territoire et pour les territoires desservis par chacun des deux RLISS.

Tableau 9 : Population selon la première langue officielle parlée, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011

		Première langue officielle parlée (PLOP)									
Région	Total	Français	Français Anglais et français		% PLOP français sur total	Anglais	% PLOP anglais sur total				
Total	1 526 335	24 620	4 905	29 525	1,9 %	1 481 745	97,1 %				
Érié St. Clair	612 565	15 700	2 650	18 350	3,0 %	586 500	95,7 %				
Sud-Ouest	913 770	8 920	2 255	11 175	1,2 %	895 245	98,0 %				

Tableau 10 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011

					Première langue	officielle parlée (PLO	P)		
Groupes d'âge	Total	Français	Anglais et français	Total francophones	% PLOP français sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP français	Anglais	% PLOP anglais sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP anglais
Total	1 526 335	24 620	4 905	29 525	1,9 %	100,0 %	1 481 745	97,1 %	100,0 %
0 à 14 ans	262 265	1 795	1 490	3 285	1,3 %	11,1 %	255 105	97,3 %	17,2 %
0 à 4 ans	84 190	480	245	725	0,9 %	2,5 %	80 335	95,4 %	5,4 %
5 à 9 ans	85 670	580	625	1 205	1,4 %	4,1 %	83 955	98,0 %	5,7 %
10 à 14 ans	92 400	740	640	1 380	1,5 %	4,7 %	90 815	98,3 %	6,1 %
15 à 24 ans	205 415	1 695	950	2 645	1,3 %	9,0 %	202 365	98,5 %	13,7 %
15 à 19 ans	105 370	855	590	1 445	1,4 %	4,9 %	103 770	98,5 %	7,0 %
20 à 24 ans	100 025	850	375	1 225	1,2 %	4,1 %	98 580	98,6 %	6,7 %
25 à 34 ans	176 065	2 070	540	2 610	1,5 %	8,8 %	172 560	98,0 %	11,6 %
25 à 29 ans	89 590	935	250	1 185	1,3 %	4,0 %	88 000	98,2 %	5,9 %
30 à 34 ans	86 475	1 130	275	1 405	1,6 %	4,8 %	84 560	97,8 %	5,7 %
35 à 44 ans	190 555	2 945	620	3 565	1,9 %	12,1 %	185 460	97,3 %	12,5 %
35 à 39 ans	90 835	1 345	300	1 645	1,8 %	5,6 %	88 485	97,4 %	6,0 %
40 à 44 ans	99 705	1 605	340	1 945	2,0 %	6,6 %	96 975	97,3 %	6,5 %
45 à 54 ans	241 745	4 575	560	5 135	2,1 %	17,4 %	234 860	97,2 %	15,9 %
45 à 49 ans	120 185	2 190	300	2 490	2,1 %	8,4 %	116 820	97,2 %	7,9 %
50 à 54 ans	121 575	2 380	260	2 640	2,2 %	8,9 %	118 035	97,1 %	8,0 %
55 à 64 ans	208 960	4 830	320	5 150	2,5 %	17,4 %	202 065	96,7 %	13,6 %
55 à 59 ans	109 330	2 385	190	2 575	2,4 %	8,7 %	105 870	96,8 %	7,1 %
60 à 64 ans	99 645	2 455	135	2 590	2,6 %	8,8 %	96 190	96,5 %	6,5 %
65 à 79 ans	179 415	5 045	295	5 340	3,0 %	18,1 %	170 850	95,2 %	11,5 %
65 à 69 ans	75 300	2 140	115	2 255	3,0 %	7,6 %	72 100	95,8 %	4,9 %
70 à 74 ans	58 115	1 545	110	1 655	2,8 %	5,6 %	55 300	95,2 %	3,7 %
75 à 79 ans	46 010	1 350	90	1 440	3,1 %	4,9 %	43 430	94,4 %	2,9 %
80 ans et plus	61 925	1 680	105	1 785	2,9 %	6,0 %	58 485	94,4 %	3,9 %

Tableau 11 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Érié St. Clair, 2011

					Première langue	officielle parlée (PLO	P)		
Groupes d'âge	Total	Français	Anglais et français	Total francophones	% PLOP français sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP français	Anglais	% PLOP anglais sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP anglais
Total	612 565	15 700	2 650	18 350	3,0 %	100,0 %	586 500	95,7 %	100,0 %
0 à 14 ans	105 845	1 055	830	1 885	1,8 %	10,3 %	102 620	97,0 %	17,5 %
0 à 4 ans	33 020	245	135	380	1,2 %	2,1 %	31 545	95,5 %	5,4 %
5 à 9 ans	35 150	355	370	725	2,1 %	4,0 %	34 275	97,5 %	5,8 %
10 à 14 ans	37 675	450	335	785	2,1 %	4,3 %	36 800	97,7 %	6,3 %
15 à 24 ans	81 290	1 030	465	1 495	1,8 %	8,1 %	79 600	97,9 %	13,6 %
15 à 19 ans	42 160	540	290	830	2,0 %	4,5 %	41 250	97,8 %	7,0 %
20 à 24 ans	39 120	490	175	665	1,7 %	3,6 %	38 340	98,0 %	6,5 %
25 à 34 ans	68 020	1 085	270	1 355	2,0 %	7,4 %	66 060	97,1 %	11,3 %
25 à 29 ans	34 025	485	115	600	1,8 %	3,3 %	33 155	97,4 %	5,7 %
30 à 34 ans	33 990	600	150	750	2,2 %	4,1 %	32 905	96,8 %	5,6 %
35 à 44 ans	78 970	1 690	365	2 055	2,6 %	11,2 %	75 925	96,1 %	12,9 %
35 à 39 ans	37 510	755	155	910	2,4 %	5,0 %	36 110	96,3 %	6,2 %
40 à 44 ans	41 455	945	220	1 165	2,8 %	6,3 %	39 820	96,1 %	6,8 %
45 à 54 ans	97 775	2 855	335	3 190	3,3 %	17,4 %	93 650	95,8 %	16,0 %
45 à 49 ans	48 585	1 355	185	1 540	3,2 %	8,4 %	46 535	95,8 %	7,9 %
50 à 54 ans	49 195	1 495	145	1 640	3,3 %	8,9 %	47 115	95,8 %	8,0 %
55 à 64 ans	84 015	3 125	170	3 295	3,9 %	18,0 %	79 860	95,1 %	13,6 %
55 à 59 ans	43 935	1 485	105	1 590	3,6 %	8,7 %	41 880	95,3 %	7,1 %
60 à 64 ans	40 090	1 635	65	1 700	4,2 %	9,3 %	37 985	94,7 %	6,5 %
65 à 79 ans	71 685	3 590	160	3 750	5,2 %	20,4 %	66 120	92,2 %	11,3 %
65 à 69 ans	30 085	1 475	55	1 530	5,1 %	8,3 %	28 050	93,2 %	4,8 %
70 à 74 ans	23 120	1 100	50	1 150	5,0 %	6,3 %	21 275	92,0 %	3,6 %
75 à 79 ans	18 485	1 005	55	1 060	5,7 %	5,8 %	16 790	90,8 %	2,9 %
80 ans et plus	24 970	1 280	50	1 330	5,3 %	7,2 %	22 670	90,8 %	3,9 %

Tableau 12 : Population selon la PLOP et le groupe d'âge, Sud-Ouest, 2011

					Première langue	officielle parlée (PLO	P)		
Groupes d'âge	Total	Français	Anglais et français	Total francophones	% PLOP français sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP français	Anglais	% PLOP anglais sur total du groupe d'âge	% du groupe d'âge sur total PLOP anglais
Total	913 770	8 920	2 255	11 175	1,2 %	100,0 %	895 245	98,0 %	100,0 %
0 à 14 ans	156 420	740	660	1 400	0,9 %	12,5 %	152 485	97,5 %	17,0 %
0 à 4 ans	51 170	235	110	345	0,7 %	3,1 %	48 790	95,3 %	5,4 %
5 à 9 ans	50 520	225	255	480	1,0 %	4,3 %	49 680	98,3 %	5,5 %
10 à 14 ans	54 725	290	305	595	1,1 %	5,3 %	54 015	98,7 %	6,0 %
15 à 24 ans	124 125	665	485	1 150	0,9 %	10,3 %	122 765	98,9 %	13,7 %
15 à 19 ans	63 210	315	300	615	1,0 %	5,5 %	62 520	98,9 %	7,0 %
20 à 24 ans	60 905	360	200	560	0,9 %	5,0 %	60 240	98,9 %	6,7 %
25 à 34 ans	108 045	985	270	1 255	1,2 %	11,2 %	106 500	98,6 %	11,9 %
25 à 29 ans	55 565	450	135	585	1,1 %	5,2 %	54 845	98,7 %	6,1 %
30 à 34 ans	52 485	530	125	655	1,2 %	5,9 %	51 655	98,4 %	5,8 %
35 à 44 ans	111 585	1 255	255	1 510	1,4 %	13,5 %	109 535	98,2 %	12,2 %
35 à 39 ans	53 325	590	145	735	1,4 %	6,6 %	52 375	98,2 %	5,9 %
40 à 44 ans	58 250	660	120	780	1,3 %	7,0 %	57 155	98,1 %	6,4 %
45 à 54 ans	143 970	1 720	225	1 945	1,4 %	17,4 %	141 210	98,1 %	15,8 %
45 à 49 ans	71 600	835	115	950	1,3 %	8,5 %	70 285	98,2 %	7,9 %
50 à 54 ans	72 380	885	115	1 000	1,4 %	8,9 %	70 920	98,0 %	7,9 %
55 à 64 ans	124 945	1 705	150	1 855	1,5 %	16,6 %	122 205	97,8 %	13,7 %
55 à 59 ans	65 395	900	85	985	1,5 %	8,8 %	63 990	97,9 %	7,1 %
60 à 64 ans	59 555	820	70	890	1,5 %	8,0 %	58 205	97,7 %	6,5 %
65 à 79 ans	107 730	1 455	135	1 590	1,5 %	14,2 %	104 730	97,2 %	11,7 %
65 à 69 ans	45 215	665	60	725	1,6 %	6,5 %	44 050	97,4 %	4,9 %
70 à 74 ans	34 995	445	60	505	1,4 %	4,5 %	34 025	97,2 %	3,8 %
75 à 79 ans	27 525	345	35	380	1,4 %	3,4 %	26 640	96,8 %	3,0 %
80 ans et plus	36 955	400	55	455	1,2 %	4,1 %	35 815	96,9 %	4,0 %

Tableau 13 : Répartition géographique de la population francophone selon les groupes d'âge, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011

		Groupes d'âge												
Géographie	Total	0 à 14 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 79 ans	80 ans et plus	Total 65 ans et plus				
TOTAL	29 525	3 285	2 645	2 610	3 565	5 135	5 150	5 340	1 785	7 125				
ÉRIÉ ST. CLAIR	18 350	1 885	1 495	1 355	2 055	3 190	3 295	3 750	1 330	5 080				
% de la population francophone du territoire	62,2 %	57,4 %	56,5 %	51,9 %	57,6 %	62,1 %	64,0 %	70,2 %	74,5 %	71,3 %				
Chatham-Kent (3536)	2 615	175	165	180	270	485	555	590	200	790				
Essex (3537)	13 220	1 490	1 155	1 005	1 545	2 310	2 215	2 525	980	3 505				
Lambton (3538)	2 515	220	175	170	240	395	525	635	150	785				
SUD-OUEST	11 175	1 400	1 150	1 255	1 510	1 945	1 855	1 590	455	2 045				
% de la population francophone du territoire	37,8 %	42,6 %	43,5 %	48,1 %	42,4 %	37,9 %	36,0 %	29,8 %	25,5 %	28,7 %				
Perth (3531)	450	45	25	55	55	85	85	65	15	80				
Oxford (3532)	1 015	70	70	75	150	175	230	190	50	240				
Elgin (3534)	795	45	35	65	100	175	170	160	40	200				
Middlesex (3539)	7 155	1 125	925	920	1 010	1 150	965	805	250	1 055				
Huron (3540)	395	25	25	30	25	80	95	90	30	120				
Bruce (3541)	585	30	25	45	65	110	160	120	35	155				
Grey (3542)	780	60	45	65	105	170	150	160	35	195				

# 4.2 Langue parlée à la maison

Le territoire desservi compte un total de 30 330 personnes (13 345 hommes et 17 025 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (2,0 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 2 280 personnes (1 060 hommes et 1 245 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,7 % de la population du même groupe d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 1 840 personnes (745 hommes et 1 085 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,7 % de la population du même groupe d'âge).
- Environ 22 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Érié St. Clair compte un total de 18 145 personnes (8 105 hommes et 10 045 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (3,0 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 1 525 personnes (730 hommes et 805 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (2,9 % de la population du même groupe d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 1 310 personnes (535 hommes et 770 femmes)
  parlent le français au moins régulièrement à la maison (3,0 % de la population du même groupe
  d'âge).
- Environ 16 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Le Sud-Ouest compte un total de 12 185 personnes (5 240 hommes et 6 980 femmes) qui parlent le français au moins régulièrement à la maison (1,3 % de la population totale).

- Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, 755 personnes (330 hommes et 440 femmes) parlent le français au moins régulièrement à la maison (0,9 % de la population du même groupe d'âge).
- Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 530 personnes (210 hommes et 315 femmes)
  parlent le français au moins régulièrement à la maison (0,8 % de la population du même groupe
  d'âge).
- Environ 36 % des aînés qui parlent le français au moins régulièrement à la maison sont de langue maternelle autre que le français.

Les tableaux suivants présentent en détail les données concernant la langue parlée à la maison, selon les groupes d'âge, le sexe et la langue maternelle.

Tableau 14 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011

			Total – sexe			Sexe féminin		Sexe masculin			
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	
	TOTAL	1 526 350	32 430	1 493 925	748 725	14 965	733 755	777 620	17 455	760 190	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	10 085	7 720	2 340	4 595	3 485	1 075	5 505	4 235	1 240	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	20 245	7 490	12 785	8 750	3 275	5 485	11 520	4 215	7 255	
TOTAL	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	30 330	15 210	15 125	13 345	6 760	6 560	17 025	8 450	8 495	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,0 %	46,9 %	1,0 %	1,8 %	45,2 %	0,9 %	2,2 %	48,4 %	1,1 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	50,1 %	49,9 %	100,0 %	50,7 %	49,2 %	100,0 %	49,6 %	49,9 %	
	TOTAL	262 255	2 875	259 410	134 630	1 415	133 210	127 645	1 415	126 205	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	2 160	1 450	755	1 060	730	365	1 100	715	390	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	6 365	855	5 550	2 870	380	2 505	3 485	445	3 065	
MOINS DE 15 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	8 525	2 305	6 305	3 930	1 110	2 870	4 585	1 160	3 455	
13 ANS	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	3,3 %	80,2 %	2,4 %	2,9 %	78,4 %	2,2 %	3,6 %	82,0 %	2,7 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	27,0 %	74,0 %	100,0 %	28,2 %	73,0 %	100,0 %	25,3 %	75,4 %	
	TOTAL	205 420	2 490	202 935	104 480	1 190	103 285	100 945	1 295	99 625	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 050	720	325	510	350	150	535	340	195	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	2 535	740	1 810	1 105	370	730	1 450	380	1 085	
15-24 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	3 585	1 460	2 135	1 615	720	880	1 985	720	1 280	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,7 %	58,6 %	1,1 %	1,5 %	60,5 %	0,9 %	2,0 %	55,6 %	1,3 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	40,7 %	59,6 %	100,0 %	44,6 %	54,5 %	100,0 %	36,3 %	64,5 %	
	TOTAL	366 615	6 455	360 175	180 325	2 930	177 415	186 290	3 545	182 765	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 995	1 460	530	855	615	235	1 165	890	295	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	5 210	2 085	3 145	2 050	895	1 165	3 150	1 200	1 985	
25-44 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	7 205	3 545	3 675	2 905	1 510	1 400	4 315	2 090	2 280	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,0 %	54,9 %	1,0 %	1,6 %	51,5 %	0,8 %	2,3 %	59,0 %	1,2 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	49,2 %	51,0 %	100,0 %	52,0 %	48,2 %	100,0 %	48,4 %	52,8 %	

			Total – sexe			Sexe féminin		Sexe masculin			
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	
	TOTAL	450 715	11 555	439 180	220 175	5 500	214 660	230 540	6 060	224 465	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	2 755	2 270	495	1 240	970	240	1 500	1 260	255	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	4 190	2 565	1 600	1 865	1 110	745	2 330	1 435	880	
45-64 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	6 945	4 835	2 095	3 105	2 080	985	3 830	2 695	1 135	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,5 %	41,8 %	0,5 %	1,4 %	37,8 %	0,5 %	1,7 %	44,5 %	0,5 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	69,6 %	30,2 %	100,0 %	67,0 %	31,7 %	100,0 %	70,4 %	29,6 %	
	TOTAL	133 410	4 965	128 455	64 045	2 375	61 670	69 370	2 600	66 765	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 175	1 030	165	535	460	90	670	575	65	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	1 105	755	345	525	325	160	575	390	180	
65-74 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	2 280	1 785	510	1 060	785	250	1 245	965	245	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,7 %	36,0 %	0,4 %	1,7 %	33,1 %	0,4 %	1,8 %	37,1 %	0,4 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	78,3 %	22,4 %	100,0 %	74,1 %	23,6 %	100,0 %	77,5 %	19,7 %	
	TOTAL	107 925	4 105	103 815	45 090	1 620	43 480	62 820	2 505	60 320	
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 000	820	125	410	340	50	570	485	65	
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	840	545	290	335	205	115	515	370	150	
75 ANS +	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	1 840	1 365	415	745	545	165	1 085	855	215	
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,7 %	33,3 %	0,4 %	1,7 %	33,6 %	0,4 %	1,7 %	34,1 %	0,4 %	
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	74,2 %	22,6 %	100,0 %	73,2 %	22,1 %	100,0 %	78,8 %	19,8 %	

Tableau 15 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Érié St. Clair, 2011

			Total – sexe			Sexe féminin			Sexe masculin	ı
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.
	TOTAL	612 570	20 425	592 140	300 875	9 500	291 375	311 690	10 935	300 770
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	6 380	5 065	1 305	2 890	2 275	620	3 485	2 800	680
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	11 765	4 585	7 185	5 215	2 060	3 155	6 560	2 530	4 015
TOTAL	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	18 145	9 650	8 490	8 105	4 335	3 775	10 045	5 330	4 695
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	3,0 %	47,2 %	1,4 %	2,7 %	45,6 %	1,3 %	3,2 %	48,7 %	1,6 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	53,2 %	46,8 %	100,0 %	53,5 %	46,6 %	100,0 %	53,1 %	46,7 %
	TOTAL	105 835	1 665	104 190	54 310	820	53 490	51 540	835	50 685
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 230	805	425	605	395	240	620	415	205
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	3 860	530	3 350	1 800	245	1 565	2 050	275	1 795
MOINS DE 15 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	5 090	1 335	3 775	2 405	640	1 805	2 670	690	2 000
13 ANS	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	4,8 %	80,2 %	3,6 %	4,4 %	78,0 %	3,4 %	5,2 %	82,6 %	3,9 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	26,2 %	74,2 %	100,0 %	26,6 %	75,1 %	100,0 %	25,8 %	74,9 %
	TOTAL	81 285	1 480	79 810	41 600	745	40 855	39 690	725	38 945
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	640	465	165	310	230	80	315	215	105
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	1 475	455	1 040	680	235	445	800	210	600
15-24 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	2 115	920	1 205	990	465	525	1 115	425	705
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,6 %	62,2 %	1,5 %	2,4 %	62,4 %	1,3 %	2,8 %	58,6 %	1,8 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	43,5 %	57,0 %	100,0 %	47,0 %	53,0 %	100,0 %	38,1 %	63,2 %
	TOTAL	146 985	3 535	143 465	72 015	1 600	70 420	74 965	1 940	73 040
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 070	790	280	440	315	115	630	485	165
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	2 790	1 135	1 670	1 090	485	615	1 705	650	1 055
25-44 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	3 860	1 925	1 950	1 530	800	730	2 335	1 135	1 220
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,6 %	54,5 %	1,4 %	2,1 %	50,0 %	1,0 %	3,1 %	58,5 %	1,7 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	49,9 %	50,5 %	100,0 %	52,3 %	47,7 %	100,0 %	48,6 %	52,2 %

			Total – sexe			Sexe féminin			Sexe masculin	]
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	Exe masculin  LM français (seule ou avec d'autres)  3 785  875  1 750  46,2 %  74,9 %  1 800  435  235  670  37,2 %  83,2 %  1 855  395  265  660  35,6 %  85,7 %	LM anglais et/ou langue non off.
	TOTAL	181 800	7 280	174 535	89 375	3 500	85 870	92 415	3 785	88 640
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	1 830	1 575	270	825	680	135	1 005	875	135
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	2 420	1 600	815	1 095	710	375	1 330	875	455
45-64 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	4 250	3 175	1 085	1 920	1 390	510	2 335	1 750	590
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,3 %	43,6 %	0,6 %	2,1 %	39,7 %	0,6 %	2,5 %	46,2 %	0,7 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	74,7 %	25,5 %	100,0 %	72,4 %	26,6 %	100,0 %	74,9 %	25,3 %
	TOTAL	53 205	3 465	49 750	25 525	1 655	23 865	27 680	1 800	25 875
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	865	780	90	395	355	55	485	435	45
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	660	500	180	335	235	80	320	235	80
65-74 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	1 525	1 280	270	730	590	135	805	670	125
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,9 %	36,9 %	0,5 %	2,9 %	35,6 %	0,6 %	2,9 %	37,2 %	0,5 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	83,9 %	17,7 %	100,0 %	80,8 %	18,5 %	100,0 %	83,2 %	15,5 %
	TOTAL	43 450	3 040	40 410	18 055	1 195	16 860	25 385	1 855	23 540
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	765	685	65	330	285	30	435	395	30
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	545	410	135	205	155	55	335	265	75
75 ANS +	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	1 310	1 095	200	535	440	85	770	660	105
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	3,0 %	36,0 %	0,5 %	3,0 %	36,8 %	0,5 %	3,0 %	35,6 %	0,4 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	83,6 %	15,3 %	100,0 %	82,2 %	15,9 %	100,0 %	85,7 %	13,6 %

Source : Recensement de 2011, tableau thématique, no 98-314-XCB2011028 au catalogue de Statistique Canada.

Tableau 16 : Langue parlée à la maison selon l'âge, le sexe et la langue maternelle, Sud-Ouest, 2011

			Total – sexe			Sexe féminin			Sexe masculir	1
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.
	TOTAL	913 780	12 005	901 785	447 850	5 465	442 380	465 930	6 520	459 420
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	3 705	2 655	1 035	1 705	1 210	455	2 020	1 435	560
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	8 480	2 905	5 600	3 535	1 215	2 330	4 960	1 685	3 240
TOTAL	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	12 185	5 560	6 635	5 240	2 425	2 785	6 980	3 120	3 800
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,3 %	46,3 %	0,7 %	1,2 %	44,4 %	0,6 %	1,5 %	47,9 %	0,8 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	45,6 %	54,5 %	100,0 %	46,3 %	53,1 %	100,0 %	44,7 %	54,4 %
	TOTAL	156 420	1 210	155 220	80 320	595	79 720	76 105	580	75 520
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	930	645	330	455	335	125	480	300	185
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	2 505	325	2 200	1 070	135	940	1 435	170	1 270
MOINS DE 15 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	3 435	970	2 530	1 525	470	1 065	1 915	470	1 455
13 AN3	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	2,2 %	80,2 %	1,6 %	1,9 %	79,0 %	1,3 %	2,5 %	81,0 %	1,9 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	28,2 %	73,7 %	100,0 %	30,8 %	69,8 %	100,0 %	24,5 %	76,0 %
	TOTAL	124 135	1 010	123 125	62 880	445	62 430	61 255	570	60 680
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	410	255	160	200	120	70	220	125	90
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	1 060	285	770	425	135	285	650	170	485
15-24 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	1 470	540	930	625	255	355	870	295	575
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,2 %	53,5 %	0,8 %	1,0 %	57,3 %	0,6 %	1,4 %	51,8 %	0,9 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	36,7 %	63,3 %	100,0 %	40,8 %	56,8 %	100,0 %	33,9 %	66,1 %
	TOTAL	219 630	2 920	216 710	108 310	1 330	106 995	111 325	1 605	109 725
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	925	670	250	415	300	120	535	405	130
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	2 420	950	1 475	960	410	550	1 445	550	930
25-44 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	3 345	1 620	1 725	1 375	710	670	1 980	955	1 060
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,5 %	55,5 %	0,8 %	1,3 %	53,4 %	0,6 %	1,8 %	59,5 %	1,0 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	48,4 %	51,6 %	100,0 %	51,6 %	48,7 %	100,0 %	48,2 %	53,5 %

			Total – sexe			Sexe féminin		,	Sexe masculir	1
Groupe d'âge	Langue parlée à la maison	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	LM français (seule ou avec d'autres)	LM anglais et/ou langue non off.	Total du groupe d'âge	Exe masculin  LM français (seule ou avec d'autres)  2 275  385  560  945  41,5 %  63,2 %  800  140  155  295  36,9 %  67,0 %  650  90  105  195  30,0 %  61,9 %	LM anglais et/ou langue non off.
	TOTAL	268 915	4 275	264 645	130 800	2 000	128 790	138 125	2 275	135 825
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	925	695	225	415	290	105	495	385	120
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	1 770	965	785	770	400	370	1 000	560	425
45-64 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	2 695	1 660	1 010	1 185	690	475	1 495	945	545
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	1,0 %	38,8 %	0,4 %	0,9 %	34,5 %	0,4 %	1,1 %	41,5 %	0,4 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	61,6 %	37,5 %	100,0 %	58,2 %	40,1 %	100,0 %	63,2 %	36,5 %
	TOTAL	80 205	1 500	78 705	38 520	720	37 805	41 690	800	40 890
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	310	250	75	140	105	35	185	140	20
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	445	255	165	190	90	80	255	155	100
65-74 ANS	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	755	505	240	330	195	115	440	295	120
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	0,9 %	33,7 %	0,3 %	0,9 %	27,1 %	0,3 %	1,1 %	36,9 %	0,3 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	66,9 %	31,8 %	100,0 %	59,1 %	34,8 %	100,0 %	67,0 %	27,3 %
	TOTAL	64 475	1 065	63 405	27 035	425	26 620	37 435	650	36 780
	FRANÇAIS LE PLUS SOUVENT	235	135	60	80	55	20	135	90	35
	FRANÇAIS RÉGULIÈREMENT	295	135	155	130	50	60	180	105	75
75 ANS +	FRANÇAIS AU MOINS RÉGULIÈREMENT	530	270	215	210	105	80	315	195	110
	EN % DU GROUPE LINGUISTIQUE	0,8 %	25,4 %	0,3 %	0,8 %	24,7 %	0,3 %	0,8 %	30,0 %	0,3 %
	GROUPE LINGUISTIQUE EN % DU TOTAL	100,0 %	50,9 %	40,6 %	100,0 %	50,0 %	38,1 %	100,0 %	61,9 %	34,9 %

Source : Recensement de 2011, tableau thématique, no 98-314-XCB2011028 au catalogue de Statistique Canada.

### 4.3 Revenus

Les données de 2011 (Enquête nationale auprès des ménages) permettent de comparer certaines caractéristiques du revenu selon la première langue officielle parlée dans les deux RMR du territoire, Windsor et London.

# Pour la RMR de Windsor:

- Les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones d'environ 10 %.
- Chez les 55 à 64 ans, les francophones ont un revenu médian (37 012 \$) comparable et un revenu moyen (56 675 \$) plus élevé que les anglophones d'environ 27 %. Chez les hommes, la tendance au revenu plus élevé est marquée (environ 47 % dans le revenu moyen); chez les femmes du même groupe d'âge, le revenu médian est plus élevé d'environ 11 % et le revenu moyen est comparable.
- Chez les 65 ans et plus, les francophones ont un revenu médian (28 435 \$) comparable et un revenu moyen (33 637 \$) légèrement moins élevé que les anglophones d'environ 5 %. Chez les hommes de 65 ans et plus, la tendance au revenu plus faible est marquée (environ 10 %); chez les femmes du même groupe d'âge, les revenus des francophones sont légèrement plus élevés que chez les anglophones d'environ 8 %.

## Pour la RMR de London:

- Les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen plus élevé que les anglophones d'environ 18 % et un revenu médian plus élevé d'environ 14 %.
- Chez les 55 à 64 ans, les francophones ont un revenu médian (40 850 \$) et un revenu moyen (51 399 \$) plus élevé que les anglophones d'environ 9 %. Cette tendance s'observe tant chez les hommes que chez les femmes.
- Chez les 65 ans et plus, les francophones ont un revenu médian (22 252 \$) moins élevé que les anglophones d'environ 21 % et un revenu moyen (31 185 \$) moins élevé d'environ 17 %. Chez les hommes la différence est d'environ 10 %; chez les femmes du même groupe d'âge, la différence est plus marquée, à environ 18 %.

En somme, il existe une différence marquée dans les revenus des francophones et ceux des anglophones chez les personnes de 65 ans et plus dans les deux RMR. Cette tendance est vérifiée tant chez les hommes que chez les femmes dans Windsor, alors qu'elle est vraie chez les hommes seulement à London.

Les données de 2006 (questionnaire détaillé du Recensement) permettent de comparer les revenus selon la première langue officielle parlée dans l'ensemble du territoire. Toutefois, en raison des nombres modestes de PLOP français et anglais et de PLOP français dans certaines divisions de recensement, les données ne sont pas disponibles par groupe d'âge.

### Pour l'ensemble des divisions de recensement du territoire :

 Pour tous les groupes d'âge, les personnes ayant le français seulement comme PLOP sont moins nombreuses (27,5 %) dans les tranches de revenu modeste (moins de 15 000 \$) que les anglophones (34,0 %). Les PLOP français sont légèrement plus nombreux que les anglophones dans les tranches moyenne (de 15 000 \$ à 39 999 \$) et supérieure (40 000 \$ et plus). Par contre, 64,6 % des personnes ayant à la fois l'anglais et le français comme PLOP se situent dans la catégorie de revenu inférieure.

- Chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en 2006 (50 à 69 ans en 2011), la répartition par tranches de revenu entre les francophones (PLOP français) et les anglophones est similaire. Les PLOP anglais et français sont plus nombreux dans les tranches de revenu inférieure et supérieure, et moins nombreux dans la catégorie moyenne.
- Chez les personnes âgées 65 ans et plus en 2006 (70 ans et plus en 2011), la répartition par tranches de revenu entre les francophones (PLOP français) et les anglophones est similaire, mais les francophones sont un peu plus nombreux dans la catégorie moyenne et moins nombreux dans la catégorie supérieure.

Les données disponibles concernant le revenu moyen et le revenu médian pour les principales divisions de recensement où sont concentrés les francophones sont les suivantes :

- Dans Chatham-Kent, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen comparable et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois inférieur de 6 % et chez les 65 ans et plus, le revenu moyen est inférieur de 13 %.
- Dans Essex, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen comparable et un revenu médian légèrement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois inférieur de 5 % et chez les 65 ans et plus, le revenu moyen est inférieur de 11 %.
- Dans Lambton, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian passablement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois comparable et chez les 65 ans et plus, le revenu médian est inférieur de 14 % et le revenu moyen est supérieur de 47 %.
- Dans Middlesex, les francophones (PLOP français seulement) ont un revenu moyen et un revenu médian passablement plus élevé que les anglophones; chez les 45 à 64 ans en 2006, le revenu moyen est toutefois comparable et chez les 65 ans et plus, le revenu médian est inférieur de 9,4 % et le revenu moyen est comparable.

Les tableaux suivants présentent en détail les données disponibles concernant le revenu.

Tableau 17 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de Windsor, 2011

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	_	rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
Sexe  Total – Sexe						\$	%	irançais
		Total – Statistiques du revenu en 2010	259 045	245 325	8 800			1 720
	Takal	Sans revenu	16 055	15 175	405			135
	Total	Avec un revenu	242 980	230 150	8 395			1 585
		Revenu médian	28 924 \$	29 112 \$	32 364 \$	3 252 \$	11,2 %	19 817 \$
		Revenu moyen	37 971 \$	38 124 \$	41 743 \$	3 619 \$	9,5 %	29 451 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	40 735	38 365	1 675			150
Tatal Carr	55 \ C4	Sans revenu	1 445	1 310	80			0
Total – Sexe	55 à 64 ans	Avec un revenu	39 285	37 050	1 590			145
		Revenu médian	36 845 \$	37 313 \$	37 012 \$	-301 \$	-0,8 %	20 725 \$
		Revenu moyen	44 816 \$	44 724 \$	56 675 \$	11 951 \$	26,7 %	34 859 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	45 025	40 220	3 030			190
	CE ama at miss	Sans revenu	165	85	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	44 860	40 135	3 005			190
		Revenu médian	27 200 \$	27 802 \$	28 435 \$	633 \$	2,3 %	32 421 \$
		Revenu moyen	34 725 \$	35 394 \$	33 637 \$	-1 757 \$	-5,0 %	34 271 \$

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	_	rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
		Total – Statistiques du revenu en 2010	125 500	119 440	4 190			860
	Takal	Sans revenu	6 605	6 310	150			55
	Total	Avec un revenu	118 895	113 135	4 040			810
		Revenu médian	36 664 \$	36 840 \$	39 730 \$	2 890 \$	7,8 %	24 573 \$
		Revenu moyen	45 172 \$	45 270 \$	50 096 \$	4 826 \$	10,7 %	32 690 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	19 690	18 675	785			65
Carra managerities	FF > C4	Sans revenu	115	110	0			0
Sexe masculin	55 à 64 ans	Avec un revenu	19 570	18 565	780			70
		Revenu médian	45 873 \$	46 033 \$	46 602 \$	569 \$	1,2 %	57 664 \$
		Revenu moyen	55 472 \$	54 776 \$	80 597 \$	25 821 \$	47,1 %	41 971 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	20 300	18 410	1 285			135
	CE and at also	Sans revenu	0	0	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	20 290	18 400	1 285			140
		Revenu médian	35 998 \$	36 421 \$	33 972 \$	-2 449 \$	-6,7 %	47 178 \$
		Revenu moyen	42 692 \$	43 618 \$	37 595 \$	-6 023 \$	-13,8 %	39 677 \$

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français		rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
		Total – Statistiques du revenu en 2010	133 540	125 880	4 610			860
	Takal	Sans revenu	9 455	8 870	250			80
	Total	Avec un revenu	124 085	117 015	4 360			780
		Revenu médian	23 705 \$	23 990 \$	27 446 \$	3 456 \$	14,4 %	16 642 \$
		Revenu moyen	31 071 \$	31 214 \$	33 995 \$	2 781 \$	8,9 %	26 075 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	21 045	19 690	890			80
Comp filminin	55 \ C4	Sans revenu	1 335	1 205	80			0
Sexe féminin	55 à 64 ans	Avec un revenu	19 715	18 485	815			75
		Revenu médian	27 646 \$	27 979 \$	30 945 \$	2 966 \$	10,6 %	17 105 \$
		Revenu moyen	34 235 \$	34 630 \$	33 694 \$	-936\$	-2,7 %	28 708 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	24 725	21 810	1 740			55
	CE and at alone	Sans revenu	155	75	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	24 570	21 735	1 715			55
		Revenu médian	21 626 \$	22 004 \$	23 691 \$	1 687 \$	7,7 %	16 683 \$
		Revenu moyen	28 145 \$	28 431 \$	30 674 \$	2 243 \$	7,9 %	20 177 \$

Source : Enquête nationale auprès des ménages : Revenu et logement, tableau thématique, 99-014-X2011041 au catalogue de Statistique Canada.

Tableau 18 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de London, 2011

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	_	rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
Sexe  Total – Sexe						\$	%	irançais
		Total – Statistiques du revenu en 2010	388 445	378 160	5 255			1 225
	Tatal	Sans revenu	19 050	18 390	120			210
	Total	Avec un revenu	369 395	359 770	5 135			1 015
		Revenu médian	29 772 \$	29 945 \$	34 103 \$	4 158 \$	13,9 %	16 676 \$
		Revenu moyen	39 361 \$	39 419 \$	46 669 \$	7 250 \$	18,4 %	38 141 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	59 660	57 925	890			80
Takal Carr	55 \ C4	Sans revenu	1 485	1 400	15			0
Total – Sexe	55 à 64 ans	Avec un revenu	58 175	56 525	875			75
		Revenu médian	37 164 \$	37 393 \$	40 850 \$	3 457 \$	9,2 %	15 887 \$
		Revenu moyen	47 069 \$	47 294 \$	51 399 \$	4 105 \$	8,7 %	31 650 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	65 820	63 110	910			125
	CF and at along	Sans revenu	60	30	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	65 760	63 080	905			125
		Revenu médian	27 550 \$	28 130 \$	22 252 \$	-5 878 \$	-20,9 %	16 736 \$
		Revenu moyen	37 016 \$	37 435 \$	31 185 \$	-6 250 \$	-16,7 %	51 691 \$

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	_	rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
		Total – Statistiques du revenu en 2010	186 570	182 410	2 235			525
	Takal	Sans revenu	8 675	8 460	35			70
	Total	Avec un revenu	177 900	173 950	2 200			455
		Revenu médian	35 549 \$	35 648 \$	42 999 \$	7 351 \$	20,6 %	27 067 \$
		Revenu moyen	46 034 \$	45 961 \$	59 295 \$	13 334 \$	29,0 %	51 306 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	28 675	27 890	390			60
Carra managerities	55 \ C4	Sans revenu	160	145	0			0
Sexe masculin	55 à 64 ans	Avec un revenu	28 515	27 745	390			60
		Revenu médian	44 323 \$	44 461 \$	47 935 \$	3 474 \$	7,8 %	15 914 \$
		Revenu moyen	57 433 \$	57 622 \$	65 239 \$	7 617 \$	13,2 %	29 960 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	29 405	28 435	350			70
	CF and at alone	Sans revenu	0	0	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	29 400	28 430	350			70
		Revenu médian	34 889 \$	35 460 \$	31 873 \$	-3 587 \$	-10,1 %	41 948 \$
		Revenu moyen	45 857 \$	46 069 \$	41 238 \$	-4 831 \$	-10,5 %	81 403 \$

Sexe	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	_	rence – PLOP anglais)	PLOP anglais et français
		Total – Statistiques du revenu en 2010	201 875	195 750	3 020			700
	T-4-1	Sans revenu	10 375	9 935	90			140
	Total	Avec un revenu	191 500	185 820	2 935			555
		Revenu médian	25 592 \$	25 809 \$	26 852 \$	1 043 \$	4,0 %	14 929 \$
		Revenu moyen	33 162 \$	33 295 \$	37 194 \$	3 899 \$	11,7 %	27 377 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	30 985	30 040	500			20
Court féminin	55 \ C4	Sans revenu	1 325	1 255	15			0
Sexe féminin	55 à 64 ans	Avec un revenu	29 660	28 785	485			20
		Revenu médian	30 575 \$	30 919 \$	36 189 \$	5 270 \$	17,0 %	14 119 \$
		Revenu moyen	37 104 \$	37 339 \$	40 230 \$	2 891 \$	7,7 %	37 195 \$
		Total – Statistiques du revenu en 2010	36 415	34 675	555			60
	CE and at along	Sans revenu	55	30	0			0
	65 ans et plus	Avec un revenu	36 360	34 650	555			60
		Revenu médian	23 054 \$	23 554 \$	19 348 \$	-4 206 \$	-17,9 %	15 026 \$
		Revenu moyen	29 867 \$	30 352 \$	24 756 \$	-5 596 \$	-18,4 %	18 563 \$

Source : Enquête nationale auprès des ménages : Revenu et logement, tableau thématique, 99-014-X2011041 au catalogue de Statistique Canada.

Tableau 19 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2006

6	Att da	T-4-1	PLOP a	inglais	PLOP f	rançais	PLOP anglai	s et français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	1 234 940	1 196 545	100,0 %	24 175	100,0 %	3 680	100,0 %
	Sans revenu	52 240	50 400	4,2 %	765	3,2 %	410	11,1 %
	Avec un revenu	1 182 675	1 146 145	100,0 %	23 405	100,0 %	2 770	100,0 %
	Moins de 1 000 \$	43 780	42 145	3,7 %	695	3,0 %	170	6,1 %
	1 000 \$ à 2 999 \$	39 645	38 490	3,4 %	490	2,1 %	230	8,3 %
	3 000 \$ à 4 999 \$	38 385	37 225	3,2 %	600	2,6 %	220	7,9 %
	5 000 \$ à 6 999 \$	42 860	41 480	3,6 %	715	3,1 %	145	5,2 %
	7 000 \$ à 9 999 \$	69 335	67 225	5,9 %	1 090	4,7 %	230	8,3 %
	10 000 \$ à 11 999 \$	50 090	48 305	4,2 %	745	3,2 %	160	5,8 %
	12 000 \$ à 14 999 \$	68 225	64 955	5,7 %	1 325	5,7 %	225	8,1 %
	Sous-total moins de 15 000 \$	404 560	390 225	34,0 %	6 425	27,5 %	1 790	64,6 %
Total	15 000 \$ à 19 999 \$	113 400	108 705	9,5 %	2 445	10,4 %	200	7,2 %
	20 000 \$ à 24 999 \$	92 270	89 125	7,8 %	1 955	8,4 %	275	9,9 %
	25 000 \$ à 29 999 \$	82 175	79 960	7,0 %	1 600	6,8 %	105	3,8 %
	30 000 \$ à 34 999 \$	82 965	80 715	7,0 %	1 820	7,8 %	95	3,4 %
	35 000 \$ à 39 999 \$	75 540	73 575	6,4 %	1 585	6,8 %	105	3,8 %
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	446 350	432 080	37,7 %	9 405	40,2 %	780	28,2 %
	40 000 \$ à 44 999 \$	63 605	61 955	5,4 %	1 380	5,9 %	105	3,8 %
	45 000 \$ à 49 999 \$	52 355	50 975	4,4 %	1 180	5,0 %	85	3,1 %
	50 000 \$ à 59 999 \$	82 045	80 035	7,0 %	1 710	7,3 %	90	3,2 %
	60 000 \$ et plus	185 970	181 270	15,8 %	4 035	17,2 %	345	12,5 %
	Sous-total 40 000 \$ et plus	383 975	374 235	32,7 %	8 305	35,5 %	625	22,6 %

C	Nit d	Takal	PLOP a	nglais	PLOP f	rançais	PLOP anglai	s et français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	410 830	397 085	100,0 %	9 720	100,0 %	805	100,0 %
	Sans revenu	10 010	9 380	2,4 %	350	3,6 %	20	2,5 %
	Avec un revenu	400 800	387 720	100,0 %	9 045	100,0 %	405	100,0 %
	Moins de 1 000 \$	14 470	13 790	3,6 %	355	3,9 %	30	7,4 %
	1 000 \$ à 2 999 \$	9 680	9 270	2,4 %	210	2,3 %	20	4,9 %
	3 000 \$ à 4 999 \$	8 675	8 200	2,1 %	320	3,5 %	30	7,4 %
	5 000 \$ à 6 999 \$	10 205	9 650	2,5 %	230	2,5 %	10	2,5 %
	7 000 \$ à 9 999 \$	18 265	17 550	4,5 %	435	4,8 %	10	2,5 %
	10 000 \$ à 11 999 \$	15 320	14 770	3,8 %	305	3,4 %	10	2,5 %
	12 000 \$ à 14 999 \$	16 950	16 320	4,2 %	300	3,3 %	25	6,2 %
	Sous-total moins de 15 000 \$	103 575	98 930	25,5 %	2 505	27,7 %	155	38,3 %
45 à 64 ans	15 000 \$ à 19 999 \$	25 835	24 840	6,4 %	450	5,0 %	40	9,9 %
	20 000 \$ à 24 999 \$	25 335	24 460	6,3 %	520	5,7 %	30	7,4 %
	25 000 \$ à 29 999 \$	23 645	22 975	5,9 %	475	5,3 %	0	0,0 %
	30 000 \$ à 34 999 \$	27 590	26 790	6,9 %	610	6,7 %	0	0,0 %
	35 000 \$ à 39 999 \$	27 805	27 060	7,0 %	590	6,5 %	10	2,5 %
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	130 210	126 125	32,5 %	2 645	29,2 %	80	19,8 %
	40 000 \$ à 44 999 \$	25 450	24 695	6,4 %	595	6,6 %	35	8,6 %
	45 000 \$ à 49 999 \$	21 865	21 200	5,5 %	570	6,3 %	30	7,4 %
	50 000 \$ à 59 999 \$	33 875	33 040	8,5 %	715	7,9 %	20	4,9 %
	60 000 \$ et plus	95 860	93 090	24,0 %	2 395	26,5 %	110	27,2 %
	Sous-total 40 000 \$ et plus	177 050	172 025	44,4 %	4 275	47,3 %	195	48,1 %

C	NI d	Tatal	PLOP a	nglais	PLOP f	rançais	PLOP anglais e	t français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	214 585	203 710	100,0 %	6 215	100,0 %	360	100,0 %
	Sans revenu	3 080	2 905	1,4 %	45	0,7 %		
	Avec un revenu	211 500	200 805	100,0 %	5 455	100,0 %		
	Moins de 1 000 \$	840	670	0,3 %	15	0,3 %		
	1 000 \$ à 2 999 \$	675	525	0,3 %	0	0,0 %		
	3 000 \$ à 4 999 \$	695	615	0,3 %	20	0,4 %		
	5 000 \$ à 6 999 \$	2 820	2 630	1,3 %	115	2,1 %		
	7 000 \$ à 9 999 \$	8 210	7 690	3,8 %	215	3,9 %		
	10 000 \$ à 11 999 \$	9 010	8 340	4,2 %	180	3,3 %		
	12 000 \$ à 14 999 \$	21 155	19 250	9,6 %	555	10,2 %		
	Sous-total moins de 15 000 \$	46 485	42 625	21,2 %	1 145	21,0 %		
65 ans et plus	15 000 \$ à 19 999 \$	42 535	40 280	20,1 %	1 190	21,8 %		
	20 000 \$ à 24 999 \$	27 160	25 895	12,9 %	750	13,7 %		
	25 000 \$ à 29 999 \$	21 970	21 055	10,5 %	575	10,5 %		
	30 000 \$ à 34 999 \$	18 485	17 715	8,8 %	505	9,3 %		
	35 000 \$ à 39 999 \$	13 200	12 675	6,3 %	385	7,1 %		
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	123 350	117 620	58,6 %	3 405	62,4 %		
	40 000 \$ à 44 999 \$	9 775	9 400	4,7 %	295	5,4 %		
	45 000 \$ à 49 999 \$	7 060	6 865	3,4 %	130	2,4 %		
	50 000 \$ à 59 999 \$	11 155	10 845	5,4 %	245	4,5 %		
	60 000 \$ et plus	16 765	16 340	8,1 %	290	5,3 %		
	Sous-total 40 000 \$ et plus	44 755	43 450	21,6 %	960	17,6 %		

Tableau 20 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Érié St. Clair, 2006

	NII d	Takal	PLOP a	anglais	PLOP f	rançais	PLOP anglai	s et français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	506 790	483 025	100,0 %	15 880	100,0 %	1 970	100,0 %
	Sans revenu	23 190	22 070	4,6 %	520	3,3 %	200	10,2 %
	Avec un revenu	483 590	460 950	100,0 %	15 355	100,0 %	1 600	100,0 %
	Moins de 1 000 \$	20 190	19 120	4,1 %	470	3,1 %	105	6,6 %
	1 000 \$ à 2 999 \$	16 780	16 135	3,5 %	235	1,5 %	165	10,3 %
	3 000 \$ à 4 999 \$	15 940	15 285	3,3 %	335	2,2 %	115	7,2 %
	5 000 \$ à 6 999 \$	17 570	16 790	3,6 %	430	2,8 %	80	5,0 %
	7 000 \$ à 9 999 \$	28 840	27 545	6,0 %	725	4,7 %	130	8,1 %
	10 000 \$ à 11 999 \$	20 145	19 120	4,1 %	485	3,2 %	60	3,8 %
	12 000 \$ à 14 999 \$	27 025	25 130	5,5 %	930	6,1 %	120	7,5 %
	Sous-total moins de 15 000 \$	169 680	161 195	35,0 %	4 130	26,9 %	975	60,9 %
Total	15 000 \$ à 19 999 \$	44 515	41 605	9,0 %	1 625	10,6 %	125	7,8 %
	20 000 \$ à 24 999 \$	36 445	34 445	7,5 %	1 365	8,9 %	150	9,4 %
	25 000 \$ à 29 999 \$	31 595	30 130	6,5 %	1 120	7,3 %	65	4,1 %
	30 000 \$ à 34 999 \$	31 825	30 475	6,6 %	1 150	7,5 %	40	2,5 %
	35 000 \$ à 39 999 \$	28 990	27 700	6,0 %	1 065	6,9 %	60	3,8 %
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	173 370	164 355	35,7 %	6 325	41,2 %	440	27,5 %
	40 000 \$ à 44 999 \$	25 365	24 245	5,3 %	960	6,3 %	85	5,3 %
	45 000 \$ à 49 999 \$	21 235	20 360	4,4 %	765	5,0 %	50	3,1 %
	50 000 \$ à 59 999 \$	32 870	31 535	6,8 %	1 175	7,7 %	55	3,4 %
	60 000 \$ et plus	84 230	81 325	17,6 %	2 515	16,4 %	200	12,5 %
	Sous-total 40 000 \$ et plus	163 700	157 465	34,2 %	5 415	35,3 %	390	24,4 %

C	NII	Tatal	PLOP a	nglais	PLOP f	rançais	PLOP anglai	s et français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	167 265	158 775	100,0 %	6 350	100,0 %	450	100,0 %
	Sans revenu	4 835	4 390	2,8 %	295	4,6 %	0	0,0 %
	Avec un revenu	162 425	154 385	100,0 %	6 060	100,0 %	405	100,0 %
	Moins de 1 000 \$	6 370	5 895	3,8 %	280	4,6 %	30	7,4 %
	1 000 \$ à 2 999 \$	4 005	3 765	2,4 %	115	1,9 %	20	4,9 %
	3 000 \$ à 4 999 \$	3 605	3 320	2,2 %	180	3,0 %	30	7,4 %
	5 000 \$ à 6 999 \$	4 200	3 865	2,5 %	160	2,6 %	10	2,5 %
	7 000 \$ à 9 999 \$	7 470	7 005	4,5 %	300	5,0 %	10	2,5 %
	10 000 \$ à 11 999 \$	6 180	5 910	3,8 %	190	3,1 %	10	2,5 %
	12 000 \$ à 14 999 \$	6 640	6 295	4,1 %	190	3,1 %	25	6,2 %
	Sous-total moins de 15 000 \$	43 305	40 445	26,2 %	1 710	28,2 %	135	33,3 %
45 à 64 ans	15 000 \$ à 19 999 \$	10 100	9 540	6,2 %	290	4,8 %	40	9,9 %
	20 000 \$ à 24 999 \$	9 690	9 145	5,9 %	365	6,0 %	30	7,4 %
	25 000 \$ à 29 999 \$	8 740	8 330	5,4 %	355	5,9 %	0	0,0 %
	30 000 \$ à 34 999 \$	10 190	9 740	6,3 %	390	6,4 %	0	0,0 %
	35 000 \$ à 39 999 \$	10 410	9 935	6,4 %	410	6,8 %	10	2,5 %
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	49 130	46 690	30,2 %	1 810	29,9 %	80	19,8 %
	40 000 \$ à 44 999 \$	10 140	9 670	6,3 %	400	6,6 %	35	8,6 %
	45 000 \$ à 49 999 \$	8 905	8 430	5,5 %	415	6,8 %	30	7,4 %
	50 000 \$ à 59 999 \$	13 085	12 575	8,1 %	450	7,4 %	20	4,9 %
	60 000 \$ et plus	42 695	40 945	26,5 %	1 555	25,7 %	110	27,2 %
	Sous-total 40 000 \$ et plus	74 825	71 620	46,4 %	2 820	46,5 %	195	48,1 %

C	NI d	T-1-1	PLOP a	inglais	PLOP f	rançais	PLOP anglais e	t français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	86 090	78 810	100,0 %	4 685	100,0 %	185	100,0 %
	Sans revenu	1 115	1 005	1,3 %	0	0,0 %		
	Avec un revenu	84 970	77 805	100,0 %	4 665	100,0 %		
	Moins de 1 000 \$	390	280	0,4 %	15	0,3 %		
	1 000 \$ à 2 999 \$	280	190	0,2 %	0	0,0 %		
	3 000 \$ à 4 999 \$	265	210	0,3 %	10	0,2 %		
	5 000 \$ à 6 999 \$	1 300	1 160	1,5 %	105	2,3 %		
	7 000 \$ à 9 999 \$	3 505	3 185	4,1 %	180	3,9 %		
	10 000 \$ à 11 999 \$	3 465	3 055	3,9 %	155	3,3 %		
	12 000 \$ à 14 999 \$	8 345	7 245	9,3 %	465	10,0 %		
	Sous-total moins de 15 000 \$	18 665	16 330	21,0 %	930	19,9 %		
65 ans et plus	15 000 \$ à 19 999 \$	15 530	14 140	18,2 %	990	21,2 %		
	20 000 \$ à 24 999 \$	10 860	9 915	12,7 %	690	14,8 %		
	25 000 \$ à 29 999 \$	8 870	8 150	10,5 %	510	10,9 %		
	30 000 \$ à 34 999 \$	7 720	7 170	9,2 %	425	9,1 %		
	35 000 \$ à 39 999 \$	5 710	5 290	6,8 %	335	7,2 %		
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	48 690	44 665	57,4 %	2 950	63,2 %		
	40 000 \$ à 44 999 \$	4 265	3 990	5,1 %	225	4,8 %		
	45 000 \$ à 49 999 \$	2 950	2 830	3,6 %	105	2,3 %		
	50 000 \$ à 59 999 \$	4 760	4 510	5,8 %	230	4,9 %		
	60 000 \$ et plus	6 770	6 490	8,3 %	230	4,9 %		
	Sous-total 40 000 \$ et plus	18 745	17 820	22,9 %	790	16,9 %		

Tableau 21 : Revenu total de la population de 15 ans et plus selon la première langue officielle parlée, Sud-Ouest, 2006

6	Nit da	7.4.1	PLOP a	inglais	PLOP f	rançais	PLOP anglais et français		
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
	Total	728 150	713 520	100,0 %	8 295	100,0 %	1 710	100,0 %	
	Sans revenu	29 050	28 330	4,0 %	245	3,0 %	210	12,3 %	
	Avec un revenu	699 085	685 195	100,0 %	8 050	100,0 %	1 170	100,0 %	
	Moins de 1 000 \$	23 590	23 025	3,4 %	225	2,8 %	65	5,6 %	
	1 000 \$ à 2 999 \$	22 865	22 355	3,3 %	255	3,2 %	65	5,6 %	
	3 000 \$ à 4 999 \$	22 445	21 940	3,2 %	265	3,3 %	105	9,0 %	
	5 000 \$ à 6 999 \$	25 290	24 690	3,6 %	285	3,5 %	65	5,6 %	
	7 000 \$ à 9 999 \$	40 495	39 680	5,8 %	365	4,5 %	100	8,5 %	
	10 000 \$ à 11 999 \$	29 945	29 185	4,3 %	260	3,2 %	100	8,5 %	
	12 000 \$ à 14 999 \$	41 200	39 825	5,8 %	395	4,9 %	105	9,0 %	
	Sous-total moins de 15 000 \$	234 880	229 030	33,4 %	2 295	28,5 %	815	69,7 %	
Total	15 000 \$ à 19 999 \$	68 885	67 100	9,8 %	820	10,2 %	75	6,4 %	
	20 000 \$ à 24 999 \$	55 825	54 680	8,0 %	590	7,3 %	125	10,7 %	
	25 000 \$ à 29 999 \$	50 580	49 830	7,3 %	480	6,0 %	40	3,4 %	
	30 000 \$ à 34 999 \$	51 140	50 240	7,3 %	670	8,3 %	55	4,7 %	
	35 000 \$ à 39 999 \$	46 550	45 875	6,7 %	520	6,5 %	45	3,8 %	
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	272 980	267 725	39,1 %	3 080	38,3 %	340	29,1 %	
	40 000 \$ à 44 999 \$	38 240	37 710	5,5 %	420	5,2 %	20	1,7 %	
	45 000 \$ à 49 999 \$	31 120	30 615	4,5 %	415	5,2 %	35	3,0 %	
	50 000 \$ à 59 999 \$	49 175	48 500	7,1 %	535	6,6 %	35	3,0 %	
	60 000 \$ et plus	101 740	99 945	14,6 %	1 520	18,9 %	145	12,4 %	
	Sous-total 40 000 \$ et plus	220 275	216 770	31,6 %	2 890	35,9 %	235	20,1 %	

	a		PLOP a	inglais	PLOP f	rançais	PLOP anglais	et français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	243 565	238 310	100,0 %	3 370	100,0 %	355	100,0 %
	Sans revenu	5 175	4 990	2,1 %	55	1,6 %	20	5,6 %
	Avec un revenu	238 375	233 335	100,0 %	2 985	100,0 %		
	Moins de 1 000 \$	8 100	7 895	3,4 %	75	2,5 %		
	1 000 \$ à 2 999 \$	5 675	5 505	2,4 %	95	3,2 %		
	3 000 \$ à 4 999 \$	5 070	4 880	2,1 %	140	4,7 %		
	5 000 \$ à 6 999 \$	6 005	5 785	2,5 %	70	2,3 %		
	7 000 \$ à 9 999 \$	10 795	10 545	4,5 %	135	4,5 %		
	10 000 \$ à 11 999 \$	9 140	8 860	3,8 %	115	3,9 %		
	12 000 \$ à 14 999 \$	10 310	10 025	4,3 %	110	3,7 %		
	Sous-total moins de 15 000 \$	60 270	58 485	25,1 %	795	26,6 %		
45 à 64 ans	15 000 \$ à 19 999 \$	15 735	15 300	6,6 %	160	5,4 %		
	20 000 \$ à 24 999 \$	15 645	15 315	6,6 %	155	5,2 %		
	25 000 \$ à 29 999 \$	14 905	14 645	6,3 %	120	4,0 %		
	30 000 \$ à 34 999 \$	17 400	17 050	7,3 %	220	7,4 %		
	35 000 \$ à 39 999 \$	17 395	17 125	7,3 %	180	6,0 %		
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	81 080	79 435	34,0 %	835	28,0 %		
	40 000 \$ à 44 999 \$	15 310	15 025	6,4 %	195	6,5 %		
	45 000 \$ à 49 999 \$	12 960	12 770	5,5 %	155	5,2 %		
	50 000 \$ à 59 999 \$	20 790	20 465	8,8 %	265	8,9 %		
	60 000 \$ et plus	53 165	52 145	22,3 %	840	28,1 %		
	Sous-total 40 000 \$ et plus	102 225	100 405	43,0 %	1 455	48,7 %		

Cua	Nii aan da waxaan	Total	PLOP a	nglais	PLOP f	rançais	PLOP anglais e	t français
Groupes d'âge	Niveau de revenu	Total	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	Total	128 495	124 900	100,0 %	1 530	100,0 %	175	100,0 %
	Sans revenu	1 965	1 900	1,5 %	45	2,9 %		
	Avec un revenu	126 530	123 000	100,0 %	790	100,0 %		
	Moins de 1 000 \$	450	390	0,3 %	0	0,0 %		
	1 000 \$ à 2 999 \$	395	335	0,3 %	0	0,0 %		
	3 000 \$ à 4 999 \$	430	405	0,3 %	10	1,3 %		
	5 000 \$ à 6 999 \$	1 520	1 470	1,2 %	10	1,3 %		
	7 000 \$ à 9 999 \$	4 705	4 505	3,7 %	35	4,4 %		
	10 000 \$ à 11 999 \$	5 545	5 285	4,3 %	25	3,2 %		
	12 000 \$ à 14 999 \$	12 810	12 005	9,8 %	90	11,4 %		
	Sous-total moins de 15 000 \$	27 820	26 295	21,4 %	215	27,2 %		
65 ans et plus	15 000 \$ à 19 999 \$	27 005	26 140	21,3 %	200	25,3 %		
	20 000 \$ à 24 999 \$	16 300	15 980	13,0 %	60	7,6 %		
	25 000 \$ à 29 999 \$	13 100	12 905	10,5 %	65	8,2 %		
	30 000 \$ à 34 999 \$	10 765	10 545	8,6 %	80	10,1 %		
	35 000 \$ à 39 999 \$	7 490	7 385	6,0 %	50	6,3 %		
	Sous-total 15 000 \$ à 39 999 \$	74 660	72 955	59,3 %	455	57,6 %		
	40 000 \$ à 44 999 \$	5 510	5 410	4,4 %	70	8,9 %		
	45 000 \$ à 49 999 \$	4 110	4 035	3,3 %	25	3,2 %		
	50 000 \$ à 59 999 \$	6 395	6 335	5,2 %	15	1,9 %		
	60 000 \$ et plus	9 995	9 850	8,0 %	60	7,6 %		
	Sous-total 40 000 \$ et plus	26 010	25 630	20,8 %	170	21,5 %		

Tableau 22 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée, divisions de recensement des régions d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, 2006

Division de	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	Différo (PLOP français –		PLOP anglais et	
recensement				Ü	,	\$	%	français	
		Nombre	87 325	84 365	2 465			100	
	Total	Revenu médian \$	25 753 \$	25 772 \$	28 894 \$	3 122 \$	12,1 %		
		Revenu moyen \$	32 335 \$	32 388 \$	32 837 \$	449\$	1,4 %		
Chatham-Kent		Nombre	29 965	28 770	1 085			15	
(3536)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	34 034 \$	34 100 \$	34 818 \$	718\$	2,1 %		
(3330)		Revenu moyen \$	39 558 \$	39 712 \$	37 216 \$	-2 496\$	-6,3 %		
		Nombre	16 215	15 295	765			10	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	22 705 \$	22 949 \$	20 267 \$	-2 682 \$	-11,7 %		
		Revenu moyen \$	28 401 \$	28 692 \$	25 052 \$	-3 640 \$	-12,7 %		
		Nombre	314 635	296 560	10 965			1 770	
	Total	Revenu médian \$	27 852 \$	28 343 \$	30 274 \$	1 931 \$	6,8 %	15 159 \$	
		Revenu moyen \$	36 830 \$	37 214 \$	37 007 \$	-207 \$	-0,6 %	28 190 \$	
		Nombre	99 540	93 395	4 175			415	
Essex (3537)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	38 141 \$	38 782 \$	38 408 \$	-374 \$	-1,0 %	34 672 \$	
		Revenu moyen \$	46 486 \$	47 002 \$	44 799 \$	-2 203 \$	-4,7 %	48 364 \$	
		Nombre	49 590	44 030	3 265			155	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	24 458 \$	25 068 \$	23 589 \$	-1 479 \$	-5,9 %		
		Revenu moyen \$	31 048 \$	31 857 \$	28 454 \$	-3 403 \$	-10,7 %		
		Nombre	104 830	102 100	2 450			100	
	Total	Revenu médian \$	26 772 \$	26 778 \$	29 624 \$	2 846 \$	10,6 %		
		Revenu moyen \$	36 351 \$	36 208 \$	44 221 \$	8 013 \$	22,1 %		
		Nombre	37 760	36 610	1 090			20	
Lambton (3538)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	35 786 \$	35 765 \$	38 355 \$	2 590 \$	7,2 %		
		Revenu moyen \$	46 739 \$	46 768 \$	47 134 \$	366\$	0,8 %		
		Nombre	20 285	19 485	655			20	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	25 775 \$	25 958 \$	22 313 \$	-3 645 \$	-14,0 %		
		Revenu moyen \$	33 070 \$	32 644 \$	48 085 \$	15 441 \$	47,3 %		

Division de	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	Différe (PLOP français – I		PLOP anglais et français
recensement					,	\$	%	
		Nombre	58 960	58 310	395			70
	Total	Revenu médian \$	27 935 \$	27 977 \$	30 547 \$	2 570 \$	9,2 %	
		Revenu moyen \$	33 678 \$	33 685 \$	39 957 \$	6 272 \$	18,6 %	
		Nombre	19 340	19 110	180			20
Perth (3531)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	35 240 \$	35 303 \$				
		Revenu moyen \$	40 893 \$	40 885 \$				
		Nombre	10 525	10 315	105			15
	65 ans et plus	Revenu médian \$	22 974 \$	23 134 \$				
		Revenu moyen \$	29 342 \$	29 364 \$				
		Nombre	81 660	80 455	890			105
	Total	Revenu médian \$	28 146 \$	28 203 \$	30 377 \$	2 174 \$	7,7 %	
		Revenu moyen \$	34 396 \$	34 390 \$	38 694 \$	4 304 \$	12,5 %	
		Nombre	26 640	26 205	360			25
Oxford (3532)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	36 336 \$	36 334 \$	40 195 \$	3 861 \$	10,6 %	
		Revenu moyen \$	42 055 \$	41 966 \$	51 237 \$	9 271 \$	22,1 %	
		Nombre	14 820	14 510	190			15
	65 ans et plus	Revenu médian \$	22 481 \$	22 642 \$				
		Revenu moyen \$	28 690 \$	28 846 \$				
		Nombre	67 320	66 175	735			30
	Total	Revenu médian \$	27 172 \$	27 237 \$	33 762 \$	6 525 \$	24,0 %	
		Revenu moyen \$	33 346 \$	33 407 \$	36 526 \$	3 119 \$	9,3 %	
		Nombre	22 615	22 135	340			20
Elgin (3534)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	34 000 \$	34 204 \$	36 449 \$	2 245 \$	6,6 %	
		Revenu moyen \$	40 558 \$	40 749 \$	37 904 \$	-2 845 \$	-7,0 %	
		Nombre	11 060	10 780	140			10
	65 ans et plus	Revenu médian \$	22 760 \$	22 994 \$				
		Revenu moyen \$	28 143 \$	28 269 \$				

Division de	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	Différo (PLOP français –		PLOP anglais et	
recensement		·				\$	%	français	
		Nombre	342 870	333 000	4 820			1 360	
	Total	Revenu médian \$	27 611 \$	27 920 \$	30 960 \$	3 040 \$	10,9 %	14 289 \$	
		Revenu moyen \$	36 648 \$	36 852 \$	40 173 \$	3 321 \$	9,0 %	25 637 \$	
		Nombre	109 675	106 375	1 765			235	
Middlesex (3539)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	36 918 \$	37 126 \$	40 989 \$	3 863 \$	10,4 %		
		Revenu moyen \$	48 958 \$	49 300 \$	50 451 \$	1 151 \$	2,3 %		
		Nombre	54 680	52 230	790			125	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	24 329 \$	24 948 \$	22 597 \$	-2 351\$	-9,4 %		
		Revenu moyen \$	32 008 \$	32 438 \$	33 195 \$	757 \$	2,3 %		
		Nombre	47 580	47 170	280			55	
	Total	Revenu médian \$	25 192 \$	25 210 \$	31 932 \$	6 722 \$	26,7 %		
		Revenu moyen \$	31 597 \$	31 610 \$	32 977 \$	1 367 \$	4,3 %		
		Nombre	16 595	16 405	140			25	
Huron (3540)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	31 612 \$	31 602 \$					
		Revenu moyen \$	38 401 \$	38 459 \$					
		Nombre	10 015	9 925	75			10	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	21 733 \$	21 753 \$					
		Revenu moyen \$	28 070 \$	28 096 \$					
		Nombre	54 065	53 545	475			10	
	Total	Revenu médian \$	24 142 \$	24 075 \$	33 979 \$	9 904 \$	41,1 %		
		Revenu moyen \$	34 590 \$	34 487 \$	45 395 \$	10 908 \$	31,6 %		
		Nombre	20 685	20 390	290			10	
Bruce (3541)	45 à 64 ans	Revenu médian \$	32 832 \$	32 741 \$	40 718 \$	7 977 \$	24,4 %		
		Revenu moyen \$	44 036 \$	43 891 \$	53 262 \$	9 371 \$	21,4 %		
		Nombre	11 325	11 250	65			0	
	65 ans et plus	Revenu médian \$	21 630 \$	21 612 \$					
	· -	Revenu moyen \$	29 109 \$	29 128 \$					

Division de	Groupes d'âge	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP français	Différence (PLOP français – PLOP anglais)		PLOP anglais et
recensement						\$	%	français
		Nombre	75 695	74 865	700			80
	Total	Revenu médian \$	23 914 \$	23 939 \$	24 068 \$	129 \$	0,5 %	
		Revenu moyen \$	31 917 \$	31 882 \$	37 423 \$	5 541 \$	17,4 %	
	45 à 64 ans	Nombre	28 015	27 690	295			20
Grey (3542)		Revenu médian \$	30 579 \$	30 639 \$	29 496 \$	-1 143 \$	-3,7 %	
		Revenu moyen \$	38 558 \$	38 428 \$	51 856 \$	13 428 \$	34,9 %	
		Nombre	16 070	15 890	165			0
	65 ans et plus	Revenu médian \$	21 162 \$	21 236 \$				
		Revenu moyen \$	28 840 \$	28 918 \$				

# 4.4 Immigration

Les RMR et AR du territoire desservi comptent 198 025 immigrants, dont 4 840 ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), seule ou avec l'anglais.

La population immigrante francophone (18,7 %) est proportionnellement aussi importante que dans la communauté anglophone (16,7 %). La proportion relative d'immigrants qui sont au pays depuis 2001 ou après est plus grande parmi les immigrants francophones (40,2 %) que parmi les immigrants anglophones (22,5 %). Toutefois, elle est équivalente parmi les immigrants âgés de 65 ans et plus (1,5 % et 2,2 % respectivement).

- La RMR de Windsor compte 2 520 immigrants (21,3 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 335 sont âgés de 65 ans et plus (10,4 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 21,5 % de la population anglophone et 36,7 % parmi les aînés.
- L'AR de Leamington compte 135 immigrants (19,3 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP); aucun n'est âgé de 65 ans et plus. À titre comparatif, les immigrants représentent 20,2 % de la population anglophone et 33,9 % parmi les aînés.
- L'AR de Chatham-Kent compte 85 immigrants (3,6 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 40 sont âgés de 65 ans et plus (5,3 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 8,4 % de la population anglophone et 18,4 % parmi les aînés.
- L'AR de Sarnia compte 100 immigrants (5,0 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 35 sont âgés de 65 ans et plus (5,5 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 11,0 % de la population anglophone et 26,8 % parmi les aînés.
- La RMR de London compte 2 000 immigrants (25,5 % de la population francophone) qui ont le français comme première langue officielle parlée (PLOP), dont 245 sont âgés de 65 ans et plus (23,7 % des aînés francophones). À titre comparatif, les immigrants représentent 18,0 % de la population anglophone et 32,9 % parmi les aînés.
- Les AR de Ingersoll, Woodstock, Tillsonburg, Stratford et Owen Sound comptent un total de 1 070 francophones, dont 270 sont âgés de 65 ans et plus. Les données de l'ENM indiquent qu'il n'y a aucun immigrant francophone dans ces AR.

Les tableaux suivants présentent en détail les données concernant les immigrants, selon la première langue officielle parlée, le sexe et la période d'immigration, pour la population totale et pour la population de 65 ans et plus vivant dans des ménages dans les RMR et AR de la région.

Tableau 23 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, toutes les agglomérations urbaines d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, 2011

		Total – sexe			Sexe féminin			Sexe masculin	
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais
Total – toute la population	1 144 510	25 835	1 108 470	558 180	11 910	542 425	586 335	13 895	566 070
Non-immigrants	937 285	20 700	914 930	459 390	9 490	449 080	477 890	11 165	465 850
Immigrants	198 025	4 840	185 165	93 990	2 225	88 920	104 030	2 585	96 240
% immigrants	17,3 %	18,7 %	16,7 %	16,8 %	18,7 %	16,4 %	17,7 %	18,6 %	17,0 %
Avant 1971	60 250	565	58 665	27 965	300	27 335	32 270	245	31 335
1971 à 1980	26 320	215	25 005	12 255	90	11 760	14 075	105	13 250
1981 à 1990	27 830	705	25 920	13 640	350	12 855	14 185	315	13 050
1991 à 2000	36 905	1 280	33 935	17 695	605	16 565	19 205	660	17 370
2001 à 2011	46 725	1 945	41 635	22 430	775	20 425	24 290	1 135	21 215
% immigrants depuis 10 ans	23,6 %	40,2 %	22,5 %	23,9 %	34,8 %	23,0 %	23,3 %	43,9 %	22,0 %
2001 à 2005	22 925	875	21 135	11 140	370	10 440	11 790	485	10 690
2006 à 2011	23 785	1 055	20 495	11 285	400	9 970	12 485	650	10 510
% immigrants depuis 5 ans	12,0 %	21,8 %	11,1 %	12,0 %	18,0 %	11,2 %	12,0 %	25,1 %	10,9 %
Total – 65 ans et plus	172 795	5 990	163 010	77 505	2 625	73 660	95 300	3 345	89 345
Non-immigrants	118 345	5 305	112 970	52 455	2 245	50 185	65 880	3 065	62 790
Immigrants	54 025	655	49 670	24 835	360	23 275	29 185	245	26 390
% immigrants	31,3 %	10,9 %	30,5 %	32,0 %	13,7 %	31,6 %	30,6 %	7,3 %	29,5 %
Avant 1971	39 395	330	38 125	18 045	185	17 525	21 335	130	20 605
1971 à 1980	7 295	40	6 475	3 450	0	3 145	3 840	10	3 320
1981 à 1990	3 020	75	2 305	1 520	15	1 255	1 475	0	1 025
1991 à 2000	2 375	70	1 525	920	25	690	1 410	15	800
2001 à 2011	1 850	10	1 115	830	0	605	1 010	0	510
% immigrants depuis 10 ans	3,4 %	1,5 %	2,2 %	3,3 %	0,0 %	2,6 %	3,5 %	0,0 %	1,9 %
2001 à 2005	980	0	595	500	0	385	485	0	215
2006 à 2011	855	0	490	320	0	210	510	0	280
% immigrants depuis 5 ans	1,6 %	0,0 %	1,0 %	1,3 %	0,0 %	0,9 %	1,7 %	0,0 %	1,1 %

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La population francophone dans les RMR et AR de la région représente 87,5 % de la population francophone totale des divisions de recensement de la région (25 835 sur 29 525). La population francophone de 65 ans et plus dans les RMR et AR de la région représente 84,1 % de la population francophone de 65 ans et plus des divisions de recensement de la région (5 990 sur 7 125).

Tableau 24 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de Windsor, 2011

	Total – sexe				Sexe féminin		Sexe masculin			
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	
Total – toute la population	315 460	11 825	299 755	154 565	5 660	147 525	160 890	6 160	152 235	
Non-immigrants	242 160	9 145	232 525	119 590	4 385	114 965	122 570	4 760	117 560	
Immigrants	70 290	2 520	64 495	33 290	1 160	31 035	37 000	1 365	33 455	
% immigrants	22,3 %	21,3 %	21,5 %	21,5 %	20,5 %	21,0 %	23,0 %	22,2 %	22,0 %	
Avant 1971	17 330	305	16 715	8 025	140	7 810	9 300	160	8 910	
1971 à 1980	8 710	90	8 240	4 125	40	3 940	4 590	40	4 300	
1981 à 1990	8 590	300	7 930	4 260	165	3 980	4 330	145	3 945	
1991 à 2000	17 345	770	15 735	8 340	390	7 710	9 005	380	8 025	
2001 à 2011	18 310	1 060	15 870	8 540	425	7 600	9 770	635	8 270	
% immigrants depuis 10 ans	26,0 %	42,1 %	24,6 %	25,7 %	36,6 %	24,5 %	26,4 %	46,5 %	24,7 %	
2001 à 2005	9 085	435	8 245	4 375	220	4 055	4 705	215	4 190	
2006 à 2011	9 225	625	7 625	4 165	200	3 540	5 060	420	4 080	
% immigrants depuis 5 ans	13,1 %	24,8 %	11,8 %	12,5 %	17,2 %	11,4 %	13,7 %	30,8 %	12,2 %	
Total – 65 ans et plus	45 025	3 215	40 220	20 305	1 425	18 405	24 725	1 790	21 810	
Non-immigrants	28 275	2 875	25 390	12 550	1 210	11 340	15 730	1 670	14 055	
Immigrants	16 645	335	14 750	7 710	215	7 025	8 935	120	7 725	
% immigrants	37,0 %	10,4 %	36,7 %	38,0 %	15,1 %	38,2 %	36,1 %	6,7 %	35,4 %	
Avant 1971	11 120	185	10 645	5 105	95	4 925	6 020	80	5 720	
1971 à 1980	2 165	10	1 865	1 085	0	945	1 080	10	920	
1981 à 1990	970	15	720	460	15	355	510	0	360	
1991 à 2000	1 405	70	880	575	25	430	830	15	450	
2001 à 2011	990	0	635	485	0	375	505	0	265	
% immigrants depuis 10 ans	5,9 %	0,0 %	4,3 %	6,3 %	0,0 %	5,3 %	5,7 %	0,0 %	3,4 %	
2001 à 2005	575	0	345	295	0	225	285	0	120	
2006 à 2011	415	0	295	190	0	150	225	0	140	
% immigrants depuis 5 ans	2,5 %	0,0 %	2,0 %	2,5 %	0,0 %	2,1 %	2,5 %	0,0 %	1,8 %	

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La population francophone dans la RMR de Windsor représente 89,4 % de la population francophone totale de la division de recensement d'Essex (11 825 sur 13 220). La population francophone de 65 ans et plus dans la RMR de Windsor représente 91,7 % de la population francophone de 65 ans et plus d'Essex (3 215 sur 3 505).

Tableau 25 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, AR de Leamington, 2011

	Total – sexe				Sexe féminin		Sexe masculin			
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	
Total – toute la population	46 565	700	44 975	23 110	380	22 415	23 455	320	22 560	
Non-immigrants	36 155	560	35 385	18 155	295	17 765	18 005	250	17 620	
Immigrants	9 820	135	9 095	4 705	80	4 425	5 115	25	4 670	
% immigrants	21,1 %	19,3 %	20,2 %	20,4 %	21,1 %	19,7 %	21,8 %	7,8 %	20,7 %	
Avant 1971	2 960	0	2 835	1 395	0	1 350	1 560	0	1 490	
1971 à 1980	1 770	0	1 570	855	0	775	915	0	790	
1981 à 1990	1 770	55	1 575	815	0	745	955	0	825	
1991 à 2000	1 730	10	1 650	800	0	780	925	0	870	
2001 à 2011	1 590	0	1 465	835	0	780	755	0	690	
% immigrants depuis 10 ans	16,2 %	0,0 %	16,1 %	17,7 %	0,0 %	17,6 %	14,8 %	0,0 %	14,8 %	
2001 à 2005	715	0	690	405	0	395	310	0	295	
2006 à 2011	875	0	780	430	0	385	445	0	395	
% immigrants depuis 5 ans	8,9 %	0,0 %	8,6 %	9,1 %	0,0 %	8,7 %	8,7 %	0,0 %	8,5 %	
Total – 65 ans et plus	7 260	85	6 885	3 280	35	3 160	3 980	50	3 720	
Non-immigrants	4 630	85	4 545	2 110	35	2 070	2 520	50	2 475	
Immigrants	2 605	0	2 335	1 175	0	1 090	1 430	0	1 245	
% immigrants	35,9 %	0,0 %	33,9 %	35,8 %	0,0 %	34,5 %	35,9 %	0,0 %	33,5 %	
Avant 1971	1 840	0	1 740	845	0	810	995	0	925	
1971 à 1980	545	0	435	225	0	195	325	0	235	
1981 à 1990	155	0	115	75	0	55	80	0	60	
1991 à 2000	55	0	35	30	0	20	25	0	15	
2001 à 2011	10	0	10	0	0	0	0	0	0	
% immigrants depuis 10 ans	0,4 %	-	0,4 %	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	-	0,0 %	
2001 à 2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2006 à 2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
% immigrants depuis 5 ans	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	-	0,0 %	

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La population francophone dans l'AR de Leamington représente 5,3 % de la population francophone totale de la division de recensement d'Essex (700 sur 13 220). La population francophone de 65 ans et plus dans l'AR de Leamington représente 2,4 % de la population francophone de 65 ans et plus d'Essex (85 sur 3 505).

Tableau 26 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, AR de Chatham-Kent, 2011

	Total – sexe				Sexe féminin		Sexe masculin			
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	
Total – toute la population	102 075	2 365	99 270	49 900	1 035	48 660	52 180	1 325	50 610	
Non-immigrants	93 075	2 275	90 620	45 555	980	44 475	47 520	1 290	46 145	
Immigrants	8 695	85	8 380	4 185	40	4 055	4 505	35	4 330	
% immigrants	8,5 %	3,6 %	8,4 %	8,4 %	3,9 %	8,3 %	8,6 %	2,6 %	8,6 %	
Avant 1971	3 620	35	3 555	1 660	30	1 630	1 955	0	1 925	
1971 à 1980	1 200	0	1 160	620	0	605	575	0	560	
1981 à 1990	1 270	0	1 205	600	0	580	670	0	625	
1991 à 2000	1 175	0	1 155	620	0	605	550	0	550	
2001 à 2011	1 440	15	1 315	680	0	640	760	0	670	
% immigrants depuis 10 ans	16,6 %	17,6 %	15,7 %	16,2 %	0,0 %	15,8 %	16,9 %	0,0 %	15,5 %	
2001 à 2005	905	0	870	420	0	405	485	0	465	
2006 à 2011	530	0	445	260	0	235	270	0	210	
% immigrants depuis 5 ans	6,1 %	0,0 %	5,3 %	6,2 %	0,0 %	5,8 %	6,0 %	0,0 %	4,8 %	
Total – 65 ans et plus	17 065	750	16 220	7 825	350	7 445	9 245	400	8 780	
Non-immigrants	13 940	715	13 220	6 305	325	5 980	7 640	390	7 240	
Immigrants	3 105	40	2 985	1 515	25	1 460	1 590	0	1 525	
% immigrants	18,2 %	5,3 %	18,4 %	19,4 %	7,1 %	19,6 %	17,2 %	0,0 %	17,4 %	
Avant 1971	2 480	30	2 410	1 200	25	1 165	1 280	0	1 250	
1971 à 1980	390	0	360	205	0	185	185	0	175	
1981 à 1990	135	0	115	60	0	60	70	0	55	
1991 à 2000	45	0	45	15	0	20	25	0	30	
2001 à 2011	55	0	45	30	0	30	25	0	20	
% immigrants depuis 10 ans	1,8 %	0,0 %	1,5 %	2,0 %	0,0 %	2,1 %	1,6 %	-	1,3 %	
2001 à 2005	40	0	30	20	0	15	20	0	15	
2006 à 2011	20	0	0	0	0	0	0	0	0	
% immigrants depuis 5 ans	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-	0,0 %	

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La population francophone dans l'AR de Chatham-Kent représente 90,4 % de la population francophone totale de la division de recensement de Chatham-Kent (2 365 sur 2 615). La population francophone de 65 ans et plus dans l'AR de Chatham-Kent représente 94,9 % de la population francophone de 65 ans et plus de la DR de Chatham-Kent (750 sur 790).

Tableau 27 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, AR de Sarnia, 2011

	Total – sexe				Sexe féminin		Sexe masculin			
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	
Total – toute la population	88 180	2 020	86 020	42 910	910	41 915	45 275	1 110	44 110	
Non-immigrants	78 185	1 920	76 220	38 445	865	37 545	39 745	1 055	38 675	
Immigrants	9 630	100	9 445	4 300	40	4 205	5 330	60	5 235	
% immigrants	10,9 %	5,0 %	11,0 %	10,0 %	4,4 %	10,0 %	11,8 %	5,4 %	11,9 %	
Avant 1971	4 735	25	4 680	2 250	15	2 215	2 485	0	2 465	
1971 à 1980	1 925	15	1 895	750	0	740	1 170	0	1 160	
1981 à 1990	805	0	800	340	0	340	465	0	450	
1991 à 2000	730	0	720	305	0	305	425	0	415	
2001 à 2011	1 435	25	1 355	650	10	600	785	0	750	
% immigrants depuis 10 ans	14,9 %	25,0 %	14,3 %	15,1 %	25,0 %	14,3 %	14,7 %	0,0 %	14,3 %	
2001 à 2005	955	25	900	445	0	405	510	0	495	
2006 à 2011	480	0	450	205	0	195	275	0	260	
% immigrants depuis 5 ans	5,0 %	0,0 %	4,8 %	4,8 %	0,0 %	4,6 %	5,2 %	0,0 %	5,0 %	
Total – 65 ans et plus	15 660	635	14 945	7 175	285	6 845	8 485	335	8 100	
Non-immigrants	11 455	600	10 840	5 235	275	4 960	6 215	325	5 880	
Immigrants	4 110	35	4 010	1 885	0	1 830	2 225	0	2 175	
% immigrants	26,2 %	5,5 %	26,8 %	26,3 %	0,0 %	26,7 %	26,2 %	0,0 %	26,9 %	
Avant 1971	3 260	0	3 225	1 545	0	1 520	1 720	0	1 705	
1971 à 1980	615	15	585	250	0	235	365	0	350	
1981 à 1990	125	0	115	60	0	60	65	0	60	
1991 à 2000	50	0	45	0	0	0	45	0	40	
2001 à 2011	60	0	35	25	0	10	35	0	20	
% immigrants depuis 10 ans	1,5 %	0,0 %	0,9 %	1,3 %	-	0,5 %	1,6 %	-	0,9 %	
2001 à 2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2006 à 2011	50	0	25	20	0	15	25	0	15	
% immigrants depuis 5 ans	1,2 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	-	0,8 %	1,1 %	-	0,7 %	

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La population francophone dans l'AR de Sarnia représente 80,3 % de la population francophone totale de la division de recensement de Lambton (2 020 sur 2 515). La population francophone de 65 ans et plus dans l'AR de Sarnia représente 80,9 % de la population francophone de 65 ans et plus de Lambton (635 sur 785).

Tableau 28 : Statut d'immigrant et période d'immigration selon la première langue officielle parlée et le sexe, RMR de London, 2011

	Total – sexe				Sexe féminin		Sexe masculin			
Statut d'immigrant et période d'immigration	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	Total	PLOP français (seule ou avec l'anglais)	PLOP anglais	
Total – toute la population	467 260	7 855	454 740	227 230	3 465	221 995	240 030	4 395	232 745	
Non-immigrants	374 875	5 765	368 410	182 865	2 515	180 035	192 005	3 250	188 380	
Immigrants	87 655	2 000	81 985	41 950	905	39 700	45 705	1 100	42 285	
% immigrants	18,8 %	25,5 %	18,0 %	18,5 %	26,1 %	17,9 %	19,0 %	25,0 %	18,2 %	
Avant 1971	25 675	200	25 000	11 980	115	11 690	13 700	85	13 315	
1971 à 1980	10 825	110	10 290	4 990	50	4 810	5 835	65	5 480	
1981 à 1990	14 050	350	13 090	7 000	185	6 590	7 050	170	6 500	
1991 à 2000	14 675	500	13 460	7 060	215	6 610	7 615	280	6 855	
2001 à 2011	22 425	845	20 135	10 920	340	10 000	11 510	500	10 135	
% immigrants depuis 10 ans	25,6 %	42,3 %	24,6 %	26,0 %	37,6 %	25,2 %	25,2 %	45,5 %	24,0 %	
2001 à 2005	10 520	415	9 685	5 100	150	4 795	5 420	270	4 890	
2006 à 2011	11 905	430	10 450	5 815	200	5 205	6 090	230	5 245	
% immigrants depuis 5 ans	13,6 %	21,5 %	12,7 %	13,9 %	22,1 %	13,1 %	13,3 %	20,9 %	12,4 %	
Total – 65 ans et plus	65 820	1 035	63 110	29 405	425	28 435	36 415	615	34 680	
Non-immigrants	42 980	785	42 165	18 915	300	18 605	24 060	485	23 560	
Immigrants	22 660	245	20 775	10 390	120	9 735	12 270	125	11 040	
% immigrants	34,4 %	23,7 %	32,9 %	35,3 %	28,2 %	34,2 %	33,7 %	20,3 %	31,8 %	
Avant 1971	16 655	115	16 110	7 625	65	7 385	9 020	50	8 725	
1971 à 1980	3 000	15	2 680	1 405	0	1 315	1 600	0	1 370	
1981 à 1990	1 490	60	1 105	770	0	635	720	0	470	
1991 à 2000	780	0	485	300	0	220	485	0	265	
2001 à 2011	735	10	390	290	0	190	445	0	205	
% immigrants depuis 10 ans	3,2 %	4,1 %	1,9 %	2,8 %	0,0 %	2,0 %	3,6 %	0,0 %	1,9 %	
2001 à 2005	365	0	220	185	0	145	180	0	80	
2006 à 2011	370	0	170	110	0	45	260	0	125	
% immigrants depuis 5 ans	1,6 %	0,0 %	0,8 %	1,1 %	0,0 %	0,5 %	2,1 %	0,0 %	1,1 %	

Note: Les données sont disponibles seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) et pour les agglomérations de recensement (AR), pour les personnes vivant dans des ménages. La RMR de London s'étend sur la plus grande partie du territoire de la DR de Middlesex, de même que la partie centrale de la DR d'Elgin, incluant St. Thomas. La population francophone dans la RMR de London représente 98,8 % de la population francophone totale des divisions de recensement de Middlesex et Elgin réunies (7 855 sur 7 950). La population francophone de 65 ans et plus dans la RMR de London représente 82,5 % de la population francophone de 65 ans et plus de Middlesex et Elgin (1 035 sur 1 255).

#### 4.5 Indicateurs de la santé

Les estimations annuelles pour 2012 concernant les indicateurs de la santé sont présentées pour les deux RLISS du territoire desservi, en fonction du pourcentage d'incidence rapporté suite à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Les estimations de la population francophone répondant à chaque indicateur sont basées sur les comptes de la population du Recensement de 2011, en fonction du poids démographique des francophones (PLOP) pour le groupe d'âge de 65 ans et plus.

Ces nombres sont des ordres de grandeur. Ils peuvent être modulés, mais toujours approximativement, en fonction de la comparaison pour chaque indicateur de la santé selon la première langue officielle parlée, pour 2009-2010, pour tous les groupes d'âge, pour les deux sexes, pour tout l'Ontario.

On constate notamment que les francophones présentent un profil significativement moins avantageux pour les indicateurs suivants :

- Maladies chroniques : arthrite, diabète, asthme, hypertension et MPOC;
- Douleurs, malaises et limitation des activités;
- Tabagisme et exposition à la fumée secondaire;
- Embonpoint et obésité;
- Sentiment d'appartenance à la communauté locale;
- Médecin régulier.

Il est à noter que le cancer, les maladies cardiaques, les troubles neurologiques et les démences ne figurent pas parmi la liste des indicateurs de l'Enquête pour lesquels une comparaison selon la langue est disponible.

# 4.5.1 Comparaison de l'incidence des indicateurs de la santé en Ontario selon la première langue officielle parlée

Note : Les données suivantes concernent l'ensemble de la population de l'Ontario en 2009-2010 (tous les groupes d'âge, les deux sexes).

Indicateurs où les francophones de l'Ontario (PLOP français seulement) présentent un profil plus avantageux que l'ensemble de la population (les astérisques\* dénotent les indicateurs où l'écart est important) :

- Santé perçue, très bonne ou excellente;
- Satisfaction à l'égard de la vie;
- Consommation de fruits et légumes;
- Activité physique\*;
- Vaccination contre la grippe\*;
- Trouble de l'humeur;
- Santé fonctionnelle;
- Blessures causant la limitation des activités ou requérant un suivi médical.

Indicateurs où les francophones de l'Ontario (PLOP français seulement) présentent un profil moins avantageux que l'ensemble de la population (les astérisques\* dénotent les indicateurs où l'écart est important) :

- Santé perçue, passable ou mauvaise;
- Santé mentale perçue;
- Stress perçu;

- Maladies chroniques : arthrite, diabète, asthme, hypertension et MPOC\*;
- Douleurs, malaises et limitation des activités\*;
- Tabagisme et exposition à la fumée secondaire\*;
- Consommation d'alcool;
- Embonpoint et obésité\*;
- Sentiment d'appartenance à la communauté locale\*;
- Médecin régulier\*.

Tableau 29 : Comparaison de l'incidence des principaux indicateurs de la santé de l'ESCC en Ontario selon la première langue officielle parlée, tous les groupes d'âge, 2009-2010

	Total	_	e officielle parlée, nçais	Première langue officielle parlée, anglais et français		
Indicateur	%	%	Écart avec population totale	%	Écart avec population totale	
Santé perçue, très bonne ou excellente	61,00	61,80	0,80	65,90	4,90	
Santé perçue, passable ou mauvaise	11,90	12,10	0,20	8,80	-3,10	
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	74,30	72,50	-1,80	74,60	0,30	
Santé mentale perçue, passable ou mauvaise	5,70	5,50	-0,20	5,00	-0,70	
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	91,50	92,70	1,20	86,40	-5,10	
Stress perçu dans la vie, assez intense (15 ans et plus)	24,00	25,50	1,50	30,00	6,00	
Arthrite	17,30	21,50	4,20	11,20	-6,10	
Diabète	6,80	7,00	0,20	F		
Asthme	8,30	9,50	1,20	F		
Hypertension	17,40	19,10	1,70	11,40	-6,00	
Douleurs ou malaises selon l'intensité, modérés ou sévères	11,80	12,60	0,80	13,00	1,20	
Douleurs ou malaises empêchant des activités	13,50	13,50	0,00	11,50	-2,00	
Participation et limitation des activités, parfois ou souvent	28,20	33,00	4,80	15,30	-12,90	
Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion	18,90	20,90	2,00	17,70	-1,20	
Fume actuellement, tous les jours	14,50	16,40	1,90	11,60	-2,90	
Exposition à la fumée secondaire au domicile	5,20	5,10	-0,10	F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules et/ou des lieux publics	15,80	16,80	1,00	13,30	-2,50	
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules	6,50	7,30	0,80	F		

	Total	_	e officielle parlée, nçais	Première langue officielle parlée, anglais et français			
Indicateur	%	%	Écart avec population totale	%	Écart avec population totale		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des lieux publics	12,10	13,40	1,30	12,30	0,20		
5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année	15,90	17,70	1,80	5,40	-10,50		
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	43,20	44,30	1,10	50,30	7,10		
Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif	50,50	53,70	3,20	53,00	2,50		
Activité physique durant les loisirs, inactif	49,50	46,30	-3,20	47,00	-2,50		
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint ou obèse	52,00	54,00	2,00	33,90	-18,10		
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint	34,00	34,70	0,70	27,40	-6,60		
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), obèse	18,00	19,30	1,30	6,50	-11,50		
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	67,40	62,40	-5,00	65,90	-1,50		
A un médecin régulier	91,10	89,00	-2,10	78,50	-12,60		
Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois	82,20	82,70	0,50	76,50	-5,70		
Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an	31,20	37,30	6,10	26,40	-4,80		
Trouble de l'humeur	6,80	6,70	-0,10	4,20	-2,60		
Santé fonctionnelle, bonne à pleine	79,90	80,60	0,70	83,20	3,30		
Blessures au cours des 12 derniers mois causant la limitation des activités normales	14,30	12,40	-1,90	15,80	1,50		
Blessures au cours des 12 derniers mois, requérant un suivi médical	7,70	7,00	-0,70	9,30	1,60		
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	4,20	4,90	0,70	F			

Note : F = Trop peu fiable pour être publiée

Source : Statistique Canada. *Tableau 105-0504 – Profil d'indicateurs de la santé, selon la caractéristique linguistique (langue maternelle et première langue officielle parlée), estimations pour une période de deux ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires,* base de données CANSIM, site consulté le 18 novembre 2013.

# 4.5.2 RLISS d'Érié St. Clair, population francophone de 65 ans et plus

Poids démographique des francophones (PLOP)	3,0 %
Poids démographique des francophones parmi les 65 ans et plus	5,3 %
Nombre de francophones de 65 ans et plus	5 080

Tableau 30 : Estimation de l'incidence chez les francophones de 65 ans et plus pour les principaux indicateurs de la santé de l'ESCC, RLISS d'Érié St. Clair, 2012

Indicateur	Les de	ıx sexes	Homi	mes	Femmes		
indicateur	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	
Santé perçue, très bonne ou excellente	43,10	2 189	50,70	1 161	37,10	1 030	
Santé perçue, passable ou mauvaise	26,50	1 346	23,40	536	28,90	802	
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	69,10	3 510	67,50	1 546	70,30	1 951	
Santé mentale perçue, passable ou mauvaise	4,60	234	F		6,80	189	
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	89,40	4 542	92,20	2 111	87,20	2 420	
Stress perçu dans la vie, assez intense (15 ans et plus)	12,20	620	6,60	151	16,70	463	
Arthrite	49,80	2 530	43,90	1 005	54,70	1 518	
Diabète	21,10	1 072	22,90	524	19,50	541	
Asthme	5,70	290	F		8,30	230	
Hypertension	47,50	2 413	41,10	941	52,60	1 460	
Douleurs ou malaises selon l'intensité, modérés ou sévères	24,30	1 234	14,80	339	31,90	885	
Douleurs ou malaises empêchant des activités	24,10	1 224	16,20	371	30,60	849	
Participation et limitation des activités, parfois ou souvent	53,80	2 733	46,20	1 058	60,00	1 665	
Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion	14,80	752	17,40	398	12,60	350	
Fume actuellement, tous les jours	13,90	706	15,90	364	12,20	339	
Exposition à la fumée secondaire au domicile	F		F		F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules et/ou des lieux publics	5,10	259	4,90	112	F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules	F		F		F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des lieux publics	3,40	173	3,30	76	F		
5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans	F		F		F		

to disease	Les de	ıx sexes	Homi	mes	Femi	mes
Indicateur	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
la dernière année						
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	36,50	1 854	24,30	556	46,10	1 279
Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif	37,80	1 920	45,30	1 037	32,00	888
Activité physique durant les loisirs, inactif	62,20	3 160	54,70	1 253	68,00	1 887
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint ou obèse	59,40	3 018	63,50	1 454	55,90	1 551
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint	40,90	2 078	45,70	1 047	36,80	1 021
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), obèse	18,40	935	17,80	408	19,00	527
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	70,10	3 561	74,10	1 697	67,00	1 859
A un médecin régulier	96,80	4 917	96,70	2 214	96,90	2 689
Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois	89,70	4 557	87,50	2 004	91,40	2 536
Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an	71,40	3 627	69,50	1 592	72,90	2 023
Trouble de l'humeur	6,80	345	F		9,10	253
Porte un casque à bicyclette, toujours	18,80	955	F		F	
Santé fonctionnelle, bonne à pleine (2010)	63,70	3 236	71,60	1 640	57,10	1 585
Blessures au cours des 12 derniers mois causant la limitation des activités normales (2010)	7,40	376	F		8,10	225
Blessures au cours des 12 derniers mois, requérant un suivi médical (2010)	4,90	249	F		4,80	133
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	7,10	361	F		11,00	305

Note : F = Trop peu fiable pour être publiée

Source : Statistique Canada. *Tableau 105-0501 – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues, occasionnel,* base de données CANSIM, site consulté le 18 novembre 2013.

#### 4.5.3 RLISS du Sud-Ouest, population francophone de 65 ans et plus

Poids démographique des francophones (PLOP)	1,2 %
Poids démographique des francophones parmi les 65 ans et plus	1,4 %
Nombre de francophones de 65 ans et plus	2 045

Tableau 31 : Estimation de l'incidence chez les francophones de 65 ans et plus pour les principaux indicateurs de la santé de l'ESCC, RLISS du Sud-Ouest, 2012

Indicatory	Les de	Les deux sexes Hommes		mes	Femmes		
Indicateur	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	
Santé perçue, très bonne ou excellente	47,60	973	44,80	410	49,80	563	
Santé perçue, passable ou mauvaise	23,00	470	28,10	257	18,80	212	
Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	73,00	1 493	69,40	635	75,70	855	
Santé mentale perçue, passable ou mauvaise	5,50	112	F		4,90	55	
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	89,40	1 828	93,30	854	86,50	977	
Stress perçu dans la vie, assez intense (15 ans et plus)	10,10	207	8,30	76	11,60	131	
Arthrite	52,70	1 078	50,70	464	54,40	615	
Diabète	15,80	323	17,80	163	14,30	162	
Asthme	6,80	139	6,50	59	7,00	79	
Hypertension	46,40	949	41,20	377	50,70	573	
Douleurs ou malaises selon l'intensité, modérés ou sévères	24,30	497	18,10	166	29,40	332	
Douleurs ou malaises empêchant des activités	24,10	493	18,00	165	29,10	329	
Participation et limitation des activités, parfois ou souvent	56,40	1 153	62,90	576	51,10	577	
Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion	9,30	190	7,30	67	11,00	124	
Fume actuellement, tous les jours	8,20	168	6,90	63	9,20	104	
Exposition à la fumée secondaire au domicile	2,80	57	F		F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules et/ou des lieux publics	9,90	202	13,80	126	6,50	73	
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules	3,40	70	F		F		
Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des lieux publics	7,50	153	9,50	87	5,60	63	
5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année	5,30	108	8,40	77	F		
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	44,00	900	41,60	381	45,80	518	
Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif	42,50	869	51,70	473	35,70	403	
Activité physique durant les loisirs, inactif	57,50	1 176	48,30	442	64,30	727	
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint ou obèse	56,40	1 153	61,20	560	53,00	599	

In diasta	Les de	ıx sexes	Homi	mes	Femi	nes
Indicateur	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), embonpoint	37,80	773	40,30	369	35,90	406
Indice de masse corporelle autodéclaré, adulte (18 ans et plus), obèse	18,60	380	20,80	190	17,10	193
Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort	73,40	1 501	65,40	598	79,40	897
A un médecin régulier	96,20	1 967	92,40	845	99,40	1 123
Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois	84,70	1 732	82,30	753	86,70	980
Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an	68,50	1 401	64,90	594	71,10	803
Trouble de l'humeur	5,90	121	4,80	44	6,80	77
Porte un casque à bicyclette, toujours	28,90	591	22,10	202	42,30	478
Santé fonctionnelle, bonne à pleine (2010)	64,50	1 319	63,90	585	64,90	733
Blessures au cours des 12 derniers mois causant la limitation des activités normales (2010)	12,30	252	F		13,30	150
Blessures au cours des 12 derniers mois, requérant un suivi médical (2010)	7,20	147	F		10,40	118
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	9,90	202	12,90	118	7,50	85

Note: F = Trop peu fiable pour être publiée

Source: Statistique Canada. *Tableau 105-0501 – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues, occasionnel, base de données CANSIM, site consulté le 18 novembre 2013.* 

### 5 Données du sondage de 2013 sur la santé des francophones et l'utilisation des services de santé dans les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest

L'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair / Sud-Ouest a procédé à un sondage auprès de la population francophone du territoire à l'été et à l'automne 2012. Ce sondage portait sur divers sujets liés à la santé et aux soins de santé, y compris l'état de santé général et les habitudes de vie, l'utilisation des services de santé, la disponibilité des services de santé en français ainsi que les maladies et les troubles chroniques. Une grande partie des questions du sondage ont été adaptées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada.

L'Entité a encouragé les groupes communautaires à distribuer le questionnaire à leurs membres ou à inviter ces derniers à répondre au questionnaire en ligne. Sur les 1 500 réponses reçues, 1 139 répondants correspondaient aux critères et leurs réponses ont été retenues pour l'analyse. Le sondage a rejoint un total de 306 répondants (99 hommes et 206 femmes) de 65 ans et plus qui se déclarent francophones (le français est leur langue maternelle, leur langue officielle de choix ou leur langue de culture).

Les estimations obtenues pour les 65 ans et plus par le biais des données de l'ESCC ont été comparées à celles obtenues suite au sondage de 2013 commandité par l'Entité.

#### Le constat général est le suivant :

Certains indicateurs présentent des données d'un ordre de grandeur comparable dans le cadre de l'ESCC et du sondage, alors que d'autres présentent des écarts importants.

#### Résultats comparables :

- Santé perçue, très bonne ou excellente;
- Santé perçue, passable ou mauvaise;
- Santé mentale perçue, très bonne ou excellente;
- Niveau de stress;
- Sentiment d'appartenance à la communauté;
- Médecin régulier.

#### Profil moins avantageux selon le sondage que selon l'ESCC:

- Santé mentale perçue, passable ou mauvaise;
- Consommation de fruits et légumes;
- Consommation d'alcool;
- Diabète;
- Niveau d'activité physique.

#### Profil plus avantageux selon le sondage que selon l'ESCC :

- Obésité (perçue);
- Tabagisme.

Il n'est pas possible de confirmer la représentativité du groupe de répondants au sondage pour ce qui est de la description des habitudes de vie et de l'incidence des problèmes de santé. Toutefois, le sondage étant plus complet et ciblé, surtout au niveau des maladies chroniques et de l'accès aux services de santé, il demeure un outil de référence utile.

#### 5.1 Questions concernant la situation socioéconomique

#### 1. Quel est le plus haut certificat ou diplôme d'études que vous avez obtenu?

Réponse	Fréquence	Décompte
Aucun diplôme ou certificat d'études secondaires	22 %	66
Diplôme ou certificat d'études secondaires	20 %	61
Diplôme ou certificat de métier d'une école de métiers ou à la suite	12 %	37
d'une période d'apprentissage		
Diplôme ou certificat non universitaire d'un collège communautaire,	12 %	37
CÉGEP, école de sciences infirmières, etc.		
Certificat universitaire inférieur au baccalauréat	6 %	19
Baccalauréat	7 %	20
Diplôme ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat	7 %	22
Je ne sais pas	13 %	38
Total		300

### 2. Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous le revenu total de votre ménage (avant impôts et autres déductions) au cours des 12 derniers mois?

Réponse	Fréquence	Décompte
Moins de 20 000 \$	19 %	56
20 000 \$ - 40 000 \$	31 %	93
40 000 \$ - 80 000 \$	26 %	79
80 000 \$ - 150 000 \$	7 %	22
150 000 \$ et plus	3 %	8
Je ne sais pas	14 %	42
Total		300

### 3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dépensé un tiers (1/3) ou plus de votre revenu sur le logement?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	36 %	107
Non	49 %	146
Je ne sais pas	16 %	47
Total		300

### 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous réduit votre portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	4 %	11
Non	88 %	263
Je ne sais pas	9 %	26
Total		300

### 5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait le choix de ne pas acheter des médicaments sur ordonnance ou d'autres fournitures médicales nécessaires en raison du coût?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	5 %	15
Non	84 %	253
Je ne sais pas	11 %	32
Total		300

#### 6. Combien de personnes compte votre ménage?

Réponse	Fréquence	Décompte
1	36 %	109
2	57 %	171
3	5 %	14
4	1 %	2
5 ou plus	1 %	4
Total		300

#### 7. Quel est votre statut d'emploi?

Réponse	Fréquence	Décompte
Parent à la maison	1 %	4
Sans emploi	3 %	10
Employé	6 %	19
À la retraite	88 %	265
Étudiant	1 %	2
Total		300

#### 5.2 Questions concernant les habitudes de vie et l'état de santé

#### 8. Considérez-vous que vous :

Réponse	Fréquence	Décompte
faites de l'embonpoint?	25 %	74
êtes trop maigre?	1 %	2
êtes à peu près normal?	68 %	205
Je ne sais pas	7 %	21
Total		302

L'ESCC révèle un taux d'obésité (sur la base de l'IMC) de beaucoup supérieur à celui obtenu par le sondage (embonpoint perçu par le répondant).

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Embonpoint	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage (perçu)	1 270	511
selon l'ESCC (selon l'IMC calculé)	3 018	1 153

#### 9. En général, diriez-vous que votre santé est :

Réponse	Fréquence	Décompte
excellente?	9 %	26
très bonne?	31 %	94
bonne?	36 %	110
passable?	20 %	59
mauvaise?	3 %	8
Je ne sais pas	2 %	5
Total		302

#### L'ESCC révèle une incidence de bonne santé perçue comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Santé perçue, très bonne ou excellente	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	2 032	818
selon l'ESCC	2 189	973

#### L'ESCC révèle une incidence de mauvaise santé perçue comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Santé perçue, passable ou mauvaise	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	1 168	470
selon l'ESCC	1 346	470

#### 10. En général, diriez-vous que votre santé mentale est :

Réponse	Fréquence	Décompte
excellente?	29 %	88
très bonne?	37 %	112
bonne?	24 %	72
passable?	9 %	26
mauvaise?	1 %	2
Je ne sais pas	1 %	2
Total		302

#### L'ESCC révèle une incidence de bonne santé mentale perçue comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Santé mentale perçue, très bonne ou excellente	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	3 353	1 350
selon l'ESCC	3 510	1 493

### L'ESCC révèle une incidence de mauvaise santé mentale perçue passablement inférieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Santé mentale perçue, passable ou mauvaise	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	508	204
selon l'ESCC	234	112

#### 11. En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont :

Réponse	Fréquence	Décompte
pas du tout stressantes?	16 %	49
pas tellement stressantes?	36 %	109
un peu stressantes?	32 %	97
assez stressantes?	10 %	30
extrêmement stressantes?	2 %	5
Je ne sais pas	4 %	12
Total		302

L'ESCC révèle une incidence de stress assez intense comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Stress perçu dans la vie, assez intense	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	610	245
selon l'ESCC	620	207

### 12. Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est :

Réponse	Fréquence	Décompte
très fort?	28 %	86
plutôt fort?	48 %	146
plutôt faible?	13 %	39
très faible?	4 %	12
Je ne sais pas	6 %	19
Total		302

L'ESCC révèle une incidence de fort sentiment d'appartenance à la communauté comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de		
francophones de 65 ans et plus :	RLISS d'Érié St. Clair	RLISS du Sud-Ouest
Sentiment d'appartenance à la	(5 080 personnes)	(2 045 personnes)
communauté locale, plutôt fort ou très fort		
selon le sondage	3 861	1 554
selon l'ESCC	3 561	1 501

#### 13. Participez-vous à des activités sociales au moins une fois par semaine?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	74 %	223
Non	26 %	79
Total		302

### 14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait quelque chose pour améliorer votre santé? (Par exemple, perdre du poids, cesser de fumer, faire plus d'exercices...)

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	74 %	224
Non	21 %	62
Je ne sais pas	5 %	16
Total		302

#### 15. Quel est le changement le plus important que vous avez fait?

Réponse	Fréquence	Décompte
J'ai fait plus d'exercices, de sport ou d'activités physiques	39 %	88
J'ai perdu du poids	12 %	27
J'ai changé mon alimentation ou amélioré mes habitudes alimentaires	15 %	34
J'ai cessé de fumer ou réduit ma consommation de tabac	3 %	6
J'ai consommé moins d'alcool	2 %	5
J'ai réduit le niveau de stress	4 %	8
J'ai reçu des traitements médicaux	6 %	13
J'ai pris des vitamines	11 %	24
Autre, veuillez spécifier :	0 %	0
Je ne sais pas	9 %	20
Total		225

#### 16. Que faites-vous pour maintenir ou améliorer votre santé? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Vérification régulière de ma tension (pression) artérielle	48 %	145
Prises de sang annuelles pour vérifier le glucose et le cholestérol	68 %	205
Examen annuel de la vue	74 %	222
Examen physique annuel	63 %	191
Vaccin annuel contre la grippe	58 %	176
Dépistage régulier du cancer du col utérin (test PAP)	22 %	65
Auto-examen des seins	29 %	87
Mammographie régulière	35 %	106
Dépistage régulier du cancer de la prostate	18 %	53
Dépistage du cancer du côlon	32 %	97
Visite chez le dentiste (examen dentaire)	53 %	159
Rien	4 %	11
Autre, veuillez spécifier :	2 %	6
Total		302

rapport sur les besoins de services et de logement des personnes amées mancophones – i	.rie St. Clair/Suu-Ouest

#### 17. Avez-vous des problèmes de mobilité?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	18 %	54
Non	78 %	235
Je ne sais pas	4 %	13
Total		302

### 18. Avez-vous besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne telles que vous laver, vous habiller, vous nourrir, etc.?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	5 %	14
Non	93 %	282
Je ne sais pas	2 %	6
Total		302

#### 19. De quel type d'aide avez-vous besoin? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Préparer les repas	21 %	3
Vous rendre à des rendez-vous ou faire des commissions comme l'épicerie	64 %	9
Accomplir les tâches ménagères quotidiennes	50 %	7
Soins personnels comme vous laver, vous habiller, manger ou prendre des médicaments	29 %	4
Vous déplacer dans la maison	21 %	3
Vous occuper de vos finances personnelles, comme faire des transactions bancaires ou payer des factures	29 %	4
Utiliser un fauteuil roulant	14 %	2
Utiliser une autre aide à la mobilité	36 %	5
Autre, veuillez spécifier :	29 %	4
Total		14

#### 20. Comment décririez-vous votre capacité habituelle à vous souvenir des choses?

Réponse	Fréquence	Décompte
Je suis capable de me souvenir de la plupart des choses	77 %	234
Je suis plutôt porté à oublier des choses	18 %	53
Je suis très porté à oublier des choses	2 %	6
Je suis incapable de me rappeler quoi que ce soit	0 %	0
Je ne sais pas	3 %	9
Total		302

### 21. Comment décririez-vous votre capacité habituelle à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?

Réponse	Fréquence	Décompte
Je suis capable de penser clairement et de régler des problèmes	83 %	252
J'éprouve un peu de difficulté à penser et à régler des problèmes	9 %	28
J'éprouve une certaine difficulté à penser et à régler des problèmes	2 %	6
J'éprouve beaucoup de difficulté à penser et à régler des problèmes	1 %	3
Je suis incapable de penser ou de régler des problèmes	0 %	1
Je ne sais pas	4 %	12
Total		302

#### 22. Mangez-vous au moins 5 fruits et légumes par jour?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	65 %	196
Non	33 %	100
Je ne sais pas	2 %	6
Total		302

L'ESCC révèle une incidence de consommation suffisante de fruits et légumes passablement inférieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	3 302	1 329
selon l'ESCC	1 854	900

# 23. Combien de minutes par semaine faites-vous de l'activité physique à intensité modérée (marche rapidement, danse, jardinage) ou à haute intensité (course à pieds, danse aérobique, corde à sauter)?

Réponse	Fréquence	Décompte
Moins de 20 minutes	29 %	88
20-60 minutes	27 %	82
60-90 minutes	12 %	36
90-120 minutes	8 %	24
120-150 minutes	7 %	22
Plus de 150 minutes	13 %	40
Je ne sais pas	3 %	10
Total		302

### L'ESCC révèle une incidence d'activité physique suffisante légèrement supérieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	1 422	573
selon l'ESCC	1 920	869

### L'ESCC révèle une incidence d'activité physique insuffisante légèrement inférieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Activité physique durant les loisirs, inactif	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	3 454	1 391
selon l'ESCC	3 160	1 176

# 24. Lors d'une semaine typique, passez-vous plus de deux (2) heures par jour à faire des activités sédentaires (p.ex., ordinateur, jeux vidéo, télévision, lecture), à l'extérieur du travail ou de l'école?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	70 %	210
Non	25 %	74
Je ne sais pas	6 %	18
Total		302

#### 25. Fumez-vous régulièrement?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	4 %	12
Non	94 %	284
Je ne sais pas	2 %	6
Total		302

#### L'ESCC révèle une incidence du tabagisme de beaucoup supérieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Fume actuellement, tous les jours	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage (régulièrement)	203	82
selon l'ESCC (tous les jours)	706	168

#### 26. Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

Réponse	Fréquence	Décompte
À l'occasion	0 %	0
0-12 cigarettes/jour	67 %	8
Plus de 12 cigarettes/jour	33 %	4
Je ne sais pas	0 %	0
Total		12

#### 27. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?

Réponse	Fréquence	Décompte
Jamais	23 %	70
Moins d'une fois par mois	17 %	52
Une fois par mois	5 %	14
2 à 3 fois par mois	18 %	53
Une fois par semaine	2 %	5
2 à 3 fois par semaine	15 %	46
4 à 6 fois par semaine	8 %	24
Tous les jours	10 %	31
Je ne sais pas	2 %	7
Total		302

### 28. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?

Réponse	Fréquence	Décompte
Jamais	72 %	217
Moins d'une fois par mois	8 %	25
Une fois par mois	5 %	16
2 à 3 fois par mois	5 %	15
Une fois par semaine	2 %	5
2 à 3 fois par semaine	2 %	6
4 à 6 fois par semaine	0 %	1
Tous les jours	1 %	2
Je ne sais pas	5 %	14
Total		301

L'ESCC révèle une incidence de consommation élevée d'alcool de beaucoup inférieure à celle obtenue par le sondage (données disponibles pour le RLISS du Sud-Ouest seulement).

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	762	307
selon l'ESCC	n.d.	108

#### 29. Prenez-vous plus d'un médicament sur ordonnance (prescrit par un médecin)?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	70 %	210
Non	28 %	84
Je ne sais pas	2 %	7
Total		301

# 30. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous parié ou dépensé de l'argent sur des jeux de hasard, comme les billets de loterie, le bingo, les jeux de cartes, les appareils de loterie vidéo, les machines à sous, etc.?

Réponse	Fréquence	Décompte
Tous les jours	0 %	1
Entre 2 à 6 fois par semaine	5 %	16
Environ une fois par semaine	16 %	48
Entre 2 à 3 fois par mois	6 %	18
Environ une fois par mois	10 %	31
Entre 6 à 11 fois par année	6 %	18
Entre 1 à 5 fois par année	22 %	65
Jamais	33 %	100
Je ne sais pas	1 %	4
Total		301

#### 31. Avez-vous une maladie ou un trouble de santé diagnostiqué par un médecin?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	55 %	164
Non	36 %	109
Je ne sais pas	9 %	26
Total		299

#### 32. Lesquelles des maladies ci-dessous avez-vous? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Maladies des os et des articulations	61 %	100
Maladies du poumon	17 %	28
Diabète	28 %	45
Maladies du rein	4 %	6
Cancer	10 %	17
Maladies du cœur et des vaisseaux sanguins	52 %	85
Maladies mentales	4 %	7
Autres troubles de santé	10 %	16
Total		163

#### L'ESCC révèle une incidence du diabète de passablement inférieure à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : Diabète	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	1 422	573
selon l'ESCC	1 072	323

#### 5.3 Questions concernant l'accès aux services de santé

#### 33. Avez-vous un médecin régulier?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	96 %	290
Non	3 %	10
Je ne sais pas	0 %	1
Total		301

#### L'ESCC révèle une incidence de médecin régulier comparable à celle obtenue par le sondage.

Estimation du nombre total de francophones de 65 ans et plus : A un médecin régulier	RLISS d'Érié St. Clair (5 080 personnes)	RLISS du Sud-Ouest (2 045 personnes)
selon le sondage	4 877	1 963
selon l'ESCC	4 917	1 967

#### 34. Pourquoi n'avez-vous pas un médecin régulier? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Il n'y a pas de médecin dans la région	0 %	0
Il n'y a pas de médecin francophone dans la région	18 %	2
Aucun médecin ne prend ne nouveau patient dans la région	9 %	1
Je n'ai pas essayé d'avoir un médecin	27 %	3
Mon médecin a quitté ou a pris sa retraite	36 %	4
Autre, veuillez spécifier :	0 %	0
Je ne sais pas	18 %	2
Total		11

#### 35. Parlez-vous habituellement en français avec votre médecin?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	9 %	27
Non	89 %	258
Je ne sais pas	2 %	5
Total		290

#### 36. À quel endroit allez-vous habituellement quand vous êtes malade?

Réponse	Fréquence	Décompte
Bureau du médecin	86 %	259
Centre de santé communautaire	2 %	7
Clinique sans rendez-vous	3 %	9
Clinique de rendez-vous	3 %	8
Pharmacie	1 %	3
Ligne d'information téléphonique (par exemple TéléSanté Ontario)	0 %	0
Salle d'urgence d'un hôpital	3 %	8
Clinique externe d'un hôpital	0 %	0
Autre, veuillez spécifier :	1 %	4
Je ne sais pas	1 %	3
Total		301

### 37. Où allez-vous habituellement lorsque vous avez besoin de renseignements ou de conseils liés à la santé?

Réponse	Fréquence	Décompte
Bureau du médecin	72 %	216
Centre de santé communautaire	2 %	6
Clinique sans rendez-vous	3 %	8
Clinique de rendez-vous	3 %	8
Pharmacie	8 %	23
Famille/Amis	2 %	5
Ligne d'information téléphonique (par exemple TéléSanté Ontario)	2 %	5
Internet	5 %	15
Salle d'urgence d'un hôpital	1 %	4
Autre, veuillez spécifier :	1 %	4
Je ne sais pas	2 %	7
Total		301

# 38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté l'un ou l'autre des professionnels de la santé suivants à propos de votre santé physique, émotionnelle ou mentale? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Un allergologue (spécialiste des allergies)	3 %	9
Un audiologiste (spécialiste de l'ouïe)	11 %	34
Un chiropraticien	19 %	58
Un spécialiste dentaire, comme un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste	48 %	145
Un spécialiste de la vue, comme un ophtalmologue ou un optométriste	64 %	193
Un médecin de famille ou un omnipraticien	63 %	189
Une infirmière	5 %	15
Un ergothérapeute (réadaptation)	0 %	1
Un orthopédiste	3 %	8
Un pédiatre	1 %	4
Un pharmacien	29 %	86
Un physiothérapeute	6 %	19

Réponse	Fréquence	Décompte
Un psychiatre	1 %	3
Un psychologue	1 %	2
Un travailleur social ou un conseiller	1 %	3
Un orthophoniste	0 %	1
Un chirurgien	6 %	19
Autre	5 %	16
Je ne sais pas	9 %	28
Total		301

#### 39. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des services de soins à domicile?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	7 %	20
Non	91 %	275
Je ne sais pas	2 %	6
Total		301

#### 40. Qui a payé pour ces services à domicile?

Réponse	Fréquence	Décompte
Gouvernement	70 %	14
Assurance privée	5 %	1
Moi-même	20 %	4
Autre, veuillez spécifier :	0 %	0
Je ne sais pas	5 %	1
Total		20

#### 41. Quel genre de services avez-vous reçus?

Réponse	Fréquence	Décompte
Soins infirmiers (par exemple, changement de pansement, préparation des médicaments, visites d'une infirmière)	35 %	7
Autres services ou soins de santé (par exemple, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, conseils en nutrition)	40 %	8
Équipements médicaux ou fournitures médicales	20 %	4
Soins d'hygiène personnelle (par exemple, bain, soin des pieds)	30 %	6
Travaux ménagers (par exemple, nettoyage, lavage)	30 %	6
Préparation des repas ou livraison	10 %	2
Magasinage	10 %	2
Services de relève (soutien aux soignants)	0 %	0
Autre, veuillez spécifier :	5 %	1
Je ne sais pas	10 %	2
Total		20

#### 42. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous visité la salle d'urgence d'un hôpital?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	26 %	78
Non	71 %	214
Je ne sais pas	3 %	9
Total		301

#### 43. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à la salle d'urgence d'un hôpital?

Réponse	Fréquence	Décompte
1-2 fois	85 %	66
3-4 fois	15 %	12
5-6 fois	0 %	0
Plus de 6 fois	0 %	0
Je ne sais pas	0 %	0
Total		78

#### 44. Concernant votre plus récente visite à la salle d'urgence, quelle en était la raison principale?

Réponse	Fréquence	Décompte
Rhume, douleur ou autre problème physique mineur	14 %	11
Fatigue, anxiété, stress ou problème de sommeil	6 %	5
Renouveler une ordonnance (prescription)	1 %	1
Examen médical	12 %	9
Obtenir une note du médecin	1 %	1
Accident ou blessure	19 %	15
Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)	5 %	4
Autres troubles menaçant la vie, veuillez spécifier :	6 %	5
Complications d'un trouble existant	8 %	6
Autre, veuillez spécifier :	23 %	18
Je ne sais pas	4 %	3
Total		78

#### 45. Pourquoi n'êtes-vous pas allé ailleurs pour obtenir des soins pour votre problème mineur?

Réponse	Fréquence	Décompte
Mon médecin de famille n'était pas disponible	56 %	15
Le temps d'attente pour un rendez-vous était trop long	19 %	5
Je croyais que ce serait inadéquat	4 %	1
Je ne savais pas où aller/Je n'ai pas de médecin de famille	11 %	3
Autre, veuillez spécifier :	4 %	1
Je ne sais pas	19 %	5
Total		27

#### 46. En général, demandez-vous d'être servi en français?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	32 %	97
Non	64 %	192
Je ne sais pas	4 %	12
Total		301

#### 47. Pourquoi ne demandez-vous pas de services en français? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Je ne pense pas demander des services en français	23 %	47
Je parle anglais	36 %	74
Des services de qualité ne sont pas disponibles en français	30 %	62
Je ne veux pas attendre	7 %	14
On ne m'a pas offert des services en français	28 %	57
Autre, veuillez spécifier :	4 %	8
Je ne sais pas	11 %	23
Total		204

# 48. Est-ce que votre professionnel de la santé vous offre des informations en français, comme des renseignements sur vos médicaments à la pharmacie ou des directives à suivre après une visite à la salle d'urgence?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	7 %	21
Non	82 %	246
Je ne sais pas	11 %	34
Total		301

### 49. Quels facteurs représentent, selon vous, des obstacles à l'obtention des services de santé en français? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Distance à parcourir	10 %	31
Pénurie/manque de professionnels de la santé francophones	55 %	167
Attitude négative des membres du personnel	10 %	29
Heures d'ouverture des cliniques et des centres de santé	3 %	8
Discrimination contre les patients francophones	8 %	24
Qualité des services	4 %	12
Autre, veuillez spécifier :	7 %	20
Je ne sais pas	25 %	75
Total		301

#### 50. Connaissez-vous des services de santé disponibles en français dans la région?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui, spécifiez	13 %	38
Non	72 %	217
Je ne sais pas	15 %	46
Total		301

### 51. Si ces services étaient disponibles en français dans votre communauté, lesquels utiliseriez-vous? Cochez tout ce qui s'applique.

Réponse	Fréquence	Décompte
Groupes de soutien ou d'entraide	20 %	60
Classes de tai-chi, de yoga et d'arts	15 %	45
Classes de nutrition et d'exercice	29 %	87
Conférences et ateliers portant sur ma maladie spécifique	19 %	57
Programmes de jour	9 %	27
Soins de fin de vie	18 %	54
Soins à domicile	17 %	50
Soins primaires (médecin de famille, infirmière praticienne)	29 %	88
Soins de longue durée	17 %	51
Services de relève	5 %	15
Autre, veuillez spécifier :	4 %	11
Aucun	10 %	31
Je ne sais pas	27 %	80
Total		301

### 52. Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la disponibilité des services de santé en français dans la région? Diriez-vous que la disponibilité est :

Réponse	Fréquence	Décompte
excellente?	1 %	3
bonne?	6 %	17
passable?	22 %	66
mauvaise?	45 %	135
Je ne sais pas	27 %	80
Total		301

#### 53. Quelle importance accordez-vous au fait de recevoir des services de santé en français?

Réponse	Fréquence	Décompte
Très important	38 %	113
Important	34 %	102
Un peu important	19 %	58
Pas important	9 %	28
Total		301

#### 54. Prenez-vous soin d'une personne à la maison?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	7 %	21
Non	90 %	271
Je ne sais pas	3 %	9
Total		301

#### 55. Quelle est la raison?

Réponse	Fréquence	Décompte
Démence	19 %	4
Cancer	10 %	2
Réadaptation	0 %	0
Maladie chronique	33 %	7
Trouble qui altère la qualité de vie	19 %	4
Soins de fin de vie	0 %	0
Autre, veuillez spécifier :	19 %	4
Total		21

#### 56. Quelle est votre relation avec cette personne?

Réponse	Fréquence	Décompte
Conjoint/conjointe	67 %	14
Parent	0 %	0
Enfant	10 %	2
Frère/sœur	19 %	4
Autre, veuillez spécifier :	5 %	1
Total		21

#### 57. Comme soignant, avez-vous l'impression d'avoir accès aux services de soutien nécessaire?

Réponse	Fréquence	Décompte
Oui	45 %	9
Non	55 %	11
Total		20

# Section IV : Services et logement destinés aux personnes aînées francophones

Cette section du document décrit les services aux personnes aînées francophones en suivant la progression du niveau de services telle qu'exposée dans le cadre conceptuel du rapport *Vivre bien et plus longtemps* (Sinha, 2012).

Dans un premier temps, la section présente ce cadre conceptuel et situe les services en français dans le cadre du modèle logique du RLISS du Sud-Ouest.

Ensuite, les services aux aînés sont présentés en quatre parties qui correspondent aux niveaux de services décrits dans le cadre conceptuel :

- Les établissements de soins de longue durée;
- Les résidences locatives privées avec soutien communautaire et les logements supervisés;
- Les services communautaires de soutien;
- Les services de maintien de l'autonomie.

Enfin, la section présente les besoins exprimés lors de groupes de discussion et d'entrevues auprès des personnes aînées francophones et d'informateurs clés.

#### 1 Cadre conceptuel et modèle logique

#### 1.1 Cadre conceptuel soutenant un modèle de coordination des soins axés sur la collaboration

Dans son rapport au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée *Vivre bien et plus longtemps,* Sinha (2012) propose le cadre conceptuel suivant pour encadrer l'intégration des soins communautaires aux personnes aînées. Ce modèle permet de saisir en un coup d'œil la progression des services de soutien aux personnes aînées selon leur état général de santé.



Figure 3 : Cadre conceptuel soutenant un modèle de coordination des soins axés sur la collaboration

Source: Sinha (2012), page 90.

Les services et les options de logements disponibles pour les aînés francophones des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest sont décrits en fonction de ce modèle, c'est-à-dire en progressant dans la pyramide de haut en bas.

#### 1.2 Modèle logique du RLISS du Sud-Ouest

L'ébauche du modèle logique du RLISS du Sud-Ouest permet de situer les services en français dans le cadre des résultats visés dans la région. Ce modèle logique intègre la dimension francophone aux objectifs généraux en matière de livraison de services en santé et aux divers programmes et stratégies régionales et provinciales. (Note : le document n'est disponible qu'en anglais.)

On constate l'identification des éléments suivants :

- Le processus de désignation en vertu de la Loi sur les services en français;
- L'intégration de la dimension francophone aux stratégies (Vieillir chez soi, Maillon Santé, etc.);
- L'intégration de la dimension francophone aux services directs aux personnes aînées (WrapAround, CASC, Santé mentale, Ligne Santé, etc.).

Figure 4 : Ébauche du Modèle logique du RLISS du Sud-Ouest

#### IHSP 2013-2016 - DRAFT LHIN Level Francophone Logic Model – Linking Objectives, Priorities, Actions, Initiatives and Outcomes

System Level Objectives	Improve Population Health and Wellness Improve Person Experience with the Health System Improve the Sustainability of our Health System				
Strategic Directions	Enhance Access to Family Health Care	Enhance Coordination and Transitions of Care for Targeted Populations	Support Evidence Based Practice to Drive Safety	Maintain & Leverage the Gains to Increase the Value of our Healthcare System for the People We Serve	
Objectives	<ol> <li>Increase timely access to appropriate family health care</li> <li>Integrate family health care as the first point of contact for people living with multiple complex and chronic conditions and those at risk</li> <li>Increase access to inter professional teams in and across health care settings</li> <li>Divert avoidable ER visits to the appropriate care setting</li> <li>Better integrate family health care with other local and regional health services supporting the care journey</li> </ol>	1. Respond to the needs of the population of people with the greatest unmet health care need utilizing a significant proportion of the health care resources 2. Create a collaborative personcentered response to better support the growing population of people living with chronic conditions and, those at risk 3. Enable people to manage their own health	<ol> <li>Identify the most common preventable safety issues that cross the continuum of care</li> <li>Drive implementation of coordinated prevention strategies in care transitions (falls, wounds, adverse drug events, infections)</li> <li>Partner to strengthen prevention strategies in order to help people stay safe at home</li> </ol>	1. Continue to drive improvements in access to appropriate care (emergency, surgery, diagnostic procedures)  2. Maximize capacity and efficiency of care through local and regional clinical services planning & system redesign  3. Implement standardized common care protocols and best practices  4. Increase access to community/home-based supports	
	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>+</b>	Ψ	

## Intermediate LEAD Outcomes 1-2 Years LHIN Level

Increase access to family health care provider within 24 hours for urgent needs/ time to third next apt
Increase proportion of attached

patients

Increase communication of discharge summaries following care to family healthcare within 24-48 hours
Increase percentage of physicians working in collaborative team settings
Increase referral rates to other professions

Decrease ER visits and revisits
Increase compliance with after hour access protocols
Improve 'HBAM actual to expected'

**Reduce ED revisits** 

Reduce readmission rates

Reduce hospitalizations

Reduced level of crisis response
Improvement in patient satisfaction
with seamlessness of care transitions

 Increase patient participation in self health care Decrease in falls, adverse drug events, infections, and wounds

Increased use of defined communication tools for patient transitions in care settings (i.e. fall risk assessment)

Increase in use of common evidence based tools in use across the continuum for the top 4 safety issues (falls, wounds, adverse drug events, infections) (i.e. RAI)

Increase in Health Service Provider compliance with evidence based standards for patient safety

# of appropriate and inappropriate referrals compared to baseline

Proportion of eligible patients following pathways

Comparison of actual to benchmark cost,

Proportion of the population who has access to the defined services in their community

Proportion of centers that achieve the required critical mass

Open case wait times

Cost per case (compare costs of a case through protocol to a case that did not go through protocol)

Improve the percent of Alternative Level of Care Days

Decrease wait time and wait list for services in the community

Delayed admissions to LTC (i.e. referrals are more clinically appropriate) -- increase in complexity of LTC clients









# Long-Term LAG Outcomes >-2 Years LHIN Level

Improved access to family health provider for urgent requests
Increased appropriate use of health care resources by complex vulnerable unattached patients.

Improved information flow to and from family health care

Increased patient access to appropriate resources (inter professional teams)

Increased access to appropriate health care

Increased efficiency of the health care system

Increased appropriate transitions from hospital to community care Seamless Care

> More people involved in managing their health

Increased patient safety in defined care settings

Decreased patient risk factors in transitions of care

Increased prevention support programs for people living in the community

Increased appropriate referrals to specific ED, surgical and diagnostic services

Increased and coordinated provider circle of care

Improved cost efficiency for service delivery (Quality Based Procedures)

Increased equitability of access to defined services

Increased quality of service delivery

Reduced wait-times for defined procedures (surgical, DI and ED)

Increased value for money of defined health care services

Supply and demand of services match as appropriate

Support people to live in their homes as long as possible

Improved health outcomes for people living in the community

Source: RLISS du Sud-Ouest.

#### 2 Établissements de soins de longue durée

En mai 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) rapportait qu'approximativement 21 000 personnes aînées attendaient un placement dans l'une des 77 600 places de soins de longue durée offertes dans 630 foyers financés par la province. Il y a 103 établissements publics (municipaux) totalisant 16 473 places et 158 établissements sans but lucratif totalisant 19 535 places. Le secteur privé à but lucratif gère 360 établissements offrant en tout 41 475 places.

#### 2.1 Demande et offre de places de soins de longue durée

Selon les données administratives du MSSLD de mai 2012<sup>13</sup>, il y aurait 88 places par 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la région du RLISS d'Érié St. Clair et 98 places par 1 000 habitants dans la région du RLISS du Sud-Ouest (voir le Tableau 32). L'offre actuelle provenant de toutes sources ne répond pas à la demande exprimée.

Tableau 32 : Taux de demande et d'offre de foyers de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, Ontario, Érié St. Clair et Sud-Ouest, 2011-2012

Taux par population de 1 000 habitants de 75 ans et plus	Demande	Offre	Écart (– déficit de places)
Ontario	107	86	-21
RLISS d'Érié St. Clair	103	88	-15
RLISS du Sud-Ouest	118	98	-20

Source : Sinha (2012), page 153, à partir des données du MSSLD.

La Figure 5 qui suit présente la demande et l'offre de foyers de soins de longue durée pour chacun des RLISS de la province. On constate que le RLISS d'Érié St. Clair est proche de la moyenne provinciale, alors que le RLISS du Sud-Ouest est au-dessus de la moyenne.

Brynaert Brennan et Associé.e.s

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Selon les données les plus récentes du rapport trimestriel de la Direction de l'analytique en matière de santé tirées de la Base de données CPRO – Long-Term Home Care System Reports, MSSLD, extrait en mai 2012 (Sinha, 2012, page 153).

Demande de soins de longue durée 140 Offre de soins de longue durée 123 118 118 120 113 Taux par population de 1 000 (75 ans et plus) 103 100 80 60 40 20 0 Hamilton Niagara Haldimand Brant Waterloo Wellington Champlain Simcoe Nord Muskoka ONTARIO Sud-Est Sud-Ouest Centre-Ouest Mississauga Halton Nord-Est Erié St-Clair Centre Toronto-Centre Centre-Est Nord-Oues

Figure 5 : Demande et offre de foyers de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, par RLISS, 2<sup>e</sup> trimestre de 2011-2012

RLISS de maisons de soins de longue durée

Source: Sinha (2012), à partir des données du MSSLD.

### 2.2 Estimation de la demande et de l'offre pour des places de soins de longue durée pour les personnes aînées francophones

En utilisant les taux de demande et d'offre par tranche de 1 000 habitants de 75 ans et plus et les données du Recensement de 2011 sur la population francophone de 75 ans et plus, la demande théorique pour les personnes aînées francophones est estimée à 246,2 places dans la région d'Érié St. Clair et à 98,5 places dans la région du Sud-Ouest (voir le Tableau 33).

Tableau 33 : Estimation du nombre de places de soins de longue durée pour personnes aînées francophones, Érié St. Clair et Sud-Ouest

	Α	В	С	D	E	F	G
Région	Taux par po 1 000 hab 75 ans 6	itants de	Population francophone 2011** (Définition inclusive)		Estimation du nombre de places de foyer de soins de longue durée		
	Demande	Offre	Âgée de 75 à 79 ans	YU ans et   75 ans et		Demande théorique	Offre théorique
					C + D	AxE/1000	B x E / 1000
RLISS d'Érié St. Clair	103	88	1 060	1 330	2 390	246,2	210,3
RLISS du Sud-Ouest	118	98	380	455	835	98,5	81,8

<sup>\*</sup> Voir le Tableau 32.

#### 2.3 Quote-part des résidents des foyers de soins de longue durée

Selon les directives du MSSLD, au 1<sup>er</sup> juillet 2013, les résidents d'un établissement de soins de longue durée doivent payer une quote-part mensuelle maximale admissible variant de 1 708 \$ à 2 362 \$, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 34 : Quote-part maximale admissible pour les résidents des foyers de soins de longue durée, Ontario, juillet 2013

Quote-part maximale admissible	Type d'hébergement	Quote-part quotidienne	Quote-part mensuelle
Séjour de longue durée			
Chambre de base ou standard	Divers types (suivant la date de construction ou de rénovation de l'établissement)	56,14\$	1 707,59 \$
Hébergement avec services	Chambre à deux lits	66,14 \$	2 011,76 \$
privilégiés	Chambre individuelle	77,64 \$	2 361,55 \$
Séjour de courte durée (programme	de relève)		
		36,34 \$	S.O.

Source : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/15\_facilities.aspx, page consultée en ligne le 15 décembre 2013 Note : La quote-part du résident peut être plus faible en l'absence de moyens de payer de l'individu (et non de la famille).

<sup>\*\*</sup> PLOP français et PLOP anglais et français. Voir le Tableau 11 (ESC) et le Tableau 12 (SO).

#### 2.4 Nombre moyen d'heures de soins

Selon les données du MSSLD portant sur les niveaux des ressources humaines analysées par la *Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors* (OANHSS), les résidents des foyers de soins de longue durée reçoivent en moyenne 3,4 heures de soins par jour.

Tableau 35 : Moyenne d'heures de soins directs par jour par résident, Ontario, 2009

Type d'établissement	Moyenne d'heures de soins par jour
Secteur des soins de longue durée	3,408
Foyers municipaux	3,599
Foyers sans but lucratif	3,037
Établissements de soins de longue durée (sans but lucratif)	3,296
Établissements de soins de longue durée (à but lucratif)	2,996

Source: http://www.oanhss.org/oanhssdocs/Media Centre/PositionPapers/Municipal Brief July 2012.pdf

À titre de référence, l'exigence d'avoir une infirmière autorisée ou une préposée aux soins disponible à temps plein, 24 heures par jour, 7 jours par semaine pendant une année représente 4,3 équivalents temps plein (ETP).

#### 2.5 RLISS d'Érié St. Clair – Soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée financés par le RLISS d'Érié St. Clair font partie des services de placement gérés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Selon la liste la plus récente fournie par l'Entité, les fournisseurs de services suivants sont désignés ou identifiés sous le processus de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* (Loi 8) :

- Banwell Gardens
- Country Village Health Care Centre
- Tilbury Manor Nursing Home

#### 2.6 RLISS du Sud-Ouest – Soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée financés par le RLISS du Sud-Ouest font partie des services de placement gérés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Selon la liste la plus récente fournie par l'Entité, le fournisseur de services suivant est identifié sous le processus de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* (Loi 8) :

• St. Joseph's Healthcare, London

#### 3 Résidences locatives privées pour personnes aînées – Sud-Ouest de l'Ontario

Dans le cadre du *Rapport sur les résidences pour personnes âgées* (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2013), l'enquête portait sur les résidences ouvertes depuis au moins un an (c'est-à-dire janvier 2012), comptant au moins 10 unités locatives, offrant un service de repas sur place, ne comptant pas exclusivement des résidents qui recevaient des soins assidus et comptant au moins 50 % de locataires âgés de 65 ans et plus.

L'étude de la SCHL définit quatre catégories de places (page 31) :

- Une **place** est un espace résidentiel locatif. Dans la plupart des cas, il y a une place par unité locative.
- Une **place standard** est une place occupée par un résident qui reçoit un niveau standard de soins (moins d'une heure et demie de soins par jour) ou qui n'a pas à payer de frais supplémentaires pour recevoir des soins assidus.
- Une place avec soins assidus est une place occupée par un résident qui paye des frais supplémentaires pour recevoir des soins assidus (au moins une heure et demie par jour), par exemple s'il est atteint d'Alzheimer ou de démence ou s'il est à mobilité réduite.
- Une **place de soins de relève** est une place servant à loger temporairement une personne âgée qui réside ailleurs que dans la résidence.

En Ontario, l'Office de la réglementation des maisons de retraite (ORMR), créé en vertu de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, oblige l'obtention d'un permis pour les résidences pour personnes aînées. Les critères de l'ORMR et ceux de la SCHL sont semblables, mais diffèrent puisque l'Enquête de la SCHL est de portée nationale : « L'ORMR, pour sa part, n'exige pas que toutes les résidences aient un service de repas sur place, pourvu qu'elles offrent deux autres services, dont des services médicaux sur place, la présence d'une infirmière autorisée et une pharmacie. » (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2013, page 7).

La section qui suit est fondée sur les analyses de l'Enquête de la SCHL. Certains tableaux ont été construits à partir de données contenues dans diverses sections du rapport. D'autres données présentées ne figurent pas telles quelles dans les tableaux originaux de la SCHL; elles ont été calculées à partir des données disponibles.

La région du Sud-Ouest, dans les rapports de la SCHL, englobe l'ensemble du territoire des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest. Lorsque possible, les données de la SCHL ont été regroupées sur la base des régions de chaque RLISS pour assurer la plus grande constance dans les analyses subséquentes contenues dans ce rapport.

### 3.1 Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones

En utilisant les taux d'attraction estimés par la SCHL pour les résidences locatives privées pour personnes aînées et les données du Recensement de 2011 sur la population francophone de 75 ans et plus, la demande théorique estimée se situe entre 190 et 200 places pour la région du Sud-Ouest de l'Ontario. Les estimations sont de 155,4 places pour les personnes aînées francophones de la région d'Érié St. Clair et de 45,1 places pour la région du Sud-Ouest (voir le Tableau 36).

Tableau 36 : Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones, Érié St. Clair et Sud-Ouest

	Α	В	С	D	E	
Région	Population francophone* (Définition inclusive)			Estimation du nombre de p de résidences locatives pri		
	Âgée de 75 à 79 ans	Âgée de 80 ans et plus	Âgée de 75 ans et plus	Taux d'attraction estimé (SCHL)**	Offre théorique	
			A + B		CxD	
Région Sud-Ouest	1 440	1 785	3 225	5,9 %	190,3	
RLISS d'Érié St. Clair	1 060	1 330	2 390	6,5 %	155,4	
RLISS du Sud-Ouest	380	455	835	5,4 %	45,1	

<sup>\*</sup> PLOP français et PLOP anglais et français. Voir le Tableau 11 (ESC) et le Tableau 12 (SO).

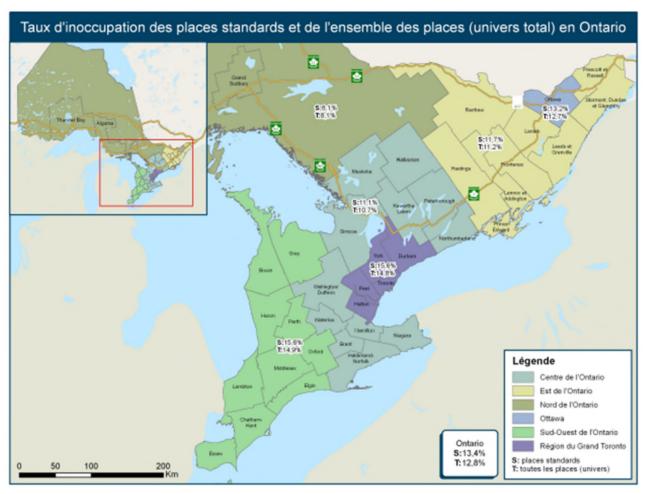
#### 3.2 Faits saillants de l'étude de la SCHL pour l'Ontario

Les faits saillants de l'étude de la SCHL, pour l'Ontario, sont les suivants.

- Le taux d'attraction pour la province est de 5,1 % en 2013 (5,2 % en 2012).
   (Note: Le taux d'attraction est le pourcentage des personnes de 75 ans et plus qui vivent dans des résidences pour personnes âgées sur la population totale de 75 ans et plus.)
- Le taux d'inoccupation global dans les établissements pour aînés est descendu de 14,4 % en 2012 à 13,4 % en 2013. L'offre totale dans la province se situe à 51 800 unités. En 2013, 48 000 Ontariens vivaient dans des résidences pour personnes aînées.
   (Note: Le taux d'inoccupation est le pourcentage des logements disponibles et non loués.)
- La plus forte baisse du taux d'inoccupation a été enregistrée dans la fourchette de loyer de 2 501 \$ à 3 000 \$ en raison de l'augmentation du nombre de places occupées et de la diminution du nombre de places totales dans cette catégorie.
- Le loyer moyen de l'ensemble des places a augmenté de 4,5 % en 2013 (2,1 % en 2012) pour se situer à 3 204 \$. En Ontario, les ensembles de construction récente exigent généralement un loyer supérieur à 3 000 \$. Le taux d'inoccupation des places dans les catégories de loyer de 3 001 \$ à 3 500 \$ et de 3 501 \$ et plus a baissé en 2013.
- Les résidences neuves comptant au minimum 90 places ont gonflé l'offre locative et proposent des choix de commodités que les résidences de plus petite taille n'offrent pas. Malgré l'ajout de 15 nouvelles résidences depuis 2011, le nombre total de résidences a chuté de 671 à 667 dans la province, quoi que le nombre total de places ait augmenté.
- Le nombre de résidents vivant en couple a augmenté fortement en 2012 pour se stabiliser en 2013.
- La croissance de l'offre depuis 2010 et le taux d'inoccupation à près de 40 % dans les résidences neuves ralentissent l'augmentation des loyers en 2012. Les résidences neuves (en activité depuis au moins un an au moment de l'enquête de 2012) étaient en mode proactif de location. En 2013, l'augmentation des loyers reflète la baisse du taux d'inoccupation.

<sup>\*\*</sup> Voir le Tableau 39.

Figure 6 : Taux d'inoccupation des places standards et de l'ensemble des places locatives privées dans les résidences pour personnes aînées, Ontario, 2013



Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), page 2.

#### 3.3 Univers des places selon la catégorie pour l'Ontario

Le Tableau 37 et le Tableau 38 révèlent qu'en Ontario :

- Près de 93 % des places sont des places standards et plus de 6 % sont des places non standards ou autres;
- 60 % des places sont des places standards de type chambre individuelle ou studio;
- 31 % des places sont des places standards du type appartement d'une chambre;
- 4 % des places sont des places standards du type appartement de deux chambres.

Il faut rappeler que les nouvelles constructions et les conversions d'édifices construits avant 2000 sont en majorité de type appartement.

Tableau 37 : Univers des places selon le type d'unité, Ontario, 2013

Région	Chambres semi-privées et salles communes	Chambres individuelles et studios	1 chambre	2 chambres	Toutes les unités
Ontario	2 288	31 108	16 253	2 197	51 846
Places standards	1 694	28 697	15 862	2 179	48 432
Places non standards	23	964	164	4	1 155
Autres*	571	1 447	227	14	2 259

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 2.2, page 18.

Tableau 38 : Distribution (%) des places selon le type d'unité, Ontario, 2013

Région	Chambres semi-privées et salles communes	Chambres individuelles et studios	1 chambre	2 chambres	Toutes les unités
Ontario	4 %	60 %	31 %	4 %	100 %
Places standards	3 %	59 %	33 %	4 %	93 %
Places non standards	2 %	83 %	14 %	0 %	2 %
Autres*	25 %	64 %	10 %	1 %	4 %

Source : Calculs des auteurs sur la base des données du Tableau 37.

<sup>\*</sup> La catégorie « Autres » regroupe les unités hors marché et les unités de soins de relève.

<sup>\*</sup> La catégorie « Autres » regroupe les unités hors marché et les unités de soins de relève.

## 3.4 Résidences locatives privées pour personnes âgées – région du Sud-Ouest de l'Ontario

Dans la région du Sud-Ouest de l'Ontario, selon les données de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)<sup>14</sup>, la situation des résidences locatives pour personnes âgées en 2013 est la suivante.

- Il y a 8 190 places offertes dans 123 résidences. Le nombre de résidents se chiffre à 7 415, soit un <u>taux d'attraction estimé à 5,9 %</u> de la population âgée de 75 ans et plus dans la région du Sud-Ouest de l'Ontario. Le taux d'inoccupation se situe à 14,9 % (voir le Tableau 39).
- Parmi les 8 190 places offertes, 404 (5 %) sont des chambres semi-privées, 4 942 (50 %) sont des chambres individuelles ou des studios, 2 504 (31 %) sont des appartements d'une chambre et 340 (4 %) sont des appartements de deux chambres (voir le Tableau 41).
- En 2013, le loyer moyen est de 1 767 \$ (1 811 \$ en 2012) pour une chambre semi-privée ou une salle commune, de 2 534 \$ (2 462 \$ en 2012) pour une chambre individuelle ou un studio, de 3 370 \$ (3 264 \$ en 2012) pour un appartement d'une chambre et de 4 313 \$ (3 926 \$ en 2012) pour un appartement de deux chambres. Les services incluent trois repas par jour, l'entretien ménager, les soins standards (moins d'une heure et demie par jour), et des commodités telles qu'une salle de cinéma, une piscine, un service de transport, etc. (voir le Tableau 42).
- Dans la région du Sud-Ouest, pour les places avec soins assidus (plus d'une heure et demie de soins par jour), en 2013, le loyer moyen est de 3 392 \$ (3 809 \$ en 2012); le taux d'inoccupation dans le Sud-Ouest n'est pas publié (il est de 4,9 % pour l'Ontario).

Tableau 39 : Univers, nombre de résidents et taux d'attraction, Sud-Ouest de l'Ontario

Région	Nombre total de	Taux d'inoccupation global		Nombre de résidences	Nombre de résidents	Population estimative des 75 ans	Taux d'attraction	
	places	2012	2013	]		et plus	(%)	
Sud-Ouest	8 190	14,3 %	14,9 %	123	7 415	125 710	5,9 %	
Essex	2 107	18,8 %	16,6 %	25	1 867	28 650	6,5 %	
Windsor	1 086	23,6 %	19,1 %	10	926			
Leamington/Kingsville	393	3,6 %	14,5 %	6	358			
Reste d'Essex	628	18,2 %	13,4 %	9	583			
Chatham-Kent	746	8,2 %	9,2 %	14	710	9 210	7,7 %	
Middlesex	1 926	16,6 %	17,3 %	20	1 771	32 910	5,4 %	

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 1.4, page 14.

#### 3.4.1 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Essex

Dans le comté d'Essex, selon les données de la SCHL, la situation des résidences locatives pour personnes âgées en 2013 est la suivante.

• Il y a 2 107 places offertes dans 25 résidences. Le nombre de résidents se chiffre à 1 867, soit un taux d'attraction estimé à 6,5 % de la population âgée de 75 ans et plus dans le comté d'Essex. Le taux d'inoccupation se situe à 16,6 % (voir le Tableau 40). À Windsor, il y a 1 086 places offertes dans 10 résidences. Le taux d'inoccupation se situe à 19,1 %.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Source des tableaux : SCHL, *Rapport sur les résidences pour personnes âgées (Ontario)*, 2013, http://publications.gc.ca/collections/collection\_2013/schl-cmhc/NH2-36-2013-fra.pdf. Sont exclues des données les unités subventionnées ou hors marché, les unités de soins de relève et les unités où des frais supplémentaires sont exigés pour des soins assidus (soins durant une heure et demie ou plus par jour).

- Parmi les 2 107 places offertes, 128 (6 %) sont des chambres semi-privées, 1 254 (60 %) sont des chambres individuelles ou des studios, 649 (31 %) sont des appartements d'une chambre et 76 (4 %) sont des appartements de deux chambres (voir le Tableau 41).
- En 2013, le loyer moyen est de 1 645 \$ (1 772 \$ en 2012) pour une chambre semi-privée ou une salle commune, de 2 596 \$ (2 459 \$ en 2012) pour une chambre individuelle ou un studio, de 3 500 \$ (3 370 \$ en 2012) pour un appartement d'une chambre; le loyer en 2013 pour un appartement de deux chambres n'est pas disponible (il était de 4 241 \$ en 2012). Les services incluent trois repas par jour, l'entretien ménager, les soins standards (moins d'une heure et demie par jour), des commodités telles qu'une salle de cinéma, une piscine, un service de transport, etc. (voir le Tableau 42).

## 3.4.2 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Chatham-Kent

Dans le comté de Chatham-Kent, selon les données de la SCHL, la situation des résidences locatives pour personnes âgées en 2013 est la suivante.

- Il y a 746 places offertes dans 14 résidences. Le nombre de résidents se chiffre à 710, soit un taux d'attraction estimé à 7,7 % de la population âgée de 75 ans et plus dans le comté de Chatham-Kent. Le taux d'inoccupation se situe à 9,2 % (voir le Tableau 40).
- Parmi les 746 places offertes, 45 (6 %) sont des chambres semi-privées, 590 (79 %) sont des chambres individuelles ou des studios, et 111 (15 %) sont des appartements d'une chambre (voir le Tableau 41).
- En 2013, le loyer moyen est de 1 788 \$ (1 766 \$ en 2012) pour une chambre semi-privée ou une salle commune, de 2 456 \$ (2 398 \$ en 2012) pour une chambre individuelle ou un studio, de 3 040 \$ (2 954 \$ en 2012) pour un appartement d'une chambre; le loyer en 2012 et 2013 pour un appartement de deux chambres n'est pas disponible. Les services incluent trois repas par jour, l'entretien ménager, les soins standards (moins d'une heure et demie par jour), des commodités telles qu'une salle de cinéma, une piscine, un service de transport, etc. (voir le Tableau 42).

#### 3.4.3 Résidences locatives privées pour personnes âgées – Middlesex

Dans le comté de Middlesex, selon les données de la SCHL, la situation des résidences locatives pour personnes âgées en 2013 est la suivante.

- Il y a 1 926 places offertes dans 23 résidences. Le nombre de résidents se chiffre à 1 873, soit un taux d'attraction estimé à 5,4 % de la population âgée de 75 ans et plus dans le comté de Middlesex. Le taux d'inoccupation se situe à 17,3 % (voir le Tableau 40).
- Parmi les 1 926 places offertes, 765 (40 %) sont des chambres individuelles ou des studios, et 951 (49 %) sont des appartements d'une chambre (voir le Tableau 41).
- En 2013, le loyer moyen est de 2 826 \$ (2 754 \$ en 2012) pour une chambre individuelle ou un studio, de 3 507 \$ (3 374 \$ en 2012) pour un appartement d'une chambre et de 4 298 \$ (3 882 \$ en 2012) pour un appartement de deux chambres. Les services incluent trois repas par jour, l'entretien ménager, les soins standards (moins d'une heure et demie par jour), des commodités telles qu'une salle de cinéma, une piscine, un service de transport, etc. (voir le Tableau 42).

Tableau 40 : Univers, nombre de résidents et taux d'attraction, Sud-Ouest de l'Ontario

Centre	Nombre total de places			Nombre de résidences	Nombre de résidents	Population estimative des 75 ans et plus	Taux d'attraction (%)*
		2012	2013				
Bruce	421	18,8a	16,6 a	9	373 a	6 550	5,7
Elgin	240	10,5 d	15,3 a	6	217 a	6 230	3,5
Essex	2 107	18,4 a	16,6 a	25	1 867 b	28 650	6,5
Windsor	1 086	23,6 a	19,1 a	10	926 c		
Leamington / Kingsville	393	3,6 a	14,5 a	6	358 a		
Reste d'Essex	628	18,2 a	13,4 a	9	583 a		
Grey	753	12,0 a	11,8 c	12	**	9 570	**
Huron	260	15,9 a	17,4 d	6	**	5 580	**
Chatham-Kent	746	8,2 a	9,2 a	14	710 a	9 210	7,7
Lambton	671	9,8 a	9,1 a	11	655 a	11 770	5,6
Middlesex	1 926	16,6 a	17,3 a	20,0	1 771 b	32 910	5,4
Oxford	575	**	13,1 a	10	530 d	8 940	5,9
Perth	491	12,3 c	19,7 a	10	392 a	6 300	6,2
Sud-Ouest de l'Ontario	8 190	14,3 a	14,9 a	123	7 415 a	125 710	5,9

Source: Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 1.4, page 14. Sources SCHL: Statistique Canada (estimations 2011) et ministère ontarien des Finances (projections diffusées au printemps 2012). Projection du scénario de référence au 1er juillet 2013.

Notes: La SCHL utilise les indications suivantes dans ses analyses pour caractériser le degré de fiabilité des données estimatives: a : Excellent, b : Très bon, c : Bon, d : Passable (utiliser avec prudence).

<sup>\*</sup> Taux d'attraction : estimation de la proportion de la population des 75 ans et plus vivant dans les résidences incluses dans l'univers de l'Enquête.

<sup>\*\*</sup> Non fournie pour des raisons de confidentialité.

<sup>–</sup> Aucun logement de cette catégorie dans l'univers.

Tableau 41 : Univers des places selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario

Centre	Chambres semi- privées et salles communes	Chambres individuelles et studios	1 chambre	2 chambres	Toutes les unités	
Bruce	**	310	**	-	421	
Elgin	**	192	**	3	240	
Essex	128	1 254	649	76	2 107	
Grey	4	591	140	18	753	
Huron	**	193	52	**	260	
Chatham-Kent	45	590	111	-	746	
Lambton	**	354	252	**	671	
Middlesex	**	765	951	**	1 926	
Oxford	**	386	116	**	575	
Perth	79	307	99	6	491	
Sud-Ouest de l'Ontario	404	4 942	2 504	340	8 190	

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 2.1, page 16.

Tableau 42: Univers des places standards selon la fourchette de loyers (\$), Sud-Ouest de l'Ontario

Combine	2 000 \$ ou moins	2 001 à 2 500 \$	2 501 à 3 000 \$	3 001 à 3 500 \$	3 501 \$ et plus
Centre	% du total*	% du total*	% du total*	% du total*	% du total*
Bruce	26,2 a	34,4 a	23,8 a	9,5 a	6,1 a
Elgin	9,8 b	23,5 a	27,0 a	3,9 c	35,8 a
Essex	8,3 a	26,6 a	24,6 a	15,7 a	24,8 a
Windsor	7,2 b	34,4 a	21,6 a	8,8 b	28,0 a
Leamington / Kingsville	6,6 a	26,3 a	33,5 a	31,7 a	1,8 a
Reste d'Essex	11,3 a	13,0 a	23,7 a	17,1 a	35,0 a
Grey	6,6 c	35,6 a	**	16,5 d	8,5 c
Huron	4,2 d	**	**	**	**
Chatham-Kent	13,2 a	55,9 a	20,8 a	6,7 a	3,4 b
Lambton	15,1 a	25,6 a	32,2 a	21,1 a	6,1 a
Middlesex	2,2 a	13,9 a	28,9 a	16,7 a	38,2 a
Oxford	10,9 c	48,7 a	27,0 a	10 b	3,4 c
Perth	31,1 a	37,6 a	22,7 a	6,3 a	2,3 a
Sud-Ouest de l'Ontario	10,3 a	30,0 a	27,1 a	13,6 a	19,0 a

Source: Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 2.3, page 19.

Notes: La SCHL utilise les indications suivantes dans ses analyses pour caractériser le degré de fiabilité des données estimatives: a : Excellent, b : Très bon, c : Bon, d : Passable (utiliser avec prudence). Sont exclues des données ci-dessus les unités subventionnées ou hors marché, les unités de soins de relève et les unités où des frais supplémentaires sont exigés pour des soins assidus (soins durant une heure et demie ou plus).

<sup>\*</sup> Pourcentage du nombre total de places dont le loyer est connu.

<sup>\*\*</sup> Non fournie pour des raisons de confidentialité.

<sup>–</sup> Aucun logement de cette catégorie dans l'univers.

Tableau 43: Taux d'inoccupation (%) des places standards selon le type d'unité, Sud-Ouest de l'Ontario

Centre	Chambres semi-privées et salles communes			Chambres individuelles et studios		Une chambre		nbres	Toutes les unités	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bruce	**	**	21,2 a	15,9 a	14,4 c	22,5 a	**	**	19,3 a	17,5 a
Elgin	**	**	9,9 c	17,9 a	**	**	**	**	11,6 d	16,3 a
Essex	27,1 a	26,9 a	18,7 a	17,5 a	22,4 a	16,1 a	13,6 c	**	20,1 a	17,5 a
Windsor	**	**	23,9 a	19,7 a	27,6 a	20,7 a	**	**	24,8 a	19,7 a
Leamington/ Kingsville	**	**	3,3 a	16,7 a	**	**	**	**	4,0 a	15,3 a
Reste d'Essex	36,6 a	**	23,4 a	12,8 a	**	**	**	**	20,9 a	14,9 a
Grey	**	**	**	12,5 c	12,0 c	13,2 c	**	**	12,6 a	12,0 c
Huron	**	**	18,7 a	20,8 d	**	**	**	**	15,9 a	18,0 d
Chatham-Kent	21,1 d	31,1 a	8,0 a	7,4 a	**	10,8 a	**	**	8,3 a	9,4 a
Lambton	**	**	8,9 a	6,3 a	9,2 a	12,0 a	**	**	9,8 a	9,4 a
Middlesex	**	**	13,0 a	16,9 a	18,6 a	18,9 a	17,9 a	15,4 d	16,4 a	17,8 a
Oxford	**	**	**	13,6 c	**	2,9 c	**	**	**	14,5 a
Perth	5,2 d	15, 6 d	14,0 c	13,1 a	**	53,8 a	**	**	12,5 c	20,5 a
Sud-Ouest de l'Ontario	22,4 a	27,4 a	13,5 a	14,2 a	16,7 a	16,8 a	13,9 a	14,0 a	14,8 a	15,6 a

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 1.1, page 9.

Notes: La SCHL utilise les indications suivantes dans ses analyses pour caractériser le degré de fiabilité des données estimatives: a : Excellent, b : Très bon, c : Bon, d : Passable (utiliser avec prudence).

<sup>\*\*</sup> Non fournie pour des raisons de confidentialité.

<sup>–</sup> Aucun logement de cette catégorie dans l'univers.

Tableau 44: Taux d'inoccupation (%) des places standards selon la fourchette de loyers (\$), Ontario, 2012 et 2013

Centre	2 000 \$ ou moins		2 001 à 2 500 \$ 2 501 à		3 000 \$ 3 001 à 3 500 \$		3 501 \$ et plus		Total des places dont le loyer est connu			
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bruce	**	18,2 d	15,2 d	12,3 c	**	25,6 a	**	**	**	21,7 d	20,4 a	18,5 a
Elgin	**	**	**	29,2 d	**	25,5 d	**	**	**	**	12,2 d	17,2 a
Essex	14,0 a	18,9 d	18,6 a	15,8 d	24,8 a	18,3 a	26,8 a	26,0 a	19,8 a	18,4 a	21,4 a	18,9 a
Windsor	10,8 c	**	22,1 d	19,1 d	34,9 a	23,8 d	46,2 a	**	22,3 a	**	26,1 a	22,0 a
Leamington/ Kingsville	**	**	1,1 d	**	**	**	**	**	**	**	4,7 b	16,2 a
Reste d'Essex	20,5 a	21,8 d	33,3 a	22,2 d	24,7 a	12,2 c	20,7 a	**	**	**	21,8 a	15,2 a
Grey	**	**	13,5 c	**	10,1 d	**	**	**	**	**	12,7 c	12,5 c
Huron	**	**	16,2 a	**	**	**	**	**	**	**	16,3 a	27,3 d
Chatham-Kent	22,0 d	23,3 d	8,1 b	7,9 b	4,0 c	5,9 c	**	**	**	**	8,5 a	8,9 a
Lambton	19,1 d	14,9 a	10,3 c	9,4 a	5,5 b	10,0 a	**	**	**	**	9,9 a	9,8 a
Middlesex	7,8 c	5,6 d	10,4 c	18,9 d	7,8 b	20,5 a	28,6 a	19,0 a	15,3 a	19,0 a	15,5 a	19,1 a
Oxford	**	**	**	18,0 d	**	9,0 c	**	**	**	**	**	15,1 d
Perth	10,3 c	15,9 a	12,5 d	16,2 a	17,1 d	**	**	**	**	**	12,7 c	20,9 a
Sud-Ouest de l'Ontario	16,0 a	18,1 a	12,8 a	15,0 a	12,7 a	17,9 a	22,0 a	17,2 a	14,8 a	16,4 a	15,0 a	16,7 a

Sources : Société canadienne d'hypothèques et de logement (2013), tableau 1.2, page 11.

Notes : La SCHL utilise les indications suivantes dans ses analyses pour caractériser le degré de fiabilité des données estimatives : a : Excellent, b : Très bon, c : Bon, d : Passable (utiliser avec prudence).

<sup>\*\*</sup> Non fournie pour des raisons de confidentialité.

<sup>-</sup> Aucun logement de cette catégorie dans l'univers.

## 3.5 Comparaison entre le marché locatif et celui des résidences pour personnes aînées de Windsor et de London

Aux fins de cette étude, les loyers moyens et les taux d'inoccupation des logements locatifs dans la communauté ont été comparés à ceux des résidences. Les données sur le marché locatif des régions métropolitaines de recensement (RMR) de Windsor et de London sont tirées du rapport semestriel de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)<sup>15</sup>.

Ces données permettent d'établir plus clairement les options qui se présentent aux personnes aînées lorsqu'elles envisagent de changer de mode de résidence. De plus, 47 % des participantes et participants aux groupes de discussion de cette étude étaient des locataires. Ces personnes seraient particulièrement sensibles aux prix d'un service locatif pour personnes aînées décrits dans l'enquête de la SCHL précédemment.

Selon le rapport sur le marché locatif dont les données sont présentées au Tableau 46, en 2013 :

- Windsor dispose de 14 955 unités de logement locatif avec un taux d'inoccupation de 5,9 %.
   Le loyer moyen d'un studio est de 501 \$, celui d'un appartement d'une chambre est de 656 \$, celui d'un appartement de deux chambres est de 788 \$ et celui d'un appartement de trois chambres est de 928 \$;
- London dispose de 42 255 unités de logement locatif avec un taux d'inoccupation de 3,7 %. Le loyer moyen d'un studio est de 588 \$, celui d'un appartement d'une chambre est de 752 \$, celui d'un appartement de deux chambres est de 924 \$ et celui d'un appartement de trois chambres est de 1 090 \$.

À Windsor, lorsque l'on compare les prix du loyer sur le marché locatif privé à ceux du marché des résidences privées pour personnes âgées (incluant les services de repas et les autres services et aménagements), on constate ce qui suit (voir le Tableau 45) :

- Un appartement de type studio se loue 501 \$ par mois, comparativement à une résidence qui se loue 2 596 \$, un rapport de 518 % et une différence de 2 095 \$;
- Un appartement d'une chambre à coucher se loue 656 \$, comparativement à une résidence qui se loue 3 500 \$, un rapport de 534 % et une différence de 2 844 \$;
- Un appartement de deux chambres à coucher se loue 788 \$, comparativement à une résidence qui se loue 4 241 \$, un rapport de 538 % et une différence de 3 453 \$.

De façon sommaire et à titre indicatif, le seuil du bénéfice du maintien à domicile pour une personne aînée résidant dans un logement locatif pourrait donc être établi à 2 095 \$ par mois, sans autre analyse de la valeur économique des services.

10 décembre 2013.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Rapport sur le marché locatif – Faits saillants – RMR de Windsor –* Date de diffusion : automne 2013, http://www.cmhc-

schl.gc.ca/odpub/esub/64477/64477\_2013\_A01.pdf?fr=1389571482270 et *Rapport sur le marché locatif – Faits saillants – RMR de London* – Date de diffusion : automne 2013, http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64405/64405\_2013\_A01.pdf?fr=1389570583667, documents consultés en ligne le

Tableau 45 : Comparaison des taux d'inoccupation et du loyer moyen, résidences pour personnes âgées et marché locatif, Essex, 2013

	Chambres individuelles et studios	1 chambre	2 chambres
RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES – ESSEX			
Taux d'inoccupation (%)	17,5 %	16,1 %	13,6 %*
Loyer moyen (\$)	2 596 \$	3 500 \$	4 241 \$
MARCHÉ LOCATIF – WINDSOR			
Taux d'inoccupation (%)	6,7 %	5,8 %	6,0 %
Loyer (\$)	501\$	656 \$	788 \$
Différence du loyer résidences – marché locatif (\$)	2 095 \$	2 844 \$	3 453 \$
Comparaison résidences/marché locatif (%)	518 %	534 %	538 %

Sources : Données du Tableau 43 et du Tableau 46 de cette étude, tirées des rapports précités de la SCHL.

<sup>\*</sup> Données de 2012.

Tableau 46 : Loyer moyen, univers et taux de disponibilité, appartements locatifs d'initiative privée de trois logements et plus, RMR de Windsor et RMR de London, 2012 et 2013

	Studios		1 cha	1 chambre		2 chambres		nbres +	Total ou	moyenne	Référence
Windsor (RMR)*	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	
Loyer (en dollars)	502 \$	501\$	647 \$	656\$	778\$	788 \$	926\$	928 \$	695 \$	699 \$	Tableau 1.1.2
Univers (nombre d'unités)	1 161	1 174	7 762	7 728	5 685	5 671	347	352	14 955	14 925	Tableau 1.1.3
Taux de disponibilité (%)	9,0 %	8,3 %	7,8 %	6,9 %	9,1 %	6,8 %	6,1 %	%	8,4 %	7,0 %	Tableau 1.1.4
Taux d'inoccupation (%)	7,6 %	6,7 %	6,7 %	5,8 %	8,0 %	6,0 %	5,4 %	%	7,3 %	5,9 %	Tableau 1.1.1
London (RMR)**	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	oct. 2012	oct. 2013	
Loyer (en dollars)	575 \$	588\$	747 \$	752 \$	919\$	924 \$	1 050 \$	1 090 \$	843 \$	848 \$	Tableau 1.1.2
Univers (nombre d'unités)	1 192	1 197	17 014	17 053	22 452	22 471	1 493	1 534	42 151	42 255	Tableau 1.1.3
Taux de disponibilité (%)	5,1 %	6,6 %	5,0 %	4,7 %	6,7 %	6,2 %	9,7 %	7,9 %	6,1 %	5,7 %	Tableau 1.1.4
Taux d'inoccupation (%)	3,2 %	4,8 %	3,0 %	2,6 %	4,4 %	3,6 %	7,5 %	6,4 %	3,9 %	3,7 %	Tableau 1.1.1

Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)

<sup>\*</sup> Rapport sur le marché locatif – Faits saillants – RMR de Windsor – Date de diffusion : automne 2013, http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64477/64477\_2013\_A01.pdf?fr=1389571482270, document consulté en ligne le 10 décembre 2013.

<sup>\*\*</sup> Rapport sur le marché locatif – Faits saillants – RMR de London – Date de diffusion : automne 2013, http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64405/64405\_2013\_A01.pdf?fr=1389570583667, document consulté en ligne le 10 décembre 2013.

## 4 Situation actuelle des services communautaires de soutien en français pour personnes aînées francophones

Il n'existe pas d'inventaire des services en français destinés aux personnes aînées francophones dans la région d'Érié St. Clair. Selon les informations les plus récentes obtenues, aucun service n'est désigné sous la Loi sur les services en français (Loi 8) et 30 sont identifiés sous le processus de désignation. Dans la région du Sud-Ouest, 8 fournisseurs de services de santé sont identifiés, et aucun n'est désigné.

Les services communautaires de soutien comprennent une gamme variée de services d'appui permettant aux personnes aînées de préserver leur autonomie, notamment :

- Des soins personnels;
- Des soins médicaux;
- Des services de gestion (financière et autre);
- Des travaux ménagers;
- Des services de transport;
- La préparation des repas.

#### 4.1 RLISS d'Érié St. Clair – Services communautaires de soutien

En 2006, le RLISS d'Érié St. Clair appuyait financièrement trente-deux (32) organismes communautaires qui livrent des services de soutien. La plupart des organismes offrent des services touchant les personnes aînées, mais aucun des organismes n'est à vocation francophone ou ne livre des services en français systématiquement.

Selon la liste la plus récente fournie par l'Entité, les fournisseurs de services suivants sont désignés ou identifiés sous le processus de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* (Loi 8) :

- Alzheimer Society of Chatham-Kent
- Alzheimer Society of Windsor and Essex County
- Amherstburg Community Services
- Assisted Living Southwestern Ontario
- Banwell Gardens
- Brain Injury Association of Chatham-Kent
- Brenthood Recovery Home
- Bulimia Anorexia Nervosa Association
- Canadian Hearing Society, Windsor Region
- Canadian Mental Health Association, Lambton-Kent Branch
- Canadian Mental Health Association, Windsor-Essex County Branch
- Canadian National Institute for the Blind, Windsor
- Chatham-Kent Community Health Centres
- Chatham-Kent Health Alliance
- Community Support Service of Essex County
- Country Village Health Care Centre
- Erie St. Clair Community Care Access Centre
- Essex Community Services
- Family Services Kent
- Family Services Windsor Essex
- Hospice of Windsor and Essex County Inc.

- Hotel-Dieu Grace Hospital
- House of Sophrosyne
- Learnington District Memorial Hospital
- Ontario March of Dimes, Chatham
- Sexual Assault Crisis Centre of Windsor-Essex
- Tilbury Manor Nursing Home
- Westover Treatment Centre
- Windsor Essex Community Health Centre
- Windsor Regional Hospital

#### 4.2 RLISS du Sud-Ouest – Services communautaires de soutien

En 2006, le RLISS du Sud-Ouest appuyait financièrement quarante-quatre (44) organismes communautaires qui livrent des services de soutien. La plupart des organismes dans la liste suivante offrent des services touchant les personnes aînées, mais aucun des organismes n'est à vocation francophone ou ne livre des services en français systématiquement.

Selon la liste la plus récente fournie par l'Entité, les fournisseurs de services suivants sont identifiés sous le processus de désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* (Loi 8) :

- Addiction Services of Thames Valley
- Canadian Mental Health Association, London Middlesex Branch
- London InterCommunity Health Centre
- London Health Sciences Centre
- Mission Services of London
- St. Joseph's Healthcare, London
- South West Community Care Access Centre
- Western Ontario Therapeutic Community Hostel (WOTCH)

#### 5 Offre de services de maintien de l'autonomie

Quelques organismes communautaires et un nombre croissant d'entreprises privées offrent des services de maintien à domicile pour divers segments de la population générale, dont les personnes aînées, notamment les organismes sans but lucratif Assisted Living Southwestern Ontario / Aide à la vie autonome Sud Ouest de l'Ontario (ALSO) et Victorian Order of Nurses / Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON), de même que des entreprises privées comme Amy's Helping Hands à Windsor.

#### 5.1 Modèle d'aide à la vie autonome pour personnes aînées francophones

L'organisme Assisted Living Southwestern Ontario / Aide à la vie autonome du Sud-Ouest de l'Ontario propose un programme d'assistance pour personnes âgées s'apparentant à ses programmes actuels de services aux personnes ayant un handicap physique. L'organisme livre des services de logement supervisé, des soins à domicile et dans la communauté, des services de répit, des ateliers protégés, etc.

Son modèle de services est le suivant :

• Un immeuble à logements au loyer indexé sur le revenu comptant 50 unités accueille 18 clients ayant besoin de soins assidus et d'assistance à la vie autonome (plus de trois heures de services par jour);

- Des « contrats de courtoisie » sont convenus avec les autres résidents de l'immeuble non admissibles aux formules provinciales de financement des soins;
- L'équipe attitrée à l'immeuble à logements offre des services mobiles dans la communauté dans un rayon de 20 minutes de déplacement et peut ainsi desservir jusqu'à 32 clients supplémentaires;
- Les plans de soins et de services sont personnalisés, peuvent varier énormément d'un individu à l'autre, et adoptent une approche holistique plutôt que strictement médicale.

L'organisme, fondé en 1938, dispose d'une expérience de services communautaires considérable et d'une infrastructure de gestion bien rodée.

La formule proposée pour les personnes aînées francophones aurait à prévoir une aire géographique de service plus étendue. La réalisation de sociogrammes partant des locataires de la Résidence Richelieu de Windsor et des paroissiens francophones permettrait d'identifier les bénéficiaires francophones potentiels et d'établir plus clairement l'aire de service et la nature des besoins individuels à combler.

L'organisme a développé un budget d'opération de l'ordre de 1,04 million de dollars (voir le Tableau 47). En divisant cette somme par 50 clients, on obtient le coût annuel moyen par client de 20 747 \$, ce qui équivaut à 1 729 \$ par mois.

Tableau 47 : Budget annuel d'Aide à la vie autonome du Sud-Ouest de l'Ontario pour le programme d'Assistance pour personnes aînées francophones

Catégorie budgétaire du programme	Budget
Salaires et honoraires	657 000 \$
Avantages sociaux	164 250 \$
Formation du personnel	20 000 \$
Frais de déplacement	42 000 \$
Frais d'opération	
Frais de loyer	9 000 \$
Services publics	-
Frais d'entretien et réparations	1 000 \$
Dépenses de bureau	3 000 \$
Téléphone	6 900 \$
Ententes de services	2 500 \$
Publicité et promotion	500 \$
Frais de vérification-comptable	1 500 \$
Frais juridiques	3 250 \$
Assurances	3 000 \$
Frais d'adhésion	500 \$
Frais d'administration	55 209 \$
Services d'intervenants contractés	12 000 \$
Ameublement et équipement	-
Programmes de Santé/Bien-être	20 800 \$
Formation spécialisée en démence	10 000 \$
Services d'interventions-clients	24 960 \$
Total des dépenses	1 037 369 \$

## 5.2 Infirmière praticienne

Le RLISS d'Érié St. Clair a mis en place un service d'infirmière-praticienne à Pain Court en 2013. Ce projet vise un bassin de clientèle estimé à 1 100 francophones âgés de plus de 65 ans. L'accès aux services suivants est prévu :

- Soins primaires;
- Gestion des maladies chroniques;
- Prévention des chutes;
- Cliniques de soins (hypertension, soin des pieds, immunisation, etc.);
- Ateliers (nutrition, activité physique, etc.).

Le coût annuel estimé de ce projet est de 150 000 \$.

Les personnes aînées rencontrées lors des groupes de discussion organisés dans le cadre de cette étude ont souligné l'importance d'avoir un premier point de contact francophone dans leurs interactions avec les services de santé, au niveau des soins primaires. Aux prochains niveaux de services, les personnes aînées souhaitent obtenir la meilleure qualité de service, abstraction faite de la langue. Ces personnes souhaitent aussi les services d'un navigateur, en particulier lors de visites aux fournisseurs de soins de santé dans le centre urbain le plus proche.

## 6 Besoins exprimés par les personnes aînées francophones et les informateurs clés

#### 6.1 Réponses au questionnaire

Trois groupes de discussion ont été organisés avec des aînés. Les participantes et participants étaient invités à remplir un questionnaire de sondage sur papier avant le début des discussions. Soixantequatorze (74) questionnaires ont été colligés (28 à Windsor, 30 à Pain Court et 16 à London). La compilation détaillée des questionnaires est présentée en annexe.

Les participants aux groupes de discussion étaient âgés de plus de 75 ans dans une proportion de 66 %. Le groupe de Pain Court comprenait une plus forte proportion de personnes de 65 à 74 ans que les deux autres groupes.

La situation actuelle de logement des répondants est la suivante :

- 47 % habitent seuls dans leur logement actuel;
- 49 % sont deux personnes dans le logement actuel;
- 4 % sont trois personnes au plus dans le logement actuel.

La majorité des répondants sont propriétaires de leur logement. À Windsor, 96 % des répondantes et répondants sont locataires (de la Résidence Richelieu), alors qu'à Pain Court, 82 % des répondantes et répondants sont propriétaires. À London, 80 % des répondants sont propriétaires.

Près de 4 répondants sur 5 ne prévoient pas déménager d'ici cinq ans. Cependant, 9 répondants sur 10 seraient intéressés à habiter une résidence pour personnes aînées francophone si elle était développée.

Selon les répondantes et répondantes, le besoin actuel non comblé le plus important est l'accès à des services en français (62 %). Les autres besoins non comblés sont l'accès à des services à domicile (35 %), l'accès à des services de santé à proximité (35 %), l'accès à des activités de vie sociale (35 %) et les repas chauds et nourrissants (31 %). Les autres besoins exprimés concernent les activités sociales et les services de bain adapté, d'entretien (ordures et recyclage) et de transport.

La sécurité et l'accès aux services de santé à proximité sont les besoins à satisfaire en priorité dans un logement pour personnes aînées pour 8 répondants sur 10. L'accès aux services en français, la vie sociale et l'accès aux services à domicile suivent en importance (7 répondants sur 10). Les répondants ont souligné les autres besoins suivants :

- L'empathie et le professionnalisme du personnel (soins, services médicaux, pastorale);
- Le loyer abordable et la taille de l'appartement;
- Les services de transport pour les visites médicales et l'épicerie;
- L'accessibilité de l'édifice (ascenseur, bain adapté, etc.);
- L'environnement communautaire immédiat (épicerie, vie en français, loisirs et activités sociales):
- La possibilité de demeurer indépendant le plus longtemps possible.

Près de 8 répondants sur 10 sont prêts à se déplacer dans un rayon de moins de 20 km pour obtenir les services de santé en français. Ils sont prêts à se déplacer jusqu'à 50 km pour obtenir les services d'un spécialiste.

Les besoins prioritaires à satisfaire dans les services en français pour les personnes aînées, selon 7 répondants sur 10, sont l'hébergement pour personnes aînées, le médecin de famille ou l'infirmière praticienne et les soins de longue durée. Les spécialistes, un programme de jour et un service de relève ou de répit suivent pour près de 6 répondants sur 10, alors que la pharmacie, les classes de nutrition et d'exercice et le groupe de soutien et d'entraide sont une priorité pour 5 répondants sur 10.

Enfin, 36 répondants indiquent avoir un intérêt à habiter une éventuelle aile pour personnes aînées francophones dans une résidence de soins de longue durée en construction à Windsor. Les répondants favorables sont en très grande majorité à Windsor. La proportion tombe à un répondant sur deux à Pain Court et à London. Les personnes de Windsor indiquent une préférence pour une résidence à proximité de la Résidence Richelieu et des amis. Les personnes hors de Windsor souhaitent rester à proximité de la famille.

## 6.2 Groupes de discussion

Le groupe témoin de Windsor a réuni 28 participants à la Résidence Richelieu, un édifice locatif pour personnes aînées francophones autonomes, le 4 novembre 2013. La majorité d'entre eux louent un appartement dans la Résidence Richelieu.

Trente (30) personnes ont participé au groupe de discussion de Pain Court, tenu lors d'une rencontre hebdomadaire du Club de l'amitié, le 5 novembre 2013. La majorité de ces aînés vivent dans leur propre maison. Quelques-uns louent des appartements ou des maisons dans la région.

Le groupe témoin de London, auquel ont participé 16 personnes, fut organisé par le Cercle des copains au centre du Victorian Order of Nurses / Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) le 18 novembre 2013.

Les participants ont salué cette initiative de consultation et ont participé très activement aux discussions.

#### **6.2.1** Faits saillants

Il ressort des discussions les faits saillants suivants.

- Les aînés de Pain Court souhaitent vivre le plus longtemps possible dans leur demeure actuelle, mais certains manquent d'aide et de moyens pour effectuer les rénovations nécessaires afin de rendre leur maison plus accessible. Si les circonstances devaient les obliger à déménager dans une résidence pour personnes âgées, ils souhaiteraient bénéficier de services de bonne qualité en matière de soins et d'hébergement.
- Les aînés de Pain Court jouissent d'une bonne vie sociale. Ils ont un club d'aînés qui organise diverses activités (jeux, fraternisation, etc.). Même si la distance à parcourir pour aller au club social est raisonnable pour leur âge, les gens doivent « voyager » pour trouver d'autres services essentiels à leur bien-être.
- La région de Chatham-Kent connaît une pénurie de spécialistes dans tous les domaines de la santé. Les aînés doivent aller jusqu'à London ou Windsor pour rencontrer un spécialiste. Avec l'âge, il devient de plus en plus difficile de voyager sur de longues distances pour trouver des services, que ce soit en anglais ou en français. De plus, les gens perçoivent que les services de transport adapté pour les aînés n'existent pas dans la région.
- Pour certains aînés, la langue de service ne représente pas un obstacle. Cependant, même si la majorité d'entre eux sont en mesure de s'exprimer en anglais pour demander des services, certains déplorent le manque de services en français.
- Certains aînés ont confié qu'ils évitent de demander des services en français à cause des délais d'attente ou par crainte de paraître exigeants vis-à-vis des prestataires de services. Par ailleurs, d'autres maîtrisent mieux les thèmes médicaux en anglais qu'en français, et préfèrent donc se faire servir en anglais. Pour d'autres, c'est la qualité des services qui importe, plutôt que la langue des services.
- Pour les aînés de Windsor, le déménagement dans un centre d'hébergement pour aînés ne constitue pas un défi, puisqu'ils y vivent déjà. Cependant, ils souhaitent rester actifs et autonomes le plus longtemps possible et bénéficier de plus de services dans la résidence. Ils sont pour la plupart actifs et très autonomes. Ils aiment bien leur cadre de vie, qui leur offre l'opportunité de côtoyer au quotidien d'autres personnes de leur génération, de recevoir des visites et de jouir d'une belle vie sociale.
- La majorité de ces aînés se sentent comme chez eux à la résidence, mais ils notent certaines insuffisances au niveau des services : les équipements facilitant l'accès, divers types d'aide ponctuelle (pour prendre le bain, pour faire l'épicerie, pour aller déposer les déchets à l'extérieur de la résidence ou pour se rendre aux rendez-vous chez le médecin, par exemple) et un service d'évaluation des besoins élargi (un tel service est offert seulement en cas de chute).
- Certains aînés sont favorables au déménagement dans le foyer de soins de longue durée qui est en construction à Windsor à condition qu'une aile soit réservée aux francophones. D'autres préféreraient qu'un bâtiment qui offre des services de soins à un niveau plus élevé ou des soins de longue durée soit construit à côté de la résidence Richelieu.
- Les aînés souhaiteraient bénéficier de plus d'activités sociales (surtout des exercices de stimulation mentale, des activités physiques, des soirées de partage et de fraternisation) et de plus de services dans la résidence afin de rester actifs.
- Même s'ils ne reçoivent pas tous les services en français, la majorité des aînés de Windsor ont un médecin de famille (certains ont accès à un médecin à proximité et d'autres doivent aller un peu plus loin dans la région).

## 6.2.2 Compte-rendu des discussions

Note : Les commentaires (en italique) ont été consignés dans ce rapport dans la langue utilisée par les participants.

La majorité des aînés de Pain Court ne prévoient pas déménager dans les cinq prochaines années. Cette éventualité évoque pour certains la fin de la vie. Les aînés souhaitent vivre le plus longtemps possible chez eux, jouir d'une bonne qualité de vie dans leur collectivité et y contribuer grâce à leur participation sociale et à une vie active. D'autres souhaitent même mourir chez eux. Ils ne veulent pas quitter leur communauté de peur de perdre tout contact avec leur cercle d'amis et de voir leur état de santé se dégrader à cause de la séparation avec les gens de leur milieu.

Je souhaite vivre le plus longtemps possible dans ma maison et même y mourir; le déménagement dans une résidence pour personnes âgées ou dans une institution de soins de longue durée ne fait pas partie de mes projets. Je ne veux pour rien au monde aller vivre dans ces endroits.

Certains préféreraient rénover leur habitation pour la rendre plus accessible. Ils pensent que cette option serait moins coûteuse que la vie dans une résidence pour aînés. Cependant, ils manquent d'aide, d'informations et de moyens pour réaliser ces rénovations. D'autres disent avoir besoin d'aide pour les menus travaux, le ménage et l'entretien dans leur maison.

J'aimerais bien vivre chez nous le plus longtemps possible, mais depuis peu, des problèmes d'accessibilité aux escaliers m'empêchent de me déplacer facilement. J'ai besoin d'aide pour effectuer des rénovations, mais je manque d'informations et je ne sais pas comment et où les trouver.

Quelques aînés de Pain Court se disent prévoyants et ne refusent pas de réfléchir à l'option du déménagement. Certains disent que si cela devait arriver, ils le feront surtout pour se rapprocher des membres de leur famille (enfants et petits-enfants) qui se sont installés dans d'autres régions. Ces gens aspirent à des maisons ou appartements où ils peuvent bénéficier de services de qualité, de sécurité et d'assistance tout en participant à la vie sociale. D'autres par contre pensent que leurs enfants et petits-enfants doivent vivre leur vie et n'envisagent pas de se rapprocher de la famille. Ils craignent de devenir une charge pour leurs proches, et opteraient donc pour une résidence avec services si cela était disponible dans la région. Même si la majorité des aînés ne veulent pas déménager, certains souhaitent qu'un lieu à l'image de la Résidence Richelieu de Windsor soit disponible dans la région. Ainsi, ils pourront y emménager quand le besoin se présentera.

C'est bon de vivre chez soi, mais il faut bien continuer à rester actif, autonome et en santé. Si je dois déménager, je le ferai pour me rapprocher de mes enfants. Sinon j'aime mieux rester dans ma communauté auprès de mon cercle d'amis.

Je veux bien continuer à vivre dans ma maison actuelle, mais si un lieu comme la Résidence Richelieu de Windsor était construit dans notre région, je pourrai envisager d'y déménager quand le besoin se présentera.

Mes enfants doivent vivre leur vie et sont déjà bien occupés avec leur travail. Je ne veux pas constituer une charge pour eux. Si je dois déménager, je choisirai de vivre dans un appartement ou une maison supervisée où on peut m'offrir les services dont j'aurai besoin.

Les aînés de Pain Court ont confié qu'ils jouissent d'une vie sociale de qualité et, pour la majorité d'entre eux, cette vie sociale est très importante et indispensable pour leur épanouissement et leur maintien en santé. Toutefois, ils ont présenté une liste non négligeable de besoins non satisfaits. En effet, les aînés ont évoqué les éléments suivants :

- Le manque de services de santé en français dans la région, dû au manque de professionnels de la santé francophones ou bilingues et surtout, de spécialistes : certains aînés disent ne plus avoir la capacité, ni les moyens de parcourir de longues distances pour trouver les services. Certains aînés de Pain Court doivent se rendre à London ou à Windsor pour rencontrer un spécialiste qui souvent n'est pas en mesure de leur offrir des services en français. Soulignons que pour certains, la qualité des soins importe plus que la langue des services. Cependant, la distance demeure un obstacle pour tous les participants.
- Le manque perçu de transport dans la région : les aînés ont la volonté de rester autonomes et actifs le plus longtemps possible, mais le manque de moyens de transport public destinés aux aînés (pour aller faire l'épicerie, pour se rendre aux rendez-vous, à la pharmacie, chez le médecin, etc.) est perçu comme un véritable obstacle pour les gens qui ont des difficultés de mobilité ou qui ne peuvent plus conduire.
- Le manque de services d'accompagnement et de services à domicile: certaines personnes disent ne plus avoir la capacité de se rendre seules à leurs rendez-vous chez le médecin. Les services de relève existent dans la région, mais ils ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de tous les aînés.
- Le manque d'information sur les initiatives gouvernementales pour le maintien à domicile : plusieurs aînés ont formulé des doléances à cet égard.
- Le manque de professionnels pouvant prodiguer de bons conseils pour un mode de vie sain, une alimentation saine et des activités physiques qui seraient bénéfiques pour les aînés.
- Le manque de salons funéraires offrant des services en français; il faut aussi noter que les formulaires pour le cimetière sont rédigés en anglais uniquement. Les familles doivent engager des frais pour la traduction de ces documents.

Plusieurs d'entre nous doivent se rendre à London ou à Windsor pour rencontrer un médecin. Ça devient de plus en plus difficile de conduire pour se rendre là-bas. De plus, si vous devez rester quelques jours pour avoir des soins alors que vous n'avez pas de parents ou de connaissances là-bas, le seul choix qui vous reste est de louer une chambre dans un motel à vos frais ou de dormir dans votre auto.

Pour ce qui est de la langue de service, les aînés ont indiqué que la région de Pain Court connaît depuis toujours une pénurie de services en français dans tous les domaines et plus particulièrement dans le domaine de la santé. On note auprès des participants un grand attachement au fait français et le besoin d'accéder facilement aux services en français, mais ces gens aspirent beaucoup plus à des services de soins de santé de qualité (peu importe la langue dans laquelle ils sont offerts) qu'à des services dans leur langue maternelle et qui ne combleraient pas toutes leurs attentes. Cependant, certains aimeraient que le premier point de contact ou les services de base dans les hôpitaux soient offerts en français.

Je préfère me faire soigner par un professionnel compétent, peu importe la langue des services. C'est la qualité des soins qui est importante pour moi.

Soulignons que d'autres préféreraient recevoir tous les services en français; cependant, ils sont réticents à formuler la demande. Ils craignent, entre autres, les délais d'attente trop longs et le risque de paraître trop exigeants à l'égard du personnel soignant. De plus, d'autres disent mieux maîtriser les termes

médicaux en anglais qu'en français. Ils préfèrent donc expliquer leurs problèmes de santé en anglais, afin de s'assurer d'être bien compris par le personnel de santé.

Avec le temps, j'ai appris à connaître les termes techniques en anglais de sorte qu'aujourd'hui je me sens plus confortable d'expliquer mes malaises à mon médecin en anglais. Ainsi, je m'assure qu'il me comprend bien. Les services en français, oui, mais j'aime mieux que le spécialiste comprenne mon problème et donne le traitement adéquat.

Le déménagement dans une résidence pour aînés ne constitue pas un défi pour les aînés de la résidence Richelieu puisqu'ils y vivent déjà et semblent s'y plaire. Les aînés apprécient leur cadre de vie et surtout l'opportunité qu'ils ont de cohabiter avec d'autres aînés et de jouir d'une vie sociale de qualité. Cependant, ils estiment que la résidence devrait offrir plus de services. À titre d'exemple, certains aînés ont déploré le fait qu'ils devaient porter eux-mêmes leurs ordures ménagères à l'extérieur du bâtiment. Ils estiment qu'il est essentiel d'avoir des poubelles à l'intérieur de la résidence pour éviter les chutes ou tout autre désagrément pour certaines personnes, surtout en hiver. Ils perçoivent aussi un manque de services de transport public adapté aux aînés pour se rendre aux magasins, aux rendez-vous chez le médecin ou à la pharmacie.

Nous n'avons pas de service de collecte des ordures à l'intérieur de la résidence. C'est assez difficile pour plusieurs d'entre nous d'aller vider les poubelles à l'extérieur, surtout en hiver. L'idéal serait d'en mettre une à notre disposition à l'intérieur.

Certains aînés ont souligné que leurs salles de bains ne sont pas accessibles. Ce manque de sécurité physique (la crainte de ne pas pouvoir sortir du bain) les empêche de prendre leur bain comme ils le voudraient. D'autres disent avoir besoin d'aide pour prendre leur bain malgré l'accessibilité de leur salle de bain. D'autres encore ont mentionné le besoin d'aide pour faire de petites réparations dans leur appartement, le ménage, la préparation du repas et l'épicerie.

Les aînés suggèrent que la résidence aménage des stationnements privés pour les résidents. Ils ont aussi émis le souhait de pouvoir bénéficier d'un service de livraison des médicaments à domicile et d'un transport public pour sortir en ville, aller visiter des amis et se rendre aux rendez-vous chez le médecin.

Quant à l'éventualité de déménager dans le foyer de soins de longue durée qui est en construction à Windsor, certains aînés y sont favorables à condition qu'une aile soit réservée aux francophones. D'autres souhaiteraient qu'un secteur offrant des services professionnels et non professionnels soit construit à côté de la Résidence Richelieu.

Pour les aînés des groupes de discussion, les éléments suivants sont importants pour rester actifs et vieillir en bonne santé :

- Des services de soins professionnels et non professionnels à domicile;
- Des médecins spécialistes compétents;
- Des services de transport public adapté aux aînés;
- De l'aide ou de l'accompagnement pour se rendre aux rendez-vous;
- De l'aide pour l'entretien de la maison et le ménage;
- De l'aide pour la sécurité physique (accès aux escaliers);
- Des soins de santé mentale pour préparer la fin de vie;
- Des ascenseurs et autres équipements facilitant l'accès.

#### 6.3 Entrevues avec les informateurs clés

Trente-cinq (35) personnes ont été identifiées comme informateurs clés par le comité d'encadrement de l'étude et ont participé à des entrevues dirigées tenues en personne et par téléphone en octobre, novembre et décembre 2013. La liste complète de ces personnes est présentée en annexe.

#### **6.3.1** Faits saillants

Il ressort des entrevues les faits saillants suivants.

- Les données sur les besoins des aînés francophones ne sont pas connues. Outre l'étude réalisée par l'Entité et quelques données globales au niveau provincial, il n'existe pas d'études pouvant permettre de décrire avec précision les besoins des aînés francophones de la région couverte par l'Entité. Cependant, les répondants pensent que les besoins des aînés francophones ne sont pas significativement différents de ceux des aînés en général.
- Les répondants ont confirmé la pénurie de professionnels pouvant servir en français, le manque de soutien pour les services de soins à domicile et le manque de moyens de transport adéquats pour les aînés.
- Selon les répondants qui œuvrent dans des institutions d'hébergement pour personnes âgées, la clé du succès dans le domaine des services aux aînés dans un contexte francophone réside dans l'offre de services hors pair et dans la capacité des acteurs à offrir un environnement où les aînés jouissent d'une vie sociale active et se sentent comme chez eux, dans leur communauté.
- Une résidence pour aînés doit avoir comme priorité le bien-être des résidents. Elle ne doit pas être perçue comme une institution, mais comme une communauté de soins. Les dirigeants et le personnel doivent être accessibles et attentifs aux besoins des usagers.
- Les aînés souhaitent vieillir à domicile parce qu'ils craignent d'être coupés du monde en déménageant dans une résidence pour personnes âgées. Cependant, les circonstances peuvent les y obliger. Selon les répondants, il faut toute une équipe pour aider, sensibiliser et préparer les aînés à traverser les différentes étapes de la vieillesse.

#### 6.3.2 Compte-rendu des entrevues

Note : Les commentaires (en italique) ont été consignés dans ce rapport dans la langue utilisée par les informateurs.

Les entrevues avec les informateurs clés confirment que les données sur les besoins des aînés francophones en matière de soins de santé, de services à domicile et d'hébergement pour aînés ne sont pas connues. Les informations sur les besoins des aînés en général existent, mais il n'y a pas d'informations spécifiques aux francophones.

We do quarterly surveys inclusive of the surveys that we do for all our services, asking a couple of French-language specific questions. We don't have many answers because we don't deal specifically with a Francophone population. I also tend to look to the LEAN data, and I am also trying to find a strategic plan talking about the francophone population as well as the survey that you have done.

Le manque de variable linguistique dans les nombreuses bases de données du domaine de la santé explique entre autres le manque de données sur les francophones en général et sur les aînés francophones en particulier. Les répondants pensent que ceci pourrait être attribuable au manque de ressources.

I think it might be resources. Because if you can add that to your registration, let's say in your assessment, to go back to evaluate that is all manual – that is resource. And even hospitals do not all have that.

Comme l'ont souligné les aînés lors des groupes de discussion, les entrevues avec les informateurs clés confirment aussi la pénurie de professionnels pouvant servir en français. Les institutions représentées par certains répondants connaissent aussi ce défi et ces gens se disent soucieux de vouloir faire plus pour mieux servir la communauté francophone.

Selon les répondants, les besoins de francophones en matière de services aux personnes âgées ne sont pas significativement différents de ceux de la communauté anglophone. En termes de maladies chroniques, la situation des francophones serait sensiblement pareille à celle des anglophones.

Our greatest challenge is that we do not have a French speaking or a Francophone staff person or a designation plan, it is just me and I would even have all the enthusiasm in the world but it is difficult because I would like to attend more French language tables and become more immersed but I am not the right person. We have plenty of staff that want to take the French language training. So that is part of the issue that we are struggling with, and all we can do is work on it and it is a commitment that we made and we are going to get there and our French skills will become better.

The Francophone population manifests itself in quite the same way as the general population in terms of disease. So I think for the most part we want to look at this to see if it shows something different. Personally, I do not think I have seen much evidence that the population is different in terms of the clinical presentation, which is quite where our focus is. We do know that there is aggregation of population and we are trying to be strategic in terms of trying to find those populations and then use technology to move out from there. I will say to you that the information that we get from the nurse practitioner will kind of help us in terms of what steps we are going to take next.

Les répondants ont indiqué que la majorité des aînés souhaitent vieillir à la maison. Certains pensent que les aînés ne sont pas en mesure de prévoir leurs besoins dans un futur proche ou lointain, et que d'autres se refusent même à songer à l'éventualité de quitter leur habitation et leurs amis pour emménager dans un hébergement pour aînés avec des inconnus. De plus, il faut noter que certains aînés ne veulent pas vivre avec des personnes de leur génération uniquement. Ils veulent évoluer dans un environnement où ils vont côtoyer des gens de différentes générations. Il est donc nécessaire que les résidences pour aînés soient des endroits qui procurent aux usagers un environnement chaleureux.

La clé du succès dans ce domaine est d'opérer de sorte que les aînés se sentent comme chez eux, dans une communauté et non dans une institution. Les répondants ont confié qu'ils ne sont pas certains des besoins spécifiques des aînés francophones; ils ont cependant indiqué que les moyens de transport constituent un défi pour les aînés en général. Ils ont aussi souligné que la région connaît une pénurie en matière de services à domicile pour aînés.

I would not know for sure what the Francophone needs are, but in terms of seniors' needs, how it appears, transportation is a big one especially in the county – so overall for seniors, Francophones included. That is kind of encompassing the whole senior population, I could not say specifically for Francophones because we do not have that large of data. We have also attempted to track through website hits French speaking visits, we would track our French language service dashboard. With those hits it would have averaged, with our awareness, going around probably 75 visits per year.

We are offering services and making that option available to people which is allowing us to track our French requests more, and I would say that exercise has been probably going on consistently for the past 6 months. We have tracked the number of services that we have been delivering in French, but now we are getting more consistent about it and asking different types of questions.

I too will not be able to provide any information specific to Francophone seniors, but for the seniors' community at large, because I do not think the needs would be that different, we are tracking needs towards consistent provincial assessment that we are mandated to use now, but we still struggle when we work with seniors to find all the services that they need to support them living in their own homes. So for individuals who are choosing to remain in their own home, there is still a lack of services. We have had our application and our intake form. We designed some rough fully 10 years ago so that our very first question is: Would you like service in French. We have never had anyone answering yes ever.

The model that I think intrigues me is the telemedicine to the homecare side. I think the presentation we had the other day with Montfort Hospital is going to have a provincial aspect. If we can link a person into psychiatry and Montfort Hospital with the iPad within the house, I think there are some really appealing things there for me. The technology might just be our big concern.

En ce qui concerne le contexte des aînés francophones du territoire de l'Entité, c'est-à-dire le contexte de l'offre de services de soins de santé à une petite communauté d'aînés ayant des niveaux de besoins très variés, les répondants estiment que pour atteindre toutes les personnes ayant un besoin, plusieurs options sont à considérer dans le cas des services qu'ils offrent aux aînés. Ils ont aussi mentionné que la région ne dispose pas de soutien en matière de services à domicile destinés spécifiquement aux aînés francophones.

We are looking at partnering with other organisations that have the ability to conduct services in French to share that capacity, to ensure that we can consistently provide our service, and that is a key function. We do not have any support housing program in the county based on a largely French speaking community. It would be really interesting to know about the percentage of seniors or people with disability because that would very quickly change the culture of our organisation.

Cependant, ils ont mis en place les « mobile support services » pour aider les aînés en cas d'urgence. Les aînés peuvent, via un système d'alarme, solliciter un secours qui sera disponible à leur domicile dans un délai de dix minutes. Il s'agit dans la majorité des cas d'aînés qui sont autonomes et capables d'accomplir sans aide les activités de la vie quotidienne.

We are looking at a 10 minutes response time. What you are doing is that you are setting up appointments for booking for all predictable events in someone's life. So they are still going to have their morning routines, to have lunch, to have their night routine, to book laundry, housekeeping. They also have a little alarm, and there is a lock box on the front door with the code, so if something occurs they push that alarm, or could use the telephone to call, and then an attendant is about 10 minutes away.

Les répondants ont souligné que la mise sur pied de services de soins à domicile ou d'un service d'hébergement pour aînés est un projet qui demande du temps, des moyens, des personnes engagées, la collaboration de tous les acteurs et la contribution des aînés aussi. Il faut toute une stratégie pour éviter que les aînés ne perçoivent les résidences comme un endroit qu'ils intègrent pour mourir. De plus, pour offrir des services de qualité et garder le personnel actif, il faut desservir un maximum de dixhuit (18) personnes dans un bâtiment. Les résidences doivent être aménagées pour permettre aux aînés de vieillir en bonne santé, d'être autonomes et actifs le plus longtemps possible. Ce nombre est fixé en fonction du financement et des besoins.

You need to have enough people that you are serving to sustain staff and keep them busy. You do not want them sitting around with nothing to do. So generally, we run the model that we believe

works the best; it is probably a maximum of 18 people in a building. It depends on the budget and on what the needs are.

L'environnement doit leur permettre de continuer à vivre comme dans leur habitation (recevoir de la visite de la famille et des amis, participer à la vie communautaire, pouvoir sortir en ville, bénéficier d'occasions de fraterniser, etc.) et de bénéficier suffisamment de soutien en matière de soins. Tout le personnel de l'établissement doit avoir à cœur le bien-être des aînés, donc la satisfaction de leurs besoins. Les aînés doivent se sentir comme à la maison et non comme dans une institution. Ils seront épanouis si l'environnement leur procure une bonne vie en société.

La maison profite du soutien de près de deux cents bénévoles qui sont disposés à accomplir toutes sortes de tâches. Ils sont prêts à nous soutenir dans tout ce qu'on leur demande : coiffure, transport, cuisine, etc. Nous offrons régulièrement à nos résidents des occasions de fraternisation, des sorties et des cultes. Ici les gens vivent dans une communauté et non dans une institution de soins. Les séances de conversation, les partages de fraternisation et l'ambiance de travail facilitent les liens (qui se tissent facilement) entre résidents, employés et familles de résidents.

Who we are is because of community. We have 200 volunteers who come do all sort of things whether it is working in a hair salon or transport or whatever we will ask them to do they will do!

Pour attirer du monde, donner aux résidents une vie de communauté, une vie comme chez soi et conserver une bonne réputation, une résidence pour aînés, surtout une résidence mise sur pied par une communauté minoritaire, doit offrir des services impeccables. Les promoteurs et le personnel (soignant et non soignant) doivent travailler ardemment, voire deux fois plus ardemment que quiconque. Ils doivent viser la perfection dans l'offre de services (la formation du personnel, les programmes livrés et les repas offerts). Les dirigeants et le personnel doivent être accessibles et disponibles pour répondre à la moindre préoccupation des résidents et de leurs proches.

The facility has to be homelike, it cannot be institutional. So whether they are at home or in a long-term care facility, they are still going to get visit. Because so many seniors are afraid that if they move out of their home and come into an organisation that provides care, they are not going to get any visits from their friends or neighbours down the road; but here they will still get visits because there are a lot of clusters but also because we care; it is a caring support group. So the key that makes me valid is home, not an institution, not a facility. A lot of that has to do with ensuring that seniors feel comfortable.

Selon les répondants, les aînés doivent être sensibilisés et préparés à traverser les différentes étapes de la vieillesse, surtout quand vient l'heure de passer d'un niveau de soins à un autre. Les stratégies utilisées à cet effet doivent les aider à vivre le passage d'une étape à l'autre de façon sereine.

La transition entre les niveaux de services (par exemple le passage d'une résidence supervisée à un niveau nécessitant plus de soins) pour nos résidents se passe très bien. Les gens sont bien entourés et bénéficient d'une bonne prise en charge, ce qui explique la longue liste d'attente. Nous faisons de notre mieux pour éduquer nos aînés et nous leur expliquons qu'il est important d'exprimer leurs besoins avant que les incapacités ne prennent le dessus. Ils comprennent que quand ils déménagent ici, le cadre et les services offerts leur permettront de continuer à vivre en bonne santé et à conserver leur autonomie le plus longtemps possible.

We are not just saying Manulife home; we embrace all the nominations. And that takes a little bit of dancing to have everyone feel like they are truly at home. But we do a lot of fellowship; we bring together the residents who cannot make it on their own, we gather whether it is for a concert or a movie to ensure that everyone feels they belong.

# Section V : Faisabilité d'un service d'hébergement pour personnes aînées francophones à Windsor

Le second mandat de cette étude était de vérifier les besoins de logement des personnes aînées francophones de la région de Windsor et les conditions de faisabilité de la construction d'une résidence.

L'étude de faisabilité d'un service d'hébergement pour personnes aînées à Windsor utilise les données de diverses sources secondaires, notamment les données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des Centres d'accès aux services communautaires des deux régions, de même que les renseignements obtenus des informateurs clés. Les données sur les services locatifs privés sont tirées de rapports annuels produits par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

Cette exploration a été menée en tenant compte de deux éléments de contexte cruciaux : le moratoire provincial dans l'émission de nouveaux permis pour des lits de soins de longue durée et le cadre politique provincial de maintien à domicile. Dans ce contexte, la construction pure et simple d'un foyer de soins de longue durée pour personnes aînées francophones n'était pas envisagée, exception faite de l'achat de permis existants (avec ou sans les immeubles existants) ou de la désignation sous la *Loi sur les services en français* d'un fournisseur de services existants.

L'accent a été mis sur la faisabilité de développer un projet pouvant servir physiquement de point focal pour l'organisation de services de maintien à domicile.

Cette section présente les éléments suivants :

- Une estimation du marché potentiel global, c'est-à-dire les personnes aînées francophones du comté d'Essex qui pourraient éventuellement être attirées par l'offre d'une résidence de logement supervisé;
- Une estimation du marché potentiel exploitable, c'est-à-dire le nombre de personnes aînées qu'il est réaliste d'attirer selon les conditions du marché actuel;
- Les facteurs clés de la sensibilité des clients potentiels, tels que la sensibilité au prix du loyer et la nature des services à offrir, notamment l'aménagement des unités de logement.

## 1 Estimation du marché potentiel global

L'estimation de la taille du marché potentiel peut être faite à partir des données démographiques de Statistique Canada et du taux d'attraction calculé par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

- Les données démographiques indiquent qu'il y avait en 2011 dans la région du RLISS d'Érié St. Clair une population francophone totale de 2 390 personnes âgées de 75 ans et plus (voir le Tableau 11). Le comté d'Essex regroupe 72 % des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région d'Érié St. Clair.
- L'enquête de la Société canadienne d'hypothèques et de logement indique qu'en 2013, les résidences locatives pour personnes âgées ont un taux d'attraction de 6,5 % des personnes de 75 ans et plus. Selon les données de la SCHL pour le comté d'Essex, Windsor représente 50 % du

- nombre de places (1 086 places sur un total de 2 107) et de résidents (926 résidents sur un total de 1 867) distribués dans 10 des 25 résidences du comté (voir le Tableau 39).
- Un calcul simple permet d'estimer que le marché potentiel total pour une résidence locative pour personnes âgées dans la région serait de 155 personnes si un seul pôle régional attirait une proportion égale à la population anglophone de personnes âgées de 75 ans et plus qui sont répartis dans les 123 résidences locatives pour personnes âgées de la région Érié St. Clair (voir le Tableau 48).

La population francophone étant concentrée dans le comté d'Essex, la proportion de 72 % est utilisée pour attribuer arbitrairement 112 des 155 places théoriques pour les personnes aînées francophones.

- Or, les études démontrent que le facteur de proximité à la famille est d'une grande importance dans le choix de résidence pour les personnes aînées. Le nombre de francophones de 75 ans et plus qui souhaiteraient s'installer dans une résidence à Windsor ou ailleurs dans la région serait donc moindre.
- La Résidence Richelieu dispose de 51 unités. Entre 2010 et 2013, la résidence a accueilli 13 nouveaux résidents (remplaçant 8 résidents décédés, 3 résidents transférés dans des foyers de soins de longue durée et 2 résidents qui sont déménagés ailleurs). En novembre 2013, 41 personnes étaient sur la liste d'attente. Selon les données de la Résidence Richelieu, le besoin exprimé représente 92 places, soit 82 % du marché potentiel théorique, confirmant la justesse de l'approximation faite dans le cadre de cette étude.

Tableau 48 : Estimation du nombre de places en résidences locatives privées pour personnes aînées francophones âgées de 75 ans et plus, Érié St. Clair et Sud-Ouest

	Α	A B		D	E		
	•	ulation francopho		Estimation du nombre de places de résidences locatives privées			
Région	(1	Définition inclusive	2)	de residences id	catives privees		
Kegion	Âgée de 75 à 79 ans	Âgée de 80 ans et plus	Âgée de 75 ans et plus	Taux d'attraction estimé (SCHL)**	Offre théorique		
			A + B		CxD		
Région Sud-Ouest	1 440	1 785	3 225	5,9 %	190,3		
RLISS d'Érié St. Clair	1 060	1 330	2 390	6,5 %	155,4		
RLISS du Sud-Ouest	380	455	835	5,4 %	45,1		

<sup>\*</sup> PLOP français et PLOP anglais et français. Voir le Tableau 11 (ESC) et le Tableau 12 (SO).

## 1.1 Estimation du marché potentiel exploitable

Selon les analyses, un projet de 30 à 40 unités de logement répondrait aux besoins des personnes aînées francophones dans les conditions actuelles du marché. Aux fins de planification de cette étude, diverses options ont été explorées, pour un immeuble de 20, 30 et 40 unités de logement.

<sup>\*\*</sup> Voir le Tableau 39.

## 2 Caractéristiques des personnes aînées (regroupées par cohortes d'âge)

La SCHL propose les descriptions suivantes de quatre cohortes de personnes aînées regroupées par tranches de 10 ans. Les textes cités dans cette section sont tirés du document *Le logement des aînés au Canada* (SCHL, 2012a).

#### Canada

Bien qu'il y ait de nombreuses différences entre ces quatre cohortes, les Canadiens âgés ont plusieurs caractéristiques et préférences en commun. Par exemple, la majorité d'entre eux sont à l'abri des soucis financiers. Ils ont un revenu stable et ont fini de payer leur maison, ce qui leur donne plus de choix en matière de logements et de modes de vie. À mesure qu'ils vieillissent, leur utilisation de la voiture va diminuer, ce qui donne à penser qu'ils auront besoin de types de logement facilitant les déplacements à pied et situés dans des zones desservies par d'autres modes de transport. Environ 85 % des Canadiens âgés préféreraient vieillir chez eux et la plupart vont habiter dans des zones urbaines. Ils auront besoin de services de soutien et de choix de logements qui leur permettront de vivre de façon autonome dans leur propre maison aussi longtemps que possible.

#### Érié St. Clair/Sud-Ouest

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 6,4 % de la population au Canada en 2006. On constate qu'elles représentent 13,0 % de la population francophone dans Érié St. Clair (945 hommes et 1 425 femmes, soit un total de 2 390 personnes) et 7,5 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (350 hommes et 485 femmes, soit un total de 835 personnes).

Parmi la population de 55 ans et plus de la région d'Érié St. Clair, quelque 70 % vivent à Essex. Cette proportion varie peu parmi les différents groupes d'âge d'aînés.

## 2.1 Les personnes de 55 à 64 ans

#### Canada

Ce groupe représentait 11,6 % de la population en 2006 et on prévoit qu'il constituera un pourcentage semblable (11,4 %) de la population en 2036.

Dans cette catégorie d'âge, il y a 96,7 hommes pour 100 femmes. Ce groupe est relativement aisé; en 2005, il avait le revenu personnel moyen le plus élevé de toutes les catégories d'âge. Parmi les ménages dont le principal soutien était âgé de 55 à 64 ans, plus des trois quarts (77,7 %) étaient propriétaires en 2006 et parmi eux, plus de la moitié (56,2 %) avaient fini de rembourser leur emprunt hypothécaire. Une proportion élevée (62,3 %) de tous les ménages dont le principal soutien était âgé de 55 à 64 ans vit dans une maison individuelle isolée, et un peu plus de la moitié (52,5 %) n'avaient pas déménagé pendant les cinq années précédant le Recensement de 2006.

## Érié St. Clair/Sud-Ouest

Les 55 à 64 ans représentent 18,0 % de la population francophone dans Érié St. Clair (1 600 hommes et 1 705 femmes, soit un total de 3 295 personnes).

Les 55 à 64 ans représentent 16,6 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (925 hommes et 940 femmes, soit un total de 1 855 personnes).

## 2.2 Les personnes de 65 à 74 ans

#### Canada

Ce groupe représentait 7,2 % de la population en 2006 et on prévoit qu'il constituera 11 % de la population en 2036. Il compte 90,5 hommes pour 100 femmes. Moins du quart de cette population occupait un emploi et son taux d'activité s'établissait à 22,2 % pour les hommes et à 10,4 % pour les femmes. Le revenu personnel moyen de ce groupe est aussi beaucoup plus bas que celui du groupe plus jeune, mais la proportion des ménages propriétaires dont le principal soutien est âgé de 65 à 74 ans qui n'ont plus d'emprunt hypothécaire est beaucoup plus élevée (75,8 %). La proportion de ces ménages qui vit dans une maison individuelle isolée est relativement plus faible (59,3 %) que celle du groupe plus jeune. Dans ce groupe d'âge, 3,0 % des personnes ayant une déficience avaient besoin d'aide pour leurs soins personnels. En 2006, 52,9 % des personnes de ce groupe n'avaient pas changé de résidence au cours des cinq années précédentes.

## Érié St. Clair/Sud-Ouest

Les 65 à 74 ans représentent 14,6 % de la population francophone dans Érié St. Clair (1 340 hommes et 1 355 femmes, soit un total de 2 680 personnes).

Les 65 à 74 ans représentent 11,0 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (575 hommes et 645 femmes, soit un total de 1 230 personnes).

## 2.3 Les personnes de 75 à 84 ans

#### Canada

Ce groupe constituait 4,8 % de la population en 2006 et on prévoit que ce pourcentage grimpera à 8,8 % en 2036. Les femmes sont considérablement plus nombreuses que les hommes dans ce groupe, avec 71,8 hommes pour 100 femmes. Seul un très petit pourcentage de personnes dans ce groupe d'âge travaille encore, les taux d'activité des hommes et des femmes s'établissant à 7,5 % et 2,4 %, respectivement. Le revenu personnel moyen est moins élevé que celui des deux groupes plus jeunes. Un pourcentage plus faible de ménages dont le principal soutien est âgé de 75 à 84 ans sont propriétaires de leur maison (67,9 %), mais une plus grande proportion de ces ménages propriétaires ont fini de rembourser leur emprunt hypothécaire (86,3 %). Seulement un peu plus de la moitié (50,6 %) habite encore dans une maison individuelle isolée et près du cinquième (19,8 %) vit dans un appartement situé dans un immeuble de moins de cinq étages. Les personnes de ce groupe sont aussi moins susceptibles de déménager : 60,2 % d'entre eux n'avaient pas changé de logement pendant les cinq années précédant le Recensement de 2006.

#### Érié St. Clair/Sud-Ouest

Les **75 à <u>79 ans</u>** représentent 5,8 % de la population francophone dans Érié St. Clair (450 hommes et 600 femmes, soit un total de 1 060 personnes).

Les **75 à <u>79 ans</u>** représentent 3,4 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (170 hommes et 215 femmes, soit un total de 380 personnes).

## 2.4 Les personnes de 85 ans et plus

#### Canada

Ce groupe représentait 1,6 % de la population totale en 2006 et on prévoit que cette proportion passera à 3,8 % en 2036. La très grande majorité des membres de ce groupe est composée de femmes (45,1 hommes pour 100 femmes). La proportion des 85 ans et plus qui vivent dans des établissements de soins spéciaux et dans les hôpitaux augmente avec l'âge. Par conséquent, une forte proportion des membres de ce groupe d'âge ne vivront pas dans des ménages privés, que ce soit à titre de propriétaires ou de locataires.

## Érié St. Clair/Sud-Ouest

Les <u>80 ans et plus</u> représentent 7,2 % de la population francophone dans Érié St. Clair (495 hommes et 825 femmes, soit un total de 1 330 personnes).

Les <u>80 ans et plus</u> représentent 4,1 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (180 hommes et 270 femmes, soit un total de 455 personnes).

#### 2.5 Sensibilité au prix du loyer

Un nombre important de participantes et participants aux groupes de discussion ont souligné que le prix était un facteur important. Voici un rappel des données présentées au Tableau 20 portant sur la région Érié St. Clair en 2006 :

- 19,9 % des personnes francophones de 65 ans et plus ont un revenu total de moins de 15 000 \$;
- 63,2 % des personnes francophones de 65 ans et plus ont un revenu total entre 15 000 \$ et 39 999 \$;
- 12 % des personnes francophones de 65 ans et plus ont un revenu total entre 40 000 \$ et 59 999 \$;
- 4,9 % des personnes francophones de 65 ans et plus ont un revenu total de plus de 60 000 \$;

Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (2011) de Statistique Canada permettent de brosser le tableau suivant du revenu des hommes et des femmes de 65 ans et plus selon la première langue officielle parlée (voir le Tableau 49).

- Le revenu annuel médian des hommes francophones est de 33 972 \$ et le revenu moyen est de 37 595 \$;
- Le revenu annuel médian des femmes francophones est de 23 691 \$ et le revenu moyen est de 30 674 \$.

Tableau 49 : Revenu médian et revenu moyen selon la première langue officielle parlée et le sexe, population de 65 ans et plus, RMR de Windsor, 2011

Sexe	Caractéristique	Total	PLOP anglais	PLOP	Différence (PLOP – PLOP angl	-	PLOP anglais et
			angiais	français	\$	%	français
	Total – Statistiques du revenu en 2010	45 025	40 220	3 030			190
TOTAL	Sans revenu	165	85	0			0
TOTAL	Avec un revenu	44 860	40 135	3 005			190
	Revenu médian		27 802 \$	28 435 \$	633 \$	2,3 %	32 421 \$
	Revenu moyen	34 725 \$	35 394 \$	33 637 \$	-1 757 \$	-5,0 %	34 271 \$
	Total – Statistiques du revenu en 2010	20 300	18 410	1 285			135
N. A. a. a lina	Sans revenu	0	0	0			0
Masculin	Avec un revenu	20 290	18 400	1 285			140
	Revenu médian	35 998 \$	36 421 \$	33 972 \$	-2 449 \$	-6,7 %	47 178 \$
	Revenu moyen	42 692 \$	43 618 \$	37 595 \$	-6 023 \$	-13,8 %	39 677 \$
	Total – Statistiques du revenu en 2010	24 725	21 810	1 740			55
F 4 : :	Sans revenu	155	75	0			0
Féminin	Avec un revenu	24 570	21 735	1 715			55
	Revenu médian	21 626 \$	22 004 \$	23 691 \$	1 687 \$	7,7 %	16 683 \$
	Revenu moyen	28 145 \$	28 431 \$	30 674 \$	2 243 \$	7,9 %	20 177 \$

Source : Enquête nationale auprès des ménages : Revenu et logement, tableau thématique, 99-014-X2011041 au catalogue de Statistique Canada.

## 3 Composantes du projet de résidence

La construction d'une résidence locative pour personnes aînées devra prévoir les espaces suivants :

- Les logements locatifs selon la configuration finale retenue suite aux études techniques de la prochaine phase;
- Les services de sécurité, incluant possiblement une réception;
- Les espaces nécessaires pour les services de soins standards (c'est-à-dire un espace sécurisé pour la pharmacie, une salle à manger commune, une cuisine commerciale pour la préparation des repas, un salon commun et un bureau);
- Les espaces nécessaires pour les services de soins assidus (c'est-à-dire une section à accès contrôlé pour les personnes souffrant d'Alzheimer ou de démence et une salle de bain ergonomique pour les grands bains assistés);
- Un ascenseur et possiblement un ascenseur de service ou un second ascenseur;
- Une salle polyvalente de 1 000 pieds carrés.

L'étude de besoins ne comprend pas des études de concepts, qui devront être réalisées par des architectes. Le projet devra éventuellement faire appel à des experts pour concevoir l'immeuble et préciser les budgets de construction selon les paramètres financiers qui seront établis. La présente démarche tente seulement d'exposer des options réalistes et les conditions générales de faisabilité du projet.

Aux fins d'illustration, cette section reprend des plans d'unités locatives typiques utilisés par des promoteurs immobiliers. Les figures suivantes présentent trois types d'unités.

- Un appartement de 640 pieds carrés de superficie, comprenant une chambre à coucher, une salle de bain, une cuisine et un salon/salle à manger; l'unité n'a pas de laveuse ni de sécheuse; cette unité s'apparente à un studio (voir la Figure 7);
- Un appartement de 700 pieds carrés de superficie, comprenant une chambre à coucher, une salle de bain incluant la laveuse et la sécheuse, une cuisine et un salon/salle à manger (voir la Figure 8);
- Un appartement de 850 pieds carrés de superficie, comprenant une chambre à coucher principale avec salle de bain attenante, une seconde chambre à coucher, une seconde salle de bain, une cuisine, un salon/salle à manger et une buanderie intégrée (laveuse et sécheuse) (voir la Figure 9).

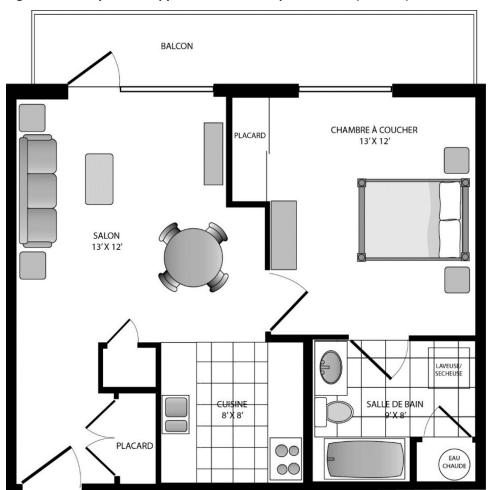


Figure 7 : Exemple d'un appartement de 640 pieds carrés (Unité A)

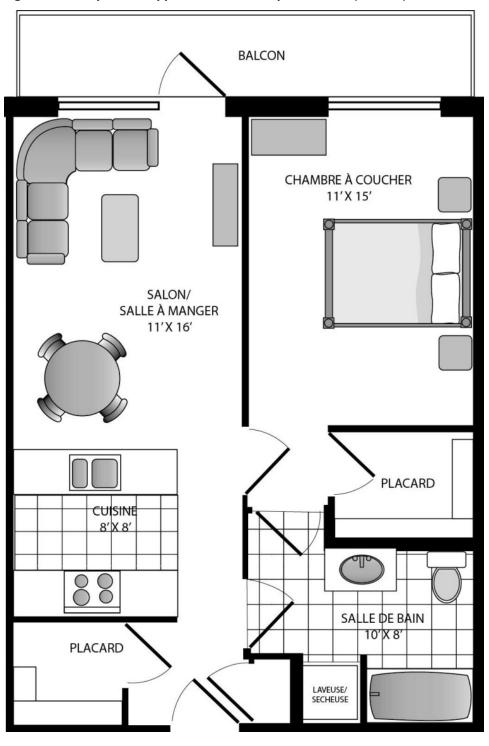


Figure 8 : Exemple d'un appartement de 700 pieds carrés (Unité B)

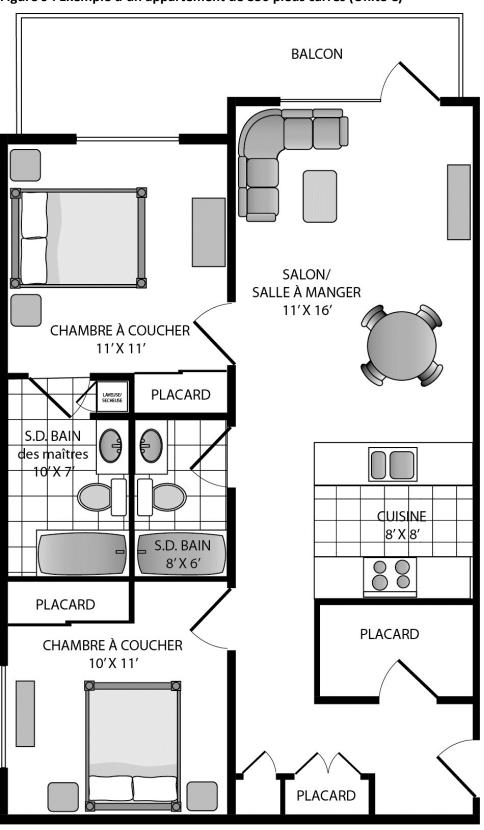


Figure 9 : Exemple d'un appartement de 850 pieds carrés (Unité C)

## 4 Évaluation de la faisabilité d'un projet de résidence pour personnes aînées francophones

## 4.1 Principes d'encadrement d'un projet d'immobilisation

Notre firme propose trois principes qui devraient encadrer ce genre de projet d'immobilisation communautaire.

## 4.1.1 Le projet doit être viable à long terme

Le défi principal dans ce type de projet sera l'obtention des fonds pour la construction. Il existe des programmes de construction de logements abordables. Le gouvernement provincial a indiqué que le logement pour personnes aînées n'est pas la priorité de ses programmes de logement abordable. La priorité gouvernementale est de garder les aînés à la maison le plus longtemps possible. Notre firme ne recommande pas aux promoteurs du projet de faire une demande aux programmes gouvernementaux de logement abordable, pour différentes raisons. D'abord, le processus est très long. Ensuite, le projet doit figurer parmi les priorités municipales, puisque la province ne transige pas directement avec les promoteurs. Les promoteurs du projet pourraient envisager de développer un projet de logement abordable si la politique publique provinciale changeait. Dans ce cas, ils devront aussi garder à l'esprit qu'ils perdront le contrôle sur les admissions à la résidence, puisqu'un critère essentiel des fonds publics de logement est l'accessibilité à tous selon le besoin.

L'autre défi est de s'assurer que les organismes communautaires puissent payer les frais d'opération pour la vie utile du projet. Dans notre climat, la vie utile est calculée sur une base de 30 à 35 ans. Il faut prévoir un taux de réserve de 2,8 % par année pour renouveler complètement l'infrastructure au terme de sa vie utile. Un immeuble neuf doit prévoir au moins 1 % de réserve par année, puisque les dépenses sont minimes au cours des 10 à 12 premières années.

## 4.1.2 Le projet doit avoir un modèle de gouvernance qui assure une prise de décision efficace et efficiente

Un projet communautaire interpelle plusieurs partenaires et organismes qui ont des mandats, des structures et des cadres législatifs et réglementaires différents. Il faut donc assurer un modèle de gouvernance et un modèle opérationnel qui assurent l'équilibre entre la participation de tous les groupes concernés et la prise de décision en temps opportun.

#### 4.1.3 Le projet doit réussir dans un environnement concurrentiel

Les promoteurs immobiliers et les entreprises spécialisées ont l'avantage des économies d'échelle tant sur le plan de la construction que sur le plan de l'exploitation d'une résidence locative. Une résidence francophone n'opérera pas dans un vase clos et devra offrir des services comparables à des prix compétitifs et elle devra connaître le profil changeant de sa clientèle francophone.

## 4.2 Outil de projection Excel

Les projections financières sont développées en utilisant des variables concernant les conditions actuelles du marché de la construction et de la finance, tirées des informations publiées par les grandes banques canadiennes et les associations provinciales et nationales spécialisées.

La firme a développé un outil qui permet aux responsables du projet de générer tous les scénarios de coûts possibles. Les responsables du projet pourront utiliser l'outil pour faire les calculs précis lorsqu'un site sera trouvé. Ces calculs précis seront nécessaires lorsque les responsables enverront des demandes à divers bailleurs de fonds.

Tous les calculs reliés à cette analyse se trouvent dans le fichier imbriqué suivant. Il suffit de doublecliquer sur l'icône du fichier ci-après pour l'ouvrir et ainsi voir les tableaux Excel apparaître à l'écran. La lecture du fichier et son utilisation comme outil de calcul des coûts requièrent un logiciel pouvant traiter les fichiers Excel 2007-2010.

## Fichier Excel imbriqué 3 : Analyse financière et projections des coûts et des loyers



## 5 Présentation des scénarios

Cinq scénarios sont élaborés pour illustrer les possibilités qui ont été analysées. Les sections suivantes présentent ces scénarios et les calculs de façon exhaustive.

- Scénario 1: Un immeuble contenant seulement des logements locatifs pour personnes aînées, sans salles communes, ni aires de service, ni salle polyvalente pour les résidents, avec un coût de construction estimé à 250 \$ du pied carré;
- Scénario 2: Un immeuble contenant seulement des logements locatifs pour personnes aînées, sans salles communes, ni aires de service, ni salle polyvalente pour les résidents, avec un coût de construction estimé à 150 \$ du pied carré;
- Scénario 3 : Un immeuble contenant des logements supervisés pour personnes aînées incluant des salles communes et des aires de service, sans salle polyvalente;
- Scénario 4: Un immeuble contenant des logements supervisés pour personnes aînées incluant des salles communes et des aires de service, avec salle polyvalente, soumis à des conditions financières très favorables;
- Scénario 5 : Un immeuble contenant des logements supervisés pour personnes aînées incluant des salles communes et des aires de service, avec salle polyvalente, soumis à des conditions financières difficiles et un taux d'inoccupation un peu plus élevé.

Chaque scénario développe trois options pour la résidence :

- 20 unités de logement;
- 30 unités de logement;
- 40 unités de logement.

Le coût du terrain n'est pas inclus.

#### 5.1 Variables

De nombreuses variables ont été employées et peuvent être modifiées par les promoteurs du projet en utilisant le tableau de planification Excel développé aux fins de l'analyse.

Ces variables sont en surbrillance dans le tableau Excel.

Les variables suivantes sont employées dans l'élaboration des scénarios :

- L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble, selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres), les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant;
- Le coût de construction par pied carré selon une estimation brute par pied carré;
- Les paramètres du financement hypothécaire, dont la mise de fonds, le capital emprunté, le taux d'intérêt et la période d'immobilisation;
- Les revenus de location des unités résidentielles, dont le loyer mensuel par type d'unité de logement calculé selon une redistribution des espaces communs par unité locative;
- Les frais d'opération de l'immeuble, incluant les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.), le service de la dette, le taux d'inoccupation et la réserve pour immobilisation; ces frais sont ensuite exprimés en coût mensuel par pied carré brut.

Aucun revenu de location des espaces communautaire n'a été inclus dans les scénarios. Il est probable que ces revenus éventuels suffiront à payer les frais d'exploitation de la salle polyvalente communautaire; toutefois, ces revenus ne devraient pas servir au calcul des obligations financières à long terme d'une résidence.

## 5.1.1 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

• La distribution du nombre total d'unités par catégorie – studio, une chambre, deux chambres et l'addition du nombre total d'unités.

#### Variables du tableau Excel:

- Studio : Cellules D4, E4 et F4
- Une chambre : Cellules D5, E5 et F5
- Deux chambres : Cellules D6, E6 et F6
- La superficie nette des logements locatifs par catégorie (studio = 640 pi², une chambre = 700 pi², deux chambres = 850 pi²).

#### Variables du tableau Excel :

- Studio : Cellule B14
- Une chambre : Cellule B15
- Deux chambres : Cellule B16
- La superficie brute des logements locatifs (la superficie nette représente en général 75 % de l'espace brut; les couloirs, ascenseurs, espaces de services mécaniques, salles de bain publiques, etc. représentent un autre 25 % de superficie).

Variable du tableau Excel : Cellule C13

La superficie brute des unités de logement est présentée à la ligne 17.

 La superficie des espaces communs est brute. La superficie des salles communes (salle à manger, salon, etc.) est estimée à 20 pieds carrés par résident. La superficie des services (cuisine, bureau, etc.) est estimée de façon très conservatrice à 4 000 pieds carrés.

#### Variables du tableau Excel:

- Salles communes : Cellule C20
- Services (cuisine, bureau, etc.): Cellule C21
- Salle polyvalente : Cellule C22

La superficie totale brute est présentée à la ligne 24 et ces informations sont reprises à la ligne 29 pour faciliter la lecture de la section de calcul du financement.

#### 5.1.2 Coûts de construction

Les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé sont estimés entre 250 \$ et 300 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement et éclairage, évacuation des eaux de surface, etc.). Certains informateurs clés travaillent avec un coût de construction estimé à 150 \$ du pied carré, un estimé fondé sur l'ajout à un ensemble construit existant.

#### Variable du tableau Excel: Cellule C30

Le calcul du coût de construction (ligne 30) est le résultat de la multiplication du coût de construction par pied carré (cellule C30) par la superficie totale brute (ligne 29).

## 5.1.3 Financement hypothécaire

Le financement est calculé en prévoyant une mise de fonds de 25 % du coût de la construction et l'obtention d'un prêt hypothécaire aux conditions courantes du marché, soit un taux de 5 % et une période d'amortissement de 25 ans.

#### Variables du tableau Excel:

- Pourcentage de la mise de fonds : Cellule C31
- Amortissement (en années) : Cellule B33
- Taux du prêt hypothécaire : Cellule C33

Le coût du service de la dette est présenté sur une base annuelle à la ligne 33 et sur une base mensuelle à la ligne 59. Les calculs sont automatisés, selon des formules standards dans Excel.

#### 5.1.4 Revenus mensuels de location

Les revenus mensuels de location provenant des logements sont calculés automatiquement en utilisant divers facteurs dans le tableau Excel. Il n'y a pas de variable à manipuler directement.

Les revenus de location des espaces polyvalents pourraient être calculés en inscrivant un montant par pied carré calculé pour l'année (comme les frais d'opération réguliers ci-dessous). Les éventuels revenus de location de la salle polyvalente ne sont pas inclus dans les scénarios puisque ces revenus générés devraient correspondre grosso modo aux frais engagés.

Variable du tableau Excel : Cellule C55

#### 5.1.5 Frais d'opération mensuels

Les frais d'opération de l'immeuble incluent :

- Les frais d'opération réguliers des aires communes estimés à 8 \$ du pied carré par année pour l'électricité, le chauffage, l'eau, les assurances, l'entretien, les impôts fonciers, etc. (ces frais peuvent varier de 8 \$ à 12 \$ du pied carré, selon les conditions spécifiques de l'immeuble);
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque établi selon le montant de capital emprunté, le taux d'intérêt et la période d'amortissement;
- Le taux d'inoccupation estimé par la SCHL pour la région de Windsor à 3,7 % pour le marché locatif global et à 16,1 % pour le marché spécialisé des résidences pour personnes aînées;
- La réserve pour immobilisation qui se situe normalement entre 1 % et 2,8 % du coût de construction de l'édifice. Comme il s'agit d'une construction neuve, le taux de 1 % est utilisé dans tous les scénarios sauf le dernier.

#### Variables du tableau Excel:

- Taux d'inoccupation : Cellule C58
- Frais d'opération par pied carré : Cellule C60
- Réserve pour immobilisation : Cellule C61

Ces frais sont totalisés à la ligne 62 et ensuite exprimés en coût mensuel par pied carré brut à la ligne 64.

## 6 Scénario 1 : immeuble de logement locatif pour personnes aînées sans salles communes pour les résidents, au coût de construction estimé à 250 \$ le pied carré

#### 6.1 Description du scénario

Ce scénario est élaboré pour illustrer la construction d'un immeuble contenant seulement des logements pour personnes aînées, sans aires communes pour les résidents ni salle polyvalente. Un tel projet permettrait aux personnes aînées francophones de vivre dans un même immeuble et de concentrer l'offre des services de maintien à domicile en français dans un lieu. Ce scénario n'offre pas la possibilité de répondre facilement aux besoins progressifs de services nécessaires pour une personne aînée en perte graduelle d'autonomie.

Les principales variables employées sont :

- Un coût de construction de 250 \$ du pied carré;
- Un taux d'hypothèque de 5 % amorti sur 25 ans;
- Un taux d'inoccupation de 3,7 %;
- Un taux de 1 % de réserve pour l'immeuble.

#### 6.2 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

#### 6.3 Distribution du nombre total d'unités par catégorie

Le Tableau 50 présente la distribution du nombre d'unités par catégorie selon les trois options. Il y a une prépondérance de studios et d'appartements d'une chambre à coucher, avec seulement quelques unités de deux chambres à coucher.

Tableau 50 : Distribution du nombre d'unité	és par catégorie, Scénario 1
---	------------------------------

NOMBRE D'UNITÉS DE LOGEMENT	Option A	Option B	Option C
Studio	8	12	16
1 chambre	8	12	16
2 chambres	4	6	8
Nombre total d'unités de logement	20	30	40

#### 6.4 Superficie brute de l'immeuble

Le Tableau 51 présente la superficie brute de l'immeuble, calculée à partir d'une superficie nette des logements locatifs de 640 pi<sup>2</sup> pour le studio, de 700 pi<sup>2</sup> pour l'appartement d'une chambre à coucher et de 850 pi<sup>2</sup> pour un logement de deux chambres à coucher. Aucun espace commun n'est inclus, ni de salle polyvalente.

La superficie totale brute est estimée à 17 650 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 20 unités de logement, à 26 475 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 30 unités et à 35 300 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 40 unités.

Tableau 51 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 1

SUPERFICIE DES UNITÉS DE L	OGEMENT				
Nombre total d'unités de	Superficie	Superficie	Option A	Option B	Option C
logement	nette	brute	20	30	40
Facteur de calcul (espace bro	ut)	125%			
Studio	640	800	6 400	9 600	12 800
1 chambre	700	875	7 000	10 500	14 000
2 chambres	850	1 063	4 250	6 375	8 500
Superficie brute des unités	de logement	(pieds carrés)	17 650	26 475	35 300
AIRES COMMUNES (en pied	s carrés)				
Salles communes (pi.2 par r	ésident)		-	-	-
Services (cuisine, bureau, etc.)			-	-	-
Salle polyvalente			-	-	-
Superficie brute des espaces communs (pieds carrés)			-	-	-
SUPERFICIE BRUTE TOTALE (en pieds carrés)			17 650	26 475	35 300

#### 6.5 Coûts de construction et de financement hypothécaire

Le Tableau 52 présente les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé fondés sur une estimation de 250 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement, etc.). Le coût total pour la construction d'un immeuble est estimé à :

- 4 412 500 \$ pour 17 650 pi² (20 unités), soit une mise de fonds de 1 103 125 \$ et une hypothèque de 3 309 375 \$ représentant un remboursement de 232 155 \$ par année;
- 6 618 750 \$ pour 26 475 pi<sup>2</sup> (30 unités) soit une mise de fonds de 1 654 688 \$ et une hypothèque de 4 964 063 \$ représentant un remboursement de 348 233 \$ par année;
- 8 825 000 \$ pour 35 300 pi² (40 unités) soit une mise de fonds de 2 206 250 \$ et une hypothèque de 6 618 750 \$ représentant un remboursement de 464 311 \$ par année.

Tableau 52 : Coût de construction et de financement, Scénario 1

COÛT DE CONSTRUCTION ET DE FINANCEMENT			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement			20	30	40
Superficie brute totale en pieds carrés			17 650	26 475	35 300
Estimation du coût de construction		250 \$	4 412 500 \$	6 618 750 \$	8 825 000 \$
Mise de fonds initiale		25%	1 103 125 \$	1 654 688 \$	2 206 250 \$
Montant financé par hypothèque			3 309 375 \$	4 964 063 \$	6 618 750 \$
Service annuel de la dette	25	5,0%	(232 155) \$	(348 233) \$	(464 311) \$

Les loyers mensuels provenant des logements sont calculés en multipliant le coût d'opération mensuel par la superficie brute attribuable à chaque unité (incluant l'unité de logement et un prorata des espaces communs).

Le Tableau 53 présente la fourchette des loyers mensuels dans l'immeuble. Selon l'option A :

- Le studio se louerait 1 194 \$;
- L'appartement d'une chambre à coucher se louerait 1 306 \$;
- L'appartement de deux chambres à coucher se louerait 1 586 \$.

Tableau 53: Loyers mensuels par unité, Scénario 1

Coût d'opération mensuel (au pied carré)	1,49 \$	1,49 \$	1,49 \$
LOYERS MENSUELS PAR UNITÉ	Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement	20	30	40
Studio	1 194 \$	1 194 \$	1 194 \$
1 chambre	1 306 \$	1 306 \$	1 306 \$
2 chambres	1 586 \$	1 586 \$	1 586 \$

#### 6.7 Frais d'opération mensuels

Le Tableau 54 présente les revenus mensuels totaux et les frais d'opération mensuels totaux. On constate ce qui suit :

- L'immeuble de 20 unités générera 25 895 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 30 unités générera 38 842 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 40 unités générera 51 789 \$ de revenus bruts mensuels.

- Les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.) estimés à 8 \$ du pied carré par année;
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque, est établi selon le montant de capital emprunté pour chaque option, le taux d'intérêt de 5 % et la période d'amortissement de 25 ans;
- Le taux d'inoccupation de 3,7 % pour le marché locatif est employé;
- Le taux de 1 % est utilisé pour la réserve pour immobilisation d'une construction neuve.

Tableau 54 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 1

REVENUS MENSUELS DE LOCATION			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de lo	ogement		20	30	40
Studio			9 555 \$	14 333 \$	19 111 \$
1 chambre			10 451 \$	15 677 \$	20 902 \$
2 chambres			6 345 \$	9 5 1 8 \$	12 691 \$
REVENUS MENSUELS DE LO	CATION DES U	JNITÉS TOTAUX	26 352 \$	39 528 \$	52 703 \$
Location des espaces polyva	alents	- \$	- \$	- \$	- \$
Revenus mensuels bruts tot	aux de locati	ion	26 352 \$	39 528 \$	52 703 \$
FRAIS D'OPÉRATION					
Taux d'inoccupation		3,7%	(975) \$	(1 463) \$	(1950)\$
Service de la dette	25	5,0%	(19 346) \$	(29 019) \$	(38 693) \$
Frais d'opération de l'imme	uble	8 \$	(2 353) \$	(3 530) \$	(4 707) \$
Réserve pour immobilisation		1,0%	(3 677) \$	(5 516) \$	(7 354) \$
FRAIS D'OPÉRATION MENSUELS TOTAUX			(26 352) \$	(39 528) \$	(52 703) \$
Revenu net / (Perte) par mois			- \$	- \$	- \$
Coût d'opération mensuel (d	u pied carré)		1,49 \$	1,49 \$	1,49 \$

## 7 Scénario 2 : immeuble de logement locatif pour personnes aînées sans salles communes pour les résidents, au coût de construction estimé à 150 \$ le pied carré

#### 7.1 Description du scénario

Ce scénario est élaboré pour illustrer la construction d'un immeuble contenant seulement des logements pour personnes aînées, sans aires communes pour les résidents ni salle polyvalente. Un tel projet permettrait aux personnes aînées francophones de vivre dans un même immeuble et de concentrer l'offre des services de maintien à domicile en français dans un lieu. Ce scénario n'offre pas la possibilité de répondre facilement aux besoins progressifs de services nécessaires pour une personne aînée en perte graduelle d'autonomie.

Les principales variables employées sont :

- Un coût de construction de 150 \$ du pied carré;
- Un taux d'hypothèque de 5 % amorti sur 25 ans;
- Un taux d'inoccupation de 3,7 %;
- Un taux de 1 % de réserve pour l'immeuble.

#### 7.2 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

#### 7.3 Distribution du nombre total d'unités par catégorie

Le Tableau 55 présente la distribution du nombre d'unités par catégorie selon les trois options. Il y a une prépondérance de studios et d'appartements d'une chambre à coucher, avec seulement quelques unités de deux chambres à coucher.

Tab	leau 55	: Distr	ibution o	lu noml	bre d'	'unités	par ca	itégorie,	Scénario	2 (
-----	---------	---------	-----------	---------	--------	---------	--------	-----------	----------	-----

NOMBRE D'UNITÉS DE LOGEMENT		Option A	Option B	Option C
Studio		8	12	16
1 chambre		8	12	16
2 chambres		4	6	8
Nombre total d'unités de logement		20	30	40

#### 7.4 Superficie brute de l'immeuble

Le Tableau 56 présente la superficie brute de l'immeuble, calculée à partir d'une superficie nette des logements locatifs de 640 pi<sup>2</sup> pour le studio, de 700 pi<sup>2</sup> pour l'appartement d'une chambre à coucher et de 850 pi<sup>2</sup> pour un logement de deux chambres à coucher. Aucun espace commun n'est inclus, ni de salle polyvalente.

La superficie totale brute est estimée à 17 650 pi² pour un immeuble de 20 unités de logement, à 26 475 pi² pour un immeuble de 30 unités et à 35 300 pi² pour un immeuble de 40 unités.

Tableau 56 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 2

SUPERFICIE DES UNITÉS DE L	OGEMENT				
Nombre total d'unités de	Superficie	Superficie	Option A	Option B	Option C
logement	nette	brute	20	30	40
Facteur de calcul (espace bro	ut)	125%			
Studio	640	800	6 400	9 600	12 800
1 chambre	700	875	7 000	10 500	14 000
2 chambres	850	1 063	4 250	6 375	8 500
Superficie brute des unités	de logement	(pieds carrés)	17 650	26 475	35 300
AIRES COMMUNES (en pied	s carrés)				
Salles communes (pi.2 par r	ésident)		-	-	-
Services (cuisine, bureau, etc.)			-	-	-
Salle polyvalente			-	-	-
Superficie brute des espaces communs (pieds carrés)			-	-	-
SUPERFICIE BRUTE TOTALE (en pieds carrés)			17 650	26 475	35 300

#### 7.5 Coûts de construction et de financement hypothécaire

Le Tableau 57 présente les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé fondés sur une estimation de 150 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement, etc.). Le coût total pour la construction d'un immeuble est estimé à :

- 2 647 500 \$ pour 17 650 pi² (20 unités), soit une mise de fonds de 661 875 \$ et une hypothèque de 1 985 625 \$ représentant un remboursement de 139 293 \$ par année;
- 3 971 250 \$ pour 26 475 pi² (30 unités) soit une mise de fonds de 992 813 \$ et une hypothèque de 2 978 438 \$ représentant un remboursement de 208 940 \$ par année;
- 5 295 000 \$ pour 35 300 pi<sup>2</sup> (40 unités) soit une mise de fonds de 1 323 750 \$ et une hypothèque de 3 971 250 \$ représentant un remboursement de 278 586 \$ par année.

Tableau 57 : Coût de construction et de financement, Scénario 2

COÛT DE CONSTRUCTION ET DE FINANCEMENT			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement			20	30	40
Superficie brute totale en pieds carrés			17 650	26 475	35 300
Estimation du coût de construction		150 \$	2 647 500 \$	3 971 250 \$	5 295 000 \$
Mise de fonds initiale		25%	661 875 \$	992 813 \$	1 323 750 \$
Montant financé par hypothèque			1 985 625 \$	2 978 438 \$	3 971 250 \$
Service annuel de la dette	25	5,0%	(139 293) \$	(208 940) \$	(278 586) \$

Les loyers mensuels provenant des logements sont calculés en multipliant le coût d'opération mensuel par la superficie brute attribuable à chaque unité (incluant l'unité de logement et un prorata des espaces communs).

Le Tableau 58 présente la fourchette des loyers mensuels dans l'immeuble. Selon l'option A :

- Le studio se louerait 761 \$;
- L'appartement d'une chambre à coucher se louerait 832 \$;
- L'appartement de deux chambres à coucher se louerait 1 011 \$.

Tableau 58: Loyers mensuels par unité, Scénario 2

Coût d'opération mensuel (au pied carré)	0,95 \$	0,95 \$	0,95 \$
LOYERS MENSUELS PAR UNITÉ	Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement	20	30	40
Studio	761 \$	761 \$	761 \$
1 chambre	832 \$	832 \$	832 \$
2 chambres	1011 \$	1011 \$	1011 \$

#### 7.7 Frais d'opération mensuels

Le Tableau 59 présente les revenus mensuels totaux et les frais d'opération mensuels totaux. On constate ce qui suit :

- L'immeuble de 20 unités générera 16 497 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 30 unités générera 24 746 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 40 unités générera 32 995 \$ de revenus bruts mensuels.

- Les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.) estimés à 8 \$ du pied carré par année;
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque, est établi selon le montant de capital emprunté pour chaque option, le taux d'intérêt de 5 % et la période d'amortissement de 25 ans;
- Le taux d'inoccupation de 3,7 % pour le marché locatif est employé;
- Le taux de 1 % est utilisé pour la réserve pour immobilisation d'une construction neuve.

Tableau 59 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 2

REVENUS MENSUELS DE LOCATION			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de lo	gement		20	30	40
Studio			6 088 \$	9 131 \$	12 175 \$
1 chambre			6 658 \$	9 988 \$	13 317 \$
2 chambres			4 043 \$	6 064 \$	8 085 \$
REVENUS MENSUELS DE LO	CATION DES U	JNITÉS TOTAUX	16 789 \$	25 183 \$	33 577 \$
Location des espaces polyva	alents	- \$	- \$	- \$	- \$
Revenus mensuels bruts tot	aux de locati	ion	16 789 \$	25 183 \$	33 577 \$
FRAIS D'OPÉRATION					
Taux d'inoccupation		3,7%	(621) \$	(932) \$	(1 242) \$
Service de la dette	25	5,0%	(11 608) \$	(17 412) \$	(23 216) \$
Frais d'opération de l'imme	uble	8 \$	(2 353) \$	(3 530) \$	(4 707) \$
Réserve pour immobilisation		1,0%	(2 206) \$	(3 309) \$	(4 413) \$
FRAIS D'OPÉRATION MENSUELS TOTAUX		(16 789) \$	(25 183) \$	(33 577) \$	
Revenu net / (Perte) par mois			- \$	- \$	- \$
Coût d'opération mensuel (d	u pied carré)		0,95 \$	0,95 \$	0,95 \$

## 8 Scénario 3 : immeuble de logement supervisé pour personnes aînées avec salles communes et aires services pour les résidents et sans salle polyvalente

#### 8.1 Description du scénario

Ce scénario est élaboré pour illustrer la construction d'un immeuble de logement supervisé pour personnes aînées, des salles communes et des aires de services. Un tel projet permettrait aux personnes aînées francophones de vivre dans un même immeuble et de concentrer l'offre des services de maintien à domicile en français dans un lieu. Ce scénario offre la possibilité de répondre plus facilement aux besoins progressifs de services nécessaires pour une personne aînée en perte graduelle d'autonomie.

Les principales variables employées sont :

- Un coût de construction de 250 \$ du pied carré;
- Un taux d'hypothèque de 5 % amorti sur 25 ans;
- Un taux d'inoccupation de 16,1 %;
- Un taux de 1 % de réserve pour l'immeuble.

#### 8.2 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

#### 8.3 Distribution du nombre total d'unités par catégorie

Le Tableau 60 présente la distribution du nombre d'unités par catégorie selon les trois options. Il y a une prépondérance de studios et d'appartements d'une chambre à coucher, avec seulement quelques unités de deux chambres à coucher.

Tableau 60 : Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 3

NOMBRE D'UNITÉS DE LOGEMENT		Option A	Option B	Option C
Studio		8	12	16
1 chambre		8	12	16
2 chambres		4	6	8
Nombre total d'unités d	e logement	20	30	40

#### 8.4 Superficie brute de l'immeuble

Le Tableau 61 présente la superficie brute de l'immeuble, calculée à partir d'une superficie nette des logements locatifs de 640 pi<sup>2</sup> pour le studio, de 700 pi<sup>2</sup> pour l'appartement d'une chambre à coucher et de 850 pi<sup>2</sup> pour un logement de deux chambres à coucher. Les espaces communs sont estimés à 40 pi<sup>2</sup> par résident et les espaces de service sont estimés à 2 000 pi<sup>2</sup>.

La superficie totale brute est estimée à 20 450 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 20 unités de logement, à 29 675 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 30 unités et à 38 900 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 40 unités.

Tableau 61: Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 3

SUPERFICIE DES UNITÉS DE L	OGEMENT.				
Nombre total d'unités de	Superficie	Superficie	Option A	Option B	Option C
logement	nette	brute	20	30	40
Facteur de calcul (espace bro	ut)	125%			
Studio	640	800	6 400	9 600	12 800
1 chambre	700	875	7 000	10 500	14 000
2 chambres	850	1 063	4 250	6 375	8 500
Superficie brute des unités	de logement	(pieds carrés)	17 650	26 475	35 300
AIRES COMMUNES (en pied	s carrés)				
Salles communes (pi.2 par r	ésident)	40	800	1 200	1 600
Services (cuisine, bureau, etc.)		2 000	2 000	2 000	2 000
Salle polyvalente			-	-	-
Superficie brute des espaces communs (pieds carrés)		pieds carrés)	2 800	3 200	3 600
SUPERFICIE BRUTE TOTALE (	en pieds carr	·és)	20 450	29 675	38 900

#### 8.5 Coûts de construction et de financement hypothécaire

Le Tableau 62 présente les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé fondés sur une estimation de 250 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement, etc.). Le coût total pour la construction d'un immeuble est estimé à :

- 5 112 500 \$ pour 20 450 pi² (20 unités), soit une mise de fonds de 1 278 125 \$ et une hypothèque de 3 834 375 \$ représentant un remboursement de 268 984 \$ par année;
- 7 418 750 \$ pour 29 475 pi² (30 unités) soit une mise de fonds de 1 854 688 \$ et une hypothèque de 5 564 063 \$ représentant un remboursement de 390 323 \$ par année;
- 9 725 000 \$ pour 38 900 pi² (40 unités) soit une mise de fonds de 2 431 250 \$ et une hypothèque de 7 293 750 \$ représentant un remboursement de 511 662 \$ par année.

Tableau 62 : Coût de construction et de financement, Scénario 3

COÛT DE CONSTRUCTION ET DE FINANCEMENT			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement		20	30	40	
Superficie brute totale en pieds carrés			20 450	29 675	38 900
Estimation du coût de construction		250 \$	5 112 500 \$	7 418 750 \$	9 725 000 \$
Mise de fonds initiale		25%	1 278 125 \$	1 854 688 \$	2 431 250 \$
Montant financé par hypothèque			3 834 375 \$	5 564 063 \$	7 293 750 \$
Service annuel de la dette	<b>2</b> 5	5,0%	(268 984) \$	(390 323) \$	(511 662) \$

Les loyers mensuels provenant des logements sont calculés en multipliant le coût d'opération mensuel par la superficie brute attribuable à chaque unité (incluant l'unité de logement et un prorata des espaces communs).

Le Tableau 63 présente la fourchette des loyers mensuels dans l'immeuble. Selon l'option A :

- Le studio se louerait 1 590 \$;
- L'appartement d'une chambre à coucher se louerait 1 717 \$;
- L'appartement de deux chambres à coucher se louerait 2 035 \$.

L'option B représente une économie approximative de 52 \$ par mois, et l'option C une économie de 78 \$ par mois.

Tableau 63: Loyers mensuels par unité, Scénario 3

Coût d'opération mensuel (au pied carré)	1,69 \$	1,70 \$	1,70 \$
LOYERS MENSUELS PAR UNITÉ	Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement	20	30	40
Studio	1590 \$	1538 \$	1512 \$
1 chambre	1717 \$	1 665 \$	1640 \$
2 chambres	2 035 \$	1 984 \$	1958 \$

#### 8.7 Frais d'opération mensuels

Le Tableau 64 présente les revenus mensuels totaux et les frais d'opération mensuels totaux. On constate ce qui suit :

- L'immeuble de 20 unités générera 34 600 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 30 unités générera 50 345 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 40 unités générera 66 090 \$ de revenus bruts mensuels.

- Les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.) estimés à 8 \$ du pied carré par année;
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque, est établi selon le montant de capital emprunté pour chaque option, le taux d'intérêt de 5 % et la période d'amortissement de 25 ans;
- Le taux d'inoccupation de 16,1 % pour le marché locatif des résidences de logement supervisé pour personnes aînées est employé puisqu'il s'apparente à la réalité de marché;
- Le taux de 1 % est utilisé pour la réserve pour immobilisation d'une construction neuve.

Tableau 64 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 3

REVENUS MENSUELS DE LOCATION		Option A	Option B	Option C	
Nombre total d'unités de logement		20	30	40	
Studio			12 723 \$	18 458 \$	24 193 \$
1 chambre			13 738 \$	19 985 \$	26 232 \$
2 chambres			8 138 \$	11 901 \$	15 664 \$
<b>REVENUS MENSUELS DE LO</b>	CATION DES U	JNITÉS TOTAUX	34 600 \$	50 345 \$	66 090 \$
Location des espaces polyva	alents	- \$	- \$	- \$	- \$
REVENUS MENSUELS BRUTS DE LOCATION TOTAUX		N TOTAUX	34 600 \$	50 345 \$	66 090 \$
FRAIS D'OPÉRATION					
Taux d'inoccupation		16,1%	(5 571) \$	(8 106) \$	(10 640) \$
Service de la dette	25	5,0%	(22 415) \$	(32 527) \$	(42 639) \$
Frais d'opération de l'imme	uble	8 \$	(2 353) \$	(3 530) \$	(4 707) \$
Réserve pour immobilisation 1,0%		1,0%	(4 260) \$	(6 182) \$	(8 104) \$
FRAIS D'OPÉRATION MENSUELS TOTAUX		(34 600) \$	(50 345) \$	(66 090) \$	
Revenu net / (Perte) par mois			- \$	- \$	- \$
Coût d'opération mensuel (d	au pied carré)		1,69 \$	1,70 \$	1,70 \$

## 9 Scénario 4 : immeuble de logement supervisé pour personnes aînées incluant les salles communes, les aires de services et une salle polyvalente pour les résidents

#### 9.1 Description du scénario

Ce scénario est élaboré pour illustrer la construction d'un immeuble contenant des logements supervisés pour personnes aînées, des salles communes, les aires de services et une salle polyvalente pour les résidents. Un tel projet permettrait aux personnes aînées francophones de vivre dans un même immeuble et de concentrer l'offre des services de maintien à domicile en français dans un lieu. Ce scénario offre la possibilité de répondre facilement aux besoins progressifs de services nécessaires pour une personne aînée en perte graduelle d'autonomie et le scénario offre un accès facile à la salle communautaire polyvalente et aux activités socioculturelles de la communauté francophone de Windsor.

Les principales variables employées sont :

- Un coût de construction de 250 \$ du pied carré;
- Un taux d'hypothèque de 5 % amorti sur 25 ans;
- Un taux d'inoccupation de 16,1 %;
- Un taux de 1 % de réserve pour l'immeuble.

#### 9.2 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

#### 9.3 Distribution du nombre total d'unités par catégorie

Le Tableau 65 présente la distribution du nombre d'unités par catégorie selon les trois options. Il y a une prépondérance de studios et d'appartements d'une chambre à coucher, avec seulement quelques unités de deux chambres à coucher.

Tableau 65: Distribution du nombre d'unités par catégorie, Scénario 4

NOMBRE D'UNITÉS DE LOGEMENT	Option A	Option B	Option C
Studio	8	12	16
1 chambre	8	12	16
2 chambres	4	6	8
Nombre total d'unités de logement	20	30	40

#### 9.4 Superficie brute de l'immeuble

Le Tableau 66 présente la superficie brute de l'immeuble, calculée à partir d'une superficie nette des logements locatifs de 640 pi² pour le studio, de 700 pi² pour l'appartement d'une chambre à coucher et de 850 pi² pour un logement de deux chambres à coucher. La superficie des espaces communs est brute : les salles communes (salle à manger, salon, etc.) prévoient 40 pi² par résident, les espaces de services (cuisine, bureau, etc.) sont estimés à 2 000 pi², et la salle polyvalente est estimée à 1 000 pi².

La superficie totale brute est estimée à 21 450 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 20 unités de logement, à 30 675 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 30 unités et à 39 900 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 40 unités.

Tableau 66 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 4

SUPERFICIE DES UNITÉS DE LOGEMENT					
Nombre total d'unités de	Superficie	Superficie	Option A	Option B	Option C
logement	nette	brute	20	30	40
Facteur de calcul (espace bru	ut)	125%			
Studio	640	800	6 400	9 600	12 800
1 chambre	700	875	7 000	10 500	14 000
2 chambres	850	1 063	4 250	6 375	8 500
Superficie brute des unités	de logement	(pieds carrés)	17 650	26 475	35 300
AIRES COMMUNES (en pied	s carrés)				
Salles communes (pi.2 par r	ésident)	40	800	1 200	1 600
Services (cuisine, bureau, etc.)		2 000	2 000	2 000	2 000
Salle polyvalente		1 000	1 000	1 000	1 000
Superficie brute des espaces communs (pieds carrés)		3 800	4 200	4 600	
SUPERFICIE BRUTE TOTALE (	en pieds carr	·és)	21 450	30 675	39 900

#### 9.5 Coûts de construction et de financement hypothécaire

Le Tableau 67 présente les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé fondés sur une estimation de 250 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement, etc.). Le coût total pour la construction d'un immeuble est estimé à :

- 5 362 500 \$ pour 21 450 pi² (20 unités), soit une mise de fonds de 1 340 625 \$ et une hypothèque de 4 021 875 \$ représentant un remboursement de 282 138 \$ par année;
- 7 668 750 \$ pour 30 675 pi² (30 unités) soit une mise de fonds de 1 917 188 \$ et une hypothèque de 5 751 563 \$ représentant un remboursement de 403 477 \$ par année;
- 9 975 000 \$ pour 39 900 pi² (40 unités) soit une mise de fonds de 2 493 750 \$ et une hypothèque de 7 481 250 \$ représentant un remboursement de 524 816 \$ par année.

Tableau 67 : Coût de construction et de financement, Scénario 4

COÛT DE CONSTRUCTION ET DE FINANCEMENT			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement			20	30	40
Superficie brute totale en pieds carrés			21 450	30 675	39 900
Estimation du coût de construction		250 \$	5 362 500 \$	7 668 750 \$	9 975 000 \$
Mise de fonds initiale		25%	1 340 625 \$	1 917 188 \$	2 493 750 \$
Montant financé par hypothèque			4 021 875 \$	5 751 563 \$	7 481 250 \$
Service annuel de la dette	25	5,0%	(282 138) \$	(403 477) \$	(524 816) \$

Les loyers mensuels provenant des logements sont calculés en multipliant le coût d'opération mensuel par la superficie brute attribuable à chaque unité (incluant l'unité de logement et un prorata des espaces communs).

Le Tableau 68 présente la fourchette des loyers mensuels dans l'immeuble. Selon l'option A :

- Le studio se louerait 1 669 \$;
- L'appartement d'une chambre à coucher se louerait 1 795 \$;
- L'appartement de deux chambres à coucher se louerait 2 111 \$.

L'option B représente une économie approximative de 78 \$ par mois, et l'option C une économie de 117 \$ par mois.

Tableau 68: Loyers mensuels par unité, Scénario 4

Coût d'opération mensuel (au pied carré)	1,69 \$	1,69 \$	1,70 \$
LOYERS MENSUELS PAR UNITÉ	Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement	20	30	40
Studio	1669 \$	1590 \$	1551 \$
1 chambre	1795 \$	1717 \$	1678 \$
2 chambres	2 111 \$	2 035 \$	1996\$

#### 9.7 Frais d'opération mensuels

Le Tableau 69 présente les revenus mensuels totaux et les frais d'opération mensuels totaux. On constate ce qui suit :

- L'immeuble de 20 unités générera 36 154 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 30 unités générera 51 900 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 40 unités générera 67 645 \$ de revenus bruts mensuels.

- Les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.) estimés à 8 \$ du pied carré par année;
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque, est établi selon le montant de capital emprunté pour chaque option, le taux d'intérêt de 5 % et la période d'amortissement de 25 ans;
- Le taux d'inoccupation de 16,1 % pour le marché locatif des résidences de logement supervisé pour personnes aînées est employé puisqu'il s'apparente à la réalité de marché;
- Le taux de 1 % est utilisé pour la réserve pour immobilisation d'une construction neuve.

Tableau 69: Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 4

REVENUS MENSUELS DE LOCATION			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de lo	gement		20	30	40
Studio			13 349 \$	19 085 \$	24 820 \$
1 chambre			14 361 \$	20 608 \$	26 854 \$
2 chambres			8 444 \$	12 207 \$	15 970 \$
REVENUS MENSUELS DE LOC	CATION DES U	JNITÉS TOTAUX	36 154 \$	51 900 \$	67 645 \$
Location des espaces polyva	alents	- \$	- \$	- \$	- \$
REVENUS MENSUELS BRUTS	DE LOCATIO	N TOTAUX	36 154 \$	51 900 \$	67 645 \$
FRAIS D'OPÉRATION					
Taux d'inoccupation		16,1%	(5 821) \$	(8 356) \$	(10 891) \$
Service de la dette	25	5,0%	(23 511) \$	(33 623) \$	(43 735) \$
Frais d'opération de l'imme	uble	8 \$	(2 353) \$	(3 530) \$	(4 707) \$
Réserve pour immobilisation 1,0%		(4 469) \$	(6 391) \$	(8 313) \$	
FRAIS D'OPÉRATION MENSUELS TOTAUX		(36 154) \$	(51 900) \$	(67 645) \$	
Revenu net / (Perte) par mois		- \$	- \$	- \$	
Coût d'opération mensuel (d	nu pied carré)		1,69 \$	1,69 \$	1,70 \$

## 10 Scénario 5 : immeuble de logements supervisés pour personnes aînées incluant les salles communes et les aires de service et une salle polyvalente pour les résidents, soumis à des conditions financières difficiles

#### 10.1 Description du scénario

Ce scénario est élaboré pour illustrer la construction d'un immeuble contenant des logements supervisés pour personnes aînées, avec des salles communes, des aires de services et une salle polyvalente pour les résidents, sous des conditions financières plus difficiles. De nombreuses variantes pourraient être élaborées selon l'évolution des conditions économiques et celles du marché locatif en utilisant l'outil Excel imbriqué dans la version électronique du document.

Les principales variables employées sont :

- Un coût de construction de 300 \$ du pied carré;
- Un taux d'hypothèque de 7 % amorti sur 25 ans;
- Un taux d'inoccupation de 16,1 %;
- Un taux de 2,8 % de réserve pour l'immeuble.

#### 10.2 Estimation de la superficie de l'immeuble

L'estimation de la superficie nette et de la superficie brute de l'immeuble peut varier selon le nombre d'unités locatives par catégorie (studio, une chambre, deux chambres) et leur superficie, les aires communes pour les résidents et la salle polyvalente pour la communauté, le cas échéant.

#### 10.3 Distribution du nombre total d'unités par catégorie

Le Tableau 70 présente la distribution du nombre d'unités par catégorie selon les trois options. Il y a une prépondérance de studios et d'appartements d'une chambre à coucher, avec seulement quelques unités de deux chambres à coucher.

Tableau 70 : Distribution du nombre d'unités par catég	gorie, Scénario 5
--	-------------------

NOMBRE D'UNITÉS DE LOGEMENT	Option A	Option B	Option C
Studio	8	12	16
1 chambre	8	12	16
2 chambres	4	6	8
Nombre total d'unités de logement	20	30	40

#### 10.4 Superficie brute de l'immeuble

Le Tableau 71 présente la superficie brute de l'immeuble, calculée à partir d'une superficie nette des logements locatifs de 640 pi² pour le studio, de 700 pi² pour l'appartement d'une chambre à coucher et de 850 pi² pour un logement de deux chambres à coucher. La superficie des espaces communs est brute : les salles communes (salle à manger, salon, etc.) prévoient 40 pi² par résident, les espaces de services (cuisine, bureau, etc.) sont estimés à 2 000 pi², et la salle communautaire polyvalente est estimée à 1 000 pi².

La superficie totale brute est estimée à 21 450 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 20 unités de logement, à 30 675 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 30 unités et à 39 900 pi<sup>2</sup> pour un immeuble de 40 unités.

Tableau 71 : Superficie brute totale de l'immeuble, Scénario 5

SUPERFICIE DES UNITÉS DE L	OGEMENT.				
Nombre total d'unités de	Superficie	Superficie	Option A	Option B	Option C
logement	nette	brute	20	30	40
Facteur de calcul (espace brut)		125%			
Studio	640	800	6 400	9 600	12 800
1 chambre	700	875	7 000	10 500	14 000
2 chambres	850	1 063	4 250	6 375	8 500
Superficie brute des unités de logement (pieds carrés)			17 650	26 475	35 300
AIRES COMMUNES (en pied	s carrés)				
Salles communes (pi.2 par résident)		40	800	1 200	1 600
Services (cuisine, bureau, etc.)		2 000	2 000	2 000	2 000
Salle polyvalente		1 000	1 000	1 000	1 000
Superficie brute des espaces communs (pieds carrés)		3 800	4 200	4 600	
SUPERFICIE BRUTE TOTALE (en pieds carrés)		21 450	30 675	39 900	

#### 10.5 Coûts de construction et de financement hypothécaire

Le Tableau 72 présente les coûts de construction d'un édifice d'accès public spécialisé fondés sur une estimation de 300 \$ du pied carré. Ce coût doit inclure l'infrastructure extérieure (aménagement paysager, stationnement, etc.). Le coût total pour la construction d'un immeuble est estimé à :

- 6 435 000 \$ pour 21 450 pi² (20 unités), soit une mise de fonds de 1 608 750 \$ et une hypothèque de 4 826 250 \$ représentant un remboursement de 409 331 \$ par année;
- 9 202 500 \$ pour 30 675 pi² (30 unités) soit une mise de fonds de 2 300 625 \$ et une hypothèque de 6 901 875 \$ représentant un remboursement de 585 372 \$ par année;
- 11 970 000 \$ pour 39 900 pi² (40 unités) soit une mise de fonds de 2 992 500 \$ et une hypothèque de 8 977 500 \$ représentant un remboursement de 761 413 \$ par année.

Tableau 72 : Coût de construction et de financement, Scénario 5

COÛT DE CONSTRUCTION ET DE FINANCEMENT			Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement		20	30	40	
Superficie brute totale en pieds carrés			21 450	30 675	39 900
Estimation du coût de construction		300 \$	6 435 000 \$	9 202 500 \$	11 970 000 \$
Mise de fonds initiale		25%	1 608 750 \$	2 300 625 \$	2 992 500 \$
Montant financé par hypothèque			4 826 250 \$	6 901 875 \$	8 977 500 \$
Service annuel de la dette	25	7,0%	(409 331) \$	(585 372) \$	(761 413) \$

Les loyers mensuels provenant des logements sont calculés en multipliant le coût d'opération mensuel par la superficie brute attribuable à chaque unité (incluant l'unité de logement et un prorata des espaces communs).

Le Tableau 73 présente la fourchette des loyers mensuels dans l'immeuble. Selon l'option A :

- Le studio se louerait 2 832 \$;
- L'appartement d'une chambre à coucher se louerait 3 046 \$;
- L'appartement de deux chambres à coucher se louerait 3 583 \$.

L'option B représente une économie approximative de 137 \$ par mois, et l'option C une économie de 206 \$ par mois.

Tableau 73: Loyers mensuels par unité, Scénario 5

Coût d'opération mensuel (au pied carré)	2,86 \$	2,87 \$	2,87 \$
LOYERS MENSUELS PAR UNITÉ	Option A	Option B	Option C
Nombre total d'unités de logement	20	30	40
Studio	2 832 \$	2 695 \$	2 626 \$
1 chambre	3 046 \$	2 910 \$	2 842 \$
2 chambres	3 583 \$	3 447 \$	3 380 \$

#### 10.7 Frais d'opération mensuels

Le Tableau 74 présente les revenus mensuels totaux et les frais d'opération mensuels totaux. On constate ce qui suit :

- L'immeuble de 20 unités générera 61 358 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 30 unités générera 87 942 \$ de revenus bruts mensuels;
- L'immeuble de 40 unités générera 114 527 \$ de revenus bruts mensuels.

- Les frais d'opération réguliers des aires communes (électricité, chauffage, eau, assurances, entretien, etc.) estimés à 8 \$ du pied carré par année;
- Le service de la dette, c'est-à-dire le paiement mensuel de l'hypothèque, est établi selon le montant de capital emprunté pour chaque option, le taux d'intérêt de 7 % et la période d'amortissement de 25 ans;
- Le taux d'inoccupation de 16,1 % pour le marché des résidences pour personnes aînées est employé;
- Le taux de 2,8 % est utilisé pour la réserve pour immobilisation.

Tableau 74 : Revenus de location et frais d'opération mensuels totaux, Scénario 5

REVENUS MENSUELS DE LOCATION		Option A	Option B	Option C	
Nombre total d'unités de logement		20	30	40	
Studio			22 655 \$	32 339 \$	42 022 \$
1 chambre			24 372 \$	34 919 \$	45 466 \$
2 chambres			14 331 \$	20 685 \$	27 039 \$
REVENUS MENSUELS DE LOCATION DES UNITÉS TOTAUX			61 358 \$	87 942 \$	114 527 \$
Location des espaces polyvalents		- \$	- \$	- \$	- \$
REVENUS MENSUELS BRUTS DE LOCATION TOTAUX		61 358 \$	87 942 \$	114 527 \$	
FRAIS D'OPÉRATION					
Taux d'inoccupation		16,1%	(9 879) \$	(14 159) \$	(18 439) \$
Service de la dette	25	7,0%	(34 111) \$	(48 781) \$	(63 451) \$
Frais d'opération de l'immeuble		8 \$	(2 353) \$	(3 530) \$	(4 707) \$
Réserve pour immobilisation		2,8%	(15 015) \$	(21 473) \$	(27 930) \$
FRAIS D'OPÉRATION MENSUELS TOTAUX		(61 358) \$	(87 942) \$	(114 527) \$	
Revenu net / (Perte) par mois			- \$	- \$	- \$
Coût d'opération mensuel (au pied carré)			2,86 \$	2,87 \$	2,87 \$

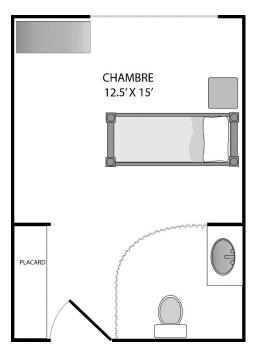
#### 11 Autres pistes d'exploration possibles pour le logement

Le modèle de la résidence Le Chez-Nous de Wellington à l'Île-du-Prince-Édouard pourrait également faire l'objet d'une exploration plus poussée.

Les caractéristiques de cette résidence sont les suivantes :

- Centre de soins communautaires privé détenant une licence de la province, organisé sous une charte de coopérative;
- Immobilisations évaluées à plus de 3 millions de dollars; la construction d'une nouvelle aile vient d'être complétée;
- 47 unités comprenant une chambre simple et une aire de toilette/lavabo, de style bungalow (rez-de-chaussée, pas d'étage);
- Résidence organisée en maisonnées de 13 ou 14 lits;
- 2 maisonnées forment un « voisinage » ayant des cuisines côte à côte pouvant s'ouvrir l'une sur l'autre; le personnel est partagé entre 2 maisonnées;
- Beaucoup d'aires publiques extérieures (jardinage, parc, etc.);
- 13 employés (aucune infirmière autorisée);
- Loyer et services : 1 994 \$ par mois (75 % des coûts sont les salaires);
- Le seuil de rentabilité est de 35 chambres.

Figure 10 : Illustration d'une chambre simple de 190 pieds carrés – résidence Le Chez-Nous de l'Île-du-Prince-Édouard



# Section VI : Sommaire des constats et recommandations de suivis

Cette section présente un court sommaire des constats et élabore des recommandations de suivis concernant les deux volets du mandat.

#### 1 Sommaire des constats

#### 1.1 Facteurs démographiques

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 6,4 % de la population au Canada en 2006. On constate qu'elles représentent 13,0 % de la population francophone dans Érié St. Clair (945 hommes et 1 425 femmes, soit un total de 2 390 personnes) et 7,5 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (350 hommes et 485 femmes, soit un total de 835 personnes).

Parmi la population de 55 ans et plus de la région d'Érié St. Clair, quelque 70 % vivent à Essex. Cette proportion varie peu parmi les différents groupes d'âge d'aînés.

#### Érié St. Clair:

- Les 55 à 64 ans représentent 18,0 % de la population francophone (1 600 hommes et 1 705 femmes, soit un total de 3 295 personnes).
- Les 65 à 74 ans représentent 14,6 % de la population francophone (1 340 hommes et 1 355 femmes, soit un total de 2 680 personnes).
- Les 75 à 79 ans représentent 5,8 % de la population francophone (450 hommes et 600 femmes, soit un total de 1 060 personnes).
- Les 80 ans et plus représentent 7,2 % de la population francophone (495 hommes et 825 femmes, soit un total de 1 330 personnes).

#### Sud-Ouest:

- Les 55 à 64 ans représentent 16,6 % de la population francophone (925 hommes et 940 femmes, soit un total de 1 855 personnes).
- Les 65 à 74 ans représentent 11,0 % de la population francophone dans le Sud-Ouest (575 hommes et 645 femmes, soit un total de 1 230 personnes).
- Les 75 à 79 ans représentent 3,4 % de la population francophone (170 hommes et 215 femmes, soit un total de 380 personnes).
- Les 80 ans et plus représentent 4,1 % de la population francophone (180 hommes et 270 femmes, soit un total de 455 personnes).

#### 1.2 Services aux personnes aînées francophones

Cette étude constate que les besoins de santé des personnes aînées francophones sont sensiblement les mêmes que ceux de la population en général. Les services de santé et les services d'appoint communautaires devraient donc être sensiblement les mêmes.

Cependant, l'offre de services en santé est distribuée parmi un grand nombre de fournisseurs de services. La capacité de chacun des fournisseurs de services à livrer des services soutenus en français n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude.

Quelques modèles d'organisation de services de maintien à domicile ont été explorés et offrent des pistes de solution intéressantes afin de consolider l'offre en français. Les projections financières d'un tel modèle situent le prix à près de 1 700 \$ par mois par personne, un prix comparable à la quote-part demandée à un résident de foyer de soins de longue durée (1 720 \$ par mois).

#### 1.3 Logement pour les personnes aînées francophones

L'étude constate qu'il y a un besoin non comblé de logement pour personnes aînées de la région.

#### Soins de longue durée

- En utilisant les taux de demande et d'offre par tranche de 1 000 habitants de 75 ans et plus et les données du Recensement de 2011 sur la population francophone de 75 ans et plus, la demande théorique pour les personnes aînées francophones est estimée à 246,2 places dans la région d'Érié St. Clair et à 98,5 places dans la région du Sud-Ouest.
- Selon les données administratives du RLISS d'Érié St. Clair, en 2010, 80 résidents francophones étaient répartis dans 27 résidences de soins de longue durée de la région. Ce chiffre diminuait à 65 résidents au deuxième trimestre de 2011.
- Les personnes aînées francophones résidentes de foyers de soins de longue durée sont réparties sur tout le territoire; c'est un indicateur probable du choix de proximité que font plusieurs familles pour leurs parents qui ont besoin de soins.
- Selon le niveau théorique identifié, il y aurait un besoin non comblé ou rendu invisible représentant près des trois quarts (65/246,2) du nombre de personnes aînées francophones.
- La fragmentation de la clientèle dans 27 résidences, chacune ayant entre 1 et 8 résidents francophones, rend très difficile l'offre de services en français.

#### Résidences locatives privées avec services de soutien

• En utilisant les taux d'attraction estimés par la SCHL pour les résidences locatives privées pour personnes aînées et les données du Recensement de 2011 sur la population francophone de 75 ans et plus, la demande théorique estimée se situe entre 190 et 200 places pour la région du Sud-Ouest de l'Ontario. Les estimations sont de 155,4 places pour les personnes aînées francophones de la région d'Érié St. Clair et de 45,1 places pour la région du Sud-Ouest. À Windsor, la Résidence Richelieu offre présentement 51 unités.

#### 2 Recommandations de suivis

Les recommandations de suivis sont fondées sur les analyses effectuées dans le cadre de cette étude et sur les constats qui s'en dégagent.

#### 2.1 Les besoins

L'Entité de planification devrait travailler avec les deux RLISS pour améliorer la qualité des données et l'analyse des services en français livrés par les fournisseurs de services de santé sur leur territoire, notamment en explorant les éléments suivants :

- L'ajout de la variable linguistique dans les données administratives et les évaluations réalisées par les RLISS;
- L'établissement et le suivi (« monitoring ») d'un protocole d'identification proactive des clients francophones par les fournisseurs de services;
- La réalisation, par les fournisseurs de services, d'un inventaire de leurs capacités en matière de services en français;
- L'engagement du processus de désignation/identification sous la *Loi sur les services en français* de quelques fournisseurs de services communautaires clés.

#### 2.2 Le logement

L'Entité de planification devrait travailler avec les deux RLISS pour explorer les options suivantes visant l'amélioration des soins à domicile en français et l'accès aux soins de longue durée en français :

- La possibilité de regrouper dans quelques foyers de soins de longue durée des places de soins de longue durée francophones, soit par la désignation d'établissements ou par des ententes de services;
- Le développement de modèles de soins progressifs à domicile, en français, notamment par la sélection d'un fournisseur de services privilégié qui pourrait conclure une entente de services pour un logement avec services de soutien à la Résidence Richelieu et planifier un rayonnement communautaire de services à domicile en français;
- La possibilité de construire des logements locatifs avec services de soutien, avec un capital privé ou communautaire, sur le terrain de la Résidence Richelieu.

### Remerciements

Les auteurs veulent conclure en remerciant tous les membres du comité d'encadrement qui ont consacré de nombreuses heures à la réalisation de cette étude. Toutes et tous ont participé assidûment aux rencontres du comité et aux rencontres communautaires, en plus d'accorder le temps nécessaire pour tenir les entrevues et répondre aux demandes fréquentes d'information. Ce fut un privilège de travailler avec des gens aussi motivés et motivants. Les membres du comité sont : Jacques Bienvenue, Suzy Doucet-Simard, Marthe Dumont, Jacques Kenny et Yvon Poulin.

Des remerciements particuliers sont également adressés à tous les informateurs clés et aux participantes et participants aux groupes de discussion.

## Bibliographie

- 1. ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). Rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, 2010. http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho\_report\_2010\_f.pdf
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). Pour bien communiquer avec les aînés –
  Faits, conseils et idées. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/altformats/pdf/publications/public/various-varies/afcomm-commavecaines/AFCommCommavecaines-fra.pdf
- 3. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2013). Portraits of Home Care in Canada 2013. http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=274
- 4. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2011). Accès à des soins de santé de qualité : L'apport des soins à domicile. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=3089
- 5. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2009). Étudier le rôle des préposés aux soins personnels Points saillants du symposium pancanadien de 2009. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2278
- 6. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2008a). Consultation sur la prestation des soins en milieu familial. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2081
- 7. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2008b). Un examen des possibilités pour la prestation des soins et services à domicile dans les régions rurales, éloignées et nordiques du Canada. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2175
- 8. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2007). Le rôle essentiel des soins et services de santé à domicile dans l'amélioration de l'accès aux services de santé. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=3087
- 9. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE (2006). La prestation de services de soins à domicile au Canada Recenser les lacunes et examiner les pratiques innovatrices. http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2173
- 10. BOILEAU, François (2009). Services de santé en français en Ontario et la Loi sur les services en français. Commissariat aux services en français de l'Ontario. http://www.waterloowellingtonlhin.on.ca/uploadedFiles/Pr%C3%A9sentationFrenchSant%C3%A9-RLISSWWao%C3%BBt2009.pdf
- 11. BOUCHARD, Louise (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : les représentations des acteurs sur l'avenir des services. http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/les%20representations%20des%20acteurs%20sur%20lavenir\_Bouchard.pdf
- 12. BOUCHARD, Louise (2010). Les représentations de l'avenir des services de santé en français en francophonie minoritaire : rapport national de cartographie conceptuelle. http://www.rrasfo.ca/images/Rapport%20national%20de%20cartographie%20conceptuelle.pdf

- 13. BOUCHARD, Louise et coll. (2012a). L'offre active de services de santé en français en Ontario : Une mesure d'équité.

  http://chrs.ugam.ca/sites/default/files/LOffreActiveDeServicesDeSante%C4%97EnErançaisEnOnta
  - http://chrs.uqam.ca/sites/default/files/LOffre Active De Services De Sante % C4%97 En Francais En Ontario.pdf
- 14. BOUCHARD, Louise et coll. (2012b). La santé des francophones de l'Ontario Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes. http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport\_escc\_ontario-final.pdf
- 15. BOUCHARD, Louise et coll. (2012c). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis? http://www.cfp.ca/content/58/12/1325.full.pdf+html
- 16. BOUCHARD, Louise et coll. (2010). Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire. http://www.entitesante2.ca/wp-content/uploads/2012/05/Impact-de-la-situation-linguistique-minoritaire-sur-les-soins-de-sante2.pdf
- 17. BOUCHARD, Louise et coll. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/La%20sante%20en%20situation%20linguist ique%20minoritaire.pdf
- 18. BOURBONNAIS, Valérie (2007). La santé des aînés francophones en situation minoritaire : État des lieux de l'Ontario. http://www.rssfe.on.ca/files/uploads/rssfe-files/santeainesfrancosvbourbonnais2008.pdf
- 19. BOURGEAULT, Ivy Lynn et coll. (2010). Immigrant Care Workers in Aging Societies: The Canadian Context and Experience, http://www.rorrhs-ohhrrn.ca/images/stories/docs/immigrant-careworkers-report-.pdf
- 20. BOWEN, Sarah (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf
- 21. CARRIÈRE, Richard (2001). Le travail social auprès des personnes âgées en Ontario. http://www.erudit.org/revue/ref/2001/v7/n2/026358ar.pdf
- 22. CHOMIENNE, Marie-Hélène (2011). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. http://www.rrasfo.ca/images/docs/Les%20priorites%20de%20recherche%20sur%20la%20sante%
  - nttp://www.rrasfo.ca/images/docs/Les%20priorites%20de%20recherche%20sur%20la%20sante%20des%20francophones%20de%20lOntario.pdf
- 23. COALITION POUR PRÉVENIR L'ITINÉRANCE CHEZ LES FRANCOPHONES D'OTTAWA (2011). Comment « bien vieillir chez soi » quand on n'a pas de « chez-soi »? http://www.cpifo.ca/LinkClick.aspx?fileticket=5eqFyvA3z5Q%3D&tabid=100
- 24. COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2007). Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\_formats/hpb-dgps/pdf/olcdb-baclo/cccfsm/2007-cccfsm/2007-cccfsm/2007-cccfsm-fra.pdf
- 25. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2003). Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repfinnov03-f.htm

- 26. COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT (2009). Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-f.pdf
- 27. COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT (2008). Une population vieillissante : enjeux et options. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/agei/rep/repfinmar08-f.pdf
- 28. COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT (2007). Relever le défi du vieillissement. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/agei/rep/repintfeb07-f.pdf
- 29. COMITÉ VIEILLIR CHEZ SOI (2010). Analyse des besoins des personnes âgées de la région de Hearst. http://www.uhearst.ca/crridec/resources/Rapports-de-recherche/analyse-besoin-personnes-agees.pdf
- 30. COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE (2001). Il est temps d'agir : Faire respecter les droits des personnes âgées en Ontario. http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/attachments/Time\_for\_action%3A\_Advancing\_human\_rights\_for\_older\_Ontarians\_fr.pdf
- 31. COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (2001). Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada Rapport final. http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf
- 32. CONFERENCE BOARD DU CANADA (2011). Elements of an Effective Innovation Strategy for Long Term Care in Ontario, Ottawa.

  http://seniorshealthknowledgenetwork.ca/sites/seniorshealthknowledgenetwork.ca/files/march1
  1\_cboc\_report.pdf
- 33. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2012). Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada? http://conseilcanadiendelasante.ca/rpt\_det\_gen.php?id=348
- 34. CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ (2006). Réglementation des préposés aux services de soutien à la personne. http://www.hprac.org/fr/reports/resources/frenchpswreport.pdf
- 35. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2013). Les travailleurs âgés les plus à risque de se retirer du marché du travail ou de se retrouver sans emploi : Points de vue des employeurs sur la façon de maintenir en poste et d'attirer les travailleurs âgés. http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\_publications/travailleurs\_ages/page00.shtml
- 36. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2011). Consultations sur la participation au marché du travail des aînés et des personnes approchant de l'âge de la retraite et sur les relations intergénérationnelles. http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\_publications/marche\_du\_travail/page00.shtml
- 37. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2010). Rapport du Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif. http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\_publications/benevolat/page00.shtml
- 38. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2009). Rapport du Conseil national des aînés sur la question du faible revenu chez les aînés. http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\_publications/faible\_revenu/2009/hs1\_9/page00 .shtml

- 39. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2007). Rapport du Conseil national des aînés sur les mauvais traitements envers les aînés. http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\_publications/traitements\_aines/2007/hs4\_38/page00.shtml
- 40. CONSORTIUM POUR LA PROMOTION DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ (2012). Collaborer avec les francophones en Ontario : de la compréhension du contexte à l'application des pratiques prometteuses. http://www.reseaucs.ca/images/Resources/francophones\_guide\_French.pdf
- 41. CRANSWICK, Kelly et Donna Dosman (2008). Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.pdf
- 42. ÉDUCATION JURIDIQUE COMMUNAUTAIRE ONTARIO (2010). Maltraiter une personne âgée : Le crime caché. http://www.cleo.on.ca/sites/default/files/book\_pdfs/elderabfr.pdf
- 43. EDWARDS, Peggy et Aysha Mawani (2006). Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/vision/vision-bref/index-fra.php
- 44. FORGUES, Éric, Michel Doucet et Josée Guignard Noël (2011). L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être. http://www.entitesante2.ca/wp-content/uploads/2012/05/Acc%C3%A8s-aux-Foyers-de-soins-%C3%89ric-Forgues.pdf
- 45. FORGUES, Éric et coll. (2012). La prise en compte de la langue dans les foyers de soins pour personnes âgées. http://www.entitesante2.ca/wp-content/uploads/2012/05/Langue-dans-foyers-personnes-%C3%A2g%C3%A9es1.pdf
- 46. FORGUES, Éric et coll. (2011) L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/Offre\_active\_services\_sante/rapport\_services\_sante.pdf
- 47. FORGUES, Éric et coll. (2009). De l'émergence à la consolidation L'état de santé chez les francophones en situation minoritaire. http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/emergence\_consolidation.pdf
- 48. FORUM FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL DES MINISTRES RESPONSABLES DES AÎNÉS (2012). Penser à vieillir chez soi. http://www.seniors.gov.on.ca/fr/resources/fpt/Aging%20in%20Place%20Brochure\_FR.pdf
- 49. FRENETTE, Nicole (1997). Les Conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes. http://francofemmes.org/tablefeministe/documents/sante.pdf
- 50. GABOURY, Isabelle et coll. (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.
  http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/cnfs données administratives.pdf
- 51. GAGNON-ARPIN, Isabelle et Louise Bouchard (2011a). Les francophones de l'Ontario : perceptions de la santé et accès aux services de santé offerts en langue minoritaire. http://www.rrasfo.ca/images/docs/presentation-1\_gagnon.pdf

- 52. GAGNON-ARPIN, Isabelle et Louise Bouchard (2011b). Les services de santé en français en Ontario : offre demande utilisation. http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/Les%20services%20de%20sante%20en%20 francais%20en%20Ontario.pdf
- 53. GAGNON-ARPIN, Isabelle, Golnaz Sedigh et Louise Bouchard (2011). Portraits sociosanitaires des communautés francophones de l'Ontario. Demographic and health profiles of Ontario's francophone communities http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2011/portraits-sociosanitaires-2011.pdf
- 54. GAUTHIER, Alain et coll. (2012). Examining the geographic distribution of French-speaking physicians in Ontario. http://www.cfp.ca/content/58/12/e717.full.pdf+html
- 55. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS (2005). Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation.

  http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/flhs 06/flhs 06f.pdf
- 56. HOOVER, Melanie et Michelle Rotermann (2012). Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11760-fra.pdf
- 57. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2013). Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada. https://secure.cihi.ca/free\_products/CCRS\_QualityinLongTermCare\_FR.pdf
- 58. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012a). Infirmières réglementées : tendances canadiennes 2007 à 2011. https://secure.cihi.ca/free\_products/Regulated\_Nurses\_FR.pdf
- 59. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012b). Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances. https://secure.cihi.ca/free\_products/ALC\_AIB\_FR.pdf
- 60. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012c). Les soins de santé au Canada 2012 : Regard sur les temps d'attente. https://secure.cihi.ca/free\_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf
- 61. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011a). Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques? https://secure.cihi.ca/free\_products/air-chronic\_disease\_aib\_fr.pdf
- 62. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011b). Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. https://secure.cihi.ca/free\_products/HCIC\_2011\_seniors\_report\_fr.pdf
- 63. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2010a). La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement. https://secure.cihi.ca/free\_products/ccrs\_depression\_among\_seniors\_f.pdf
- 64. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2010b). Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile.

  https://secure.cihi.ca/free\_products/Caregiver\_Distress\_AIB\_2010\_FR.pdf

- 65. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2010c). Les soins aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. https://secure.cihi.ca/free\_products/Dementia\_AIB\_2010\_FR.pdf
- 66. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2010d). Utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées, 2004-2005 à 2008-2009. https://secure.cihi.ca/free products/seniors ed f.pdf
- 67. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2009). Utilisation d'antipsychotiques par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2007. https://secure.cihi.ca/free\_products/antipsychotics\_aib\_fr.pdf
- 68. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008). De l'information pour une intervention de qualité : Soins aux pensionnaires de centres de soins infirmiers présentant des symptômes comportementaux.

  https://secure.cihi.ca/free\_products/ccrs\_aib\_aggressive\_behaviour\_f.pdf
- 69. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007a). Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006. https://secure.cihi.ca/free\_products/Potentially\_Inappropriate\_Medications\_FR.pdf
- 70. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007b). La sécurité des pensionnaires : Caractéristiques associées aux chutes dans les établissements de soins complexes de longue durée de l'Ontario. https://secure.cihi.ca/free\_products/ccrs\_falls\_jan30\_2007\_f.pdf
- 71. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2006). Évaluer le maintien en poste du personnel infirmier autorisé au Canada : Étude des données sur les inscriptions de 2000 à 2004. https://secure.cihi.ca/free\_products/Measuring\_RN\_Retention\_f.pdf
- 72. JUTAN, Norma (2010). Integrating Supportive Housing Into the Continuum of Care in Ontario. http://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/10012/5450/1/Jutan\_Norma.pdf
- 73. LECLERC, Guylaine (2006). La santé des femmes francophones de l'Ontario. http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final\_French-3.pdf
- 74. LEGION ROYALE DU CANADA (2003). Examen et détermination de questions de logement pour les Anciens combattants et les Aînés. http://old.legion.ca/\_PDF/SBureau/HousingIssues\_f.pdf
- 75. LIN, Jane (2005). Les changements de logement chez les personnes âgées Tendances sociales canadiennes. http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2005003/article/8969-fra.pdf
- 76. LONG-TERM CARE INNOVATION EXPERT PANEL (2012). Why Not Now? http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/12/LTCIEPFullREport\_web\_jun6.pdf
- 77. McDONALD, Stacey (2011). Le vieillissement de la population ontarienne Défis et possibilités. http://www.otf.ca/fr/knowledgeSharingCentre/resources/aging\_population\_FR.pdf
- 78. McKellar, Jocelyne (1999). L'état de santé des personnes âgées francophones en Ontario. http://www.erudit.org/revue/ref/1999/v5/n2/026290ar.pdf

- 79. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2005a). Jeter les fondations du changement, Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/hhr\_05/hhr\_05f.pdf
- 80. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2005b). Portrait de la santé de la population : RLISS d'Érié St. Clair. http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/providersf/informationf/profilesf/profile\_eriestclairf.pdf
- 81. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2005c). Portrait de la santé de la population : RLISS du Sud-Ouest. http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/providersf/informationf/profilesf/profile\_southwes tf.pdf
- 82. MINISTRES FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX RESPONSABLES DES AÎNÉS (2006). Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age\_friendly\_rural/AFRRC\_fr.pdf
- 83. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\_NMH\_NPH\_02.8\_fre.pdf
- 84. PICARD, Louise et Gratien Allaire (2005). Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario. http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/rapport\_sante\_jan06.pdf
- 85. RACINE, Jean-Luc (2010). Favoriser le vieillissement actif Projet Villages amis des aînés, 2010-2012.
- 86. REGROUPEMENT DES ENTITÉS DE PLANIFICATION DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'ONTARIO (2013). Énoncé de position commune sur la variable linguistique. http://www.entitesante2.ca/wp-content/uploads/2012/09/Variable-linguistique-Document-7e.pdf
- 87. REGROUPEMENT DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS FRANCOPHONES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DE L'ONTARIO (2005). Les professionnels francophones de la santé en Ontario : Une vision d'avenir. http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2008/08/memoire-ccrps.pdf
- 88. RÉSEAU DE RECHERCHE APPLIQUÉE SUR LA SANTÉ DES FRANCOPHONES DE L'ONTARIO (2011a). Le transfert des tâches dans les soins à domicile et les services sociaux. http://www.rorrhs-ohhrrn.ca/images/stories/docs/working%20paper%20series/wps\_winter\_2011\_fr.pdf
- 89. RÉSEAU DE RECHERCHE APPLIQUÉE SUR LA SANTÉ DES FRANCOPHONES DE L'ONTARIO (2011b). Les préposés aux services de soutien à la personne en Ontario. http://www.rorrhs-ohhrrn.ca/images/stories/docs/working%20paper%20series/cps\_spring\_2011\_fr1.pdf
- 90. RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'EST DE L'ONTARIO (2002). Étude sur la disponibilité des services en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées. http://www.rssfe.on.ca/files/uploads/rssfe-files/vivreenfranaisjusquauboutdesongemars02reseauestont.pdf
- 91. RÉSEAU FRANCO-SANTÉ DU SUD DE L'ONTARIO (2013). Stratégies ressources humaines pour soutenir le continuum de soins pour les populations francophones du centre, sud-ouest de l'Ontario. http://francosantesud.ca/wp-content/uploads/Sommaire-Projet-Strategies-RH.pdf

- 92. RÉSEAUX DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'ONTARIO (2006). Préparer le terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario rapport provincial. http://reseaudumieuxetre.ca/documents/PLT\_P\_fr.pdf
- 93. SANTÉ CANADA (2011). Consultation des communautés francophones en situation minoritaire : l'horizon 2013-2018. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\_formats/pdf/pubs/olcdb-baclo/2011-cfsmc-ccfsm/french-report-rapport-francophones-fra.pdf
- 94. SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ONTARIO (2013a). Autonomie, vie active et santé Plan d'action de l'Ontario pour les personnes âgées. https://dr6j45jk9xcmk.cloudfront.net/documents/216/ontarioseniorsactionplan-fr-20130204.pdf
- 95. SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ONTARIO (2013b). Guide des programmes et services pour les personnes âgées de l'Ontario. http://www.seniors.gov.on.ca/fr/resources/seniorsguide/French.pdf
- 96. SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ONTARIO (2013c). Trouver l'adéquation appropriée : Planification de la collectivité-amie des aînés. http://www.seniors.gov.on.ca/fr/resources/AFCP\_Fre.pdf
- 97. SINGH, Dan et coll. (2010). Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population en Ontario. http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolicymakersResearchers/needs-based-model-report-oct-2010-fr.pdf
- 98. SINHA, Samir (2012). Vivre bien et plus longtemps. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/seniors\_strategy/docs/seniors\_strategy\_report.pdf
- 99. SMITH, Michaela (2013). Santé des francophones et utilisation des services de santé dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest.
- 100. SOCIAL DATA RESEARCH LIMITED (2007). Logement abordable en milieu de soutien pour les aînés : Élaboration d'un cadre et d'un plan d'action. http://centraideottawa.ca/sites/default/files/files/publications/seniors\_framework\_fre.pdf
- 101. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2013). Rapport sur les résidences pour personnes âgées Ontario. http://publications.gc.ca/collections/collection\_2013/schl-cmhc/NH2-36-2013-fra.pdf
- 102. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012a). Le logement des aînés au Canada : Le guide du marché des plus de 55 ans. Volume 1, Comprendre le marché. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/67515.pdf?lang=fr
- 103. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012b). Le logement des aînés au Canada : le guide du marché des plus de 55 ans. Volume 2, Réagir au marché. http://publications.gc.ca/collections/collection\_2013/schl-cmhc/NH15-295-2-2012-fra.pdf
- 104. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012c). Le logement des aînés au Canada : le guide du marché des plus de 55 ans. Volume 3, Planifier le projet. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/67663.pdf?fr=1380294597106
- 105. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012d). Le logement des aînés au Canada : le guide du marché des plus de 55 ans. Volume 4, Concevoir le projet. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/67665.pdf?lang=fr

- 106. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012e). Le logement des aînés au Canada : le guide du marché des plus de 55 ans. Volume 5, Services et commodités. http://publications.gc.ca/collections/collection\_2013/schl-cmhc/NH15-295-5-2012-fra.pdf
- 107. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2012f). Rapport sur les résidences pour personnes âgées Faits saillants Canada. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65993/65993 2012 A01.pdf?fr=1397334504603
- 108. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2009). L'adaptation de votre logement en fonction des besoins d'une personne atteinte de démence : Un manuel de référence pour vivre chez soi et un guide pour l'adaptation des logements. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/66496.pdf?fr=1381234369031
- 109. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2008). Effets du vieillissement de la population canadienne sur le logement et les collectivités. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/65914.pdf?fr=1383228373780
- 110. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2003a). Analyse documentaire des tendances socioéconomiques influant sur les marchés de l'habitation et de la consommation. http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63412.pdf?fr=1381234505524
- 111. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2003b). Options de logement pour les personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique ayant recours aux refuges pour sans-abri. http://biblio.uqar.qc.ca/archives/30012508.pdf
- 112. SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (2013). Destination santé 2018 : qualité, sécurité et mieux être en français, http://www.santefrancais.ca/uploads/banque-de-documents/Destination2018\_Vprint.pdf
- 113. STATISTIQUE CANADA (2012). La situation des personnes âgées dans les ménages : Familles, ménages et état matrimonial, Type de construction résidentielle et logements collectifs, Recensement de la population de 2011. http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003\_4-fra.pdf
- 114. STATISTIQUE CANADA (2007). Un portrait des aînés au Canada. http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf
- 115. STITOU, Mariam et Louise Bouchard (2012). Les données sur la santé des francophones des régions géographiques des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre, du Centre-Est et de Simcoe-Nord-Muskoka de l'Ontario. http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport\_entit%C3%A94-2012.pdf
- 116. SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE (2009). Soins de longue durée en établissement au Canada Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés. http://scfp.ca/updir/SCFP-soins-longue-duree-notre-vision.pdf
- 117. WAGNER, Laura et Tiana B. Rust (2008). La sécurité dans les établissements de soins de longue durée : élargir l'étendue de la sécurité des patients au Canada pour y inclure les soins de longue durée.
  - http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/SafetyinLongTerm CareSettings/Documents/La%20S%C3%A9curit%C3%A9%20dans%20les%20%C3%89tablissements %20de%20soins%20de%20longue%20dur%C3%A9e.pdf

118.	WONG, Ken, David Ryan, et Barbara Liu (2011). Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de
	l'Ontario.

 $http://www.centrallhin.on.ca/uploadedFiles/Public\_Community/Advancing\_Quality/SFH\%20Provincial\%20Report\%20FRENCH.pdf$ 

## Annexe 1 : Cadre des entrevues dirigées

Analyse des besoins d'hébergement et de services destinés aux personnes aînées francophones Entité de planification des services en français Érié St. Clair / Sud Ouest

> Analysis of Francophone seniors' needs in housing and services Erie St. Clair / South West French Language Services Planning Entity

### Cadre des entrevues dirigées – Informateurs clés

Les informateurs clés identifiés pour les entrevues dirigées sont des personnes qui connaissent et qui ont une perspective sur les besoins des personnes aînées de la région, en général, et des personnes aînées francophones en particulier. Le but des entrevues dirigées est d'identifier certains facteurs contextuels importants à tenir en ligne de compte pour les services aux personnes aînées francophones des diverses localités de la région.

- Q1 Selon vos analyses, quels sont les besoins des personnes aînées francophones?
- Q2 Si aucune analyse spécifique n'a été réalisée, selon vous, quels sont les besoins particuliers des personnes aînées francophones sur le territoire?
- Q3 Quelles sont les principales barrières à la livraison de services en français pour les personnes aînées francophones?
- Q4 Quelles stratégies ou initiatives ont été considérées ou mises en œuvre pour surmonter ces barrières?
- Q5 Connaissez-vous des pratiques exemplaires qu'il serait intéressant d'explorer comme modèles de services aux personnes aînées francophones?

#### Key informant interview framework

Key informants were identified for their knowledge and perspective on seniors' needs in the region, in general, and on francophone seniors' needs in particular. Interviews will seek to identify key contextual factors to keep in mind when local services for francophone seniors are considered for the region.

- Q1 What have your analyses revealed in terms of the needs of francophone seniors?
- Q2 If no targeted needs analyses have been done, what are francophone seniors' key needs in your opinion?
- Q3 What are the key barriers to French language services delivery to francophone seniors?
- Q4 What strategies or initiatives have been considered or implemented to overcome these barriers?
- Q5 To your knowledge, are there best practices that could be explored as models for francophone seniors' services?

## Annexe 2 : Liste des informateurs clés

Nom	Prénom	Titre	Organisation
Aden	Ayan	Coordonnatrice, Connexions communautaires et Comité pour	Acfo London-Sarnia
A 11		les services en français	
Arsenault	Edgar	Directeur général	La Coopérative Le Chez-Nous Ltée,
A	ći:	Analysta dan amina an funnasia	Wellington, Île-du-Prince-Édouard
Arsenault	Élise	Analyste des services en français	Santé Île-du-Prince-Édouard et Ministère des Services communautaires et des Aînés
Bazahica	Jacqueline	Intervenante	Réseau femmes du Sud-Ouest l'Ontario
Blais-Breton	Jocelyne	Agente de planification	Entité de planification des services en
	,		français de Hamilton-Niagara (Entité 2)
Blanchette	Nicole	Directrice générale	La Ribambelle Centre francophone de
Doisyanua	Joan Mara	Planificateur	la petite enfance
Boisvenue	Jean-Marc	Planificateur	Entité de planification des services en
Bray Jenkyn	Krista	Health Data and Performance	français (Entité 1) RLISS du Sud-Ouest
, ,		Analyst	
Calder	Lynn	Directrice générale	Assisted Living Southwestern Ontario
Cantin	Jean-Pierre	Directeur	Services et programmes, Centre-Sud- Ouest, Collège Boréal
Chalikoff	Julie	Coordonnatrice	Cercle des copains
Doucet-Simard	Suzy	Coordonnatrice des services en français	RLISS du Sud-Ouest
Dumont	Marthe	Coordonnatrice des services en français	RLISS d'Érié St. Clair
Ganter	Ralph	Senior Director, Health System Design and Implementation	RLISS d'Érié St. Clair
Gasic	Marina	Coordonnatrice	Centre of Excellence, Hospice of
			Windsor and Essez County Inc.
Gillis	Kelly	Senior Director, System Design and Integration	RLISS du Sud-Ouest
Girard	Julie	Team Lead, System Design and Integration	RLISS du Sud-Ouest
Grenier- Vandelaar	Nathalie	Superviseure de programmes	Ministère des Services sociaux et communautaires
Hauser	Gisèle	Agente	Réseau de soutien à l'immigration francophone du Centre-Sud-Ouest
Hurtado	Christine	Health Promotion Specialist	Heart and Stroke Foundation
Kenny	Jacques	Directeur -général	Entité de planification des services en français (Entité 1)
Lacroix	Francine	Copropriétaire	Queen's Village
Lamoureaux	Carole	Directrice générale	Entité de planification des services en français de Hamilton-Niagara (Entité 2)

Nom	Prénom	Titre	Organisation
Maziak	Dawn	Health System Design Manager, Mental Health and Addictions Lead	RLISS d'Érié St. Clair
McKee	Rebecca	System Design and Integration Specialist	RLISS du Sud-Ouest
McQueen	Kristy	System Design and Integration Lead	RLISS du Sud-Ouest
Membreno	Keiry	Adjointe	Centre communautaire régionale de London
Moison	Renée	Infirmière praticienne	Centre de santé communautaire de Chatham-Kent
Ouellet	Stéphane	Director of Clinical Operations and Human Resources -	Thames Valley Family Health Team
Peacock	Rose	System Design and Integration Lead	RLISS du Sud-Ouest
Poulin	Yvan	Planificateur	Entité de planification des services en français (Entité 1)
Tiessen	Linda	Directrice générale	Leamington Mennonite Home
Williams	Kristen	CEO	Chatham-Kent Community Health Centre
Zimmer	Laurie	Health System Design Manager, ED/ALC Lead	RLISS d'Érié St. Clair
Zuk	Joyce	Directrice générale	Family Services of Essex-Windsor

# Annexe 3 : Questionnaire administré aux participants des groupes de discussion

Questionnaire - Besoins en logement et en services pour les personnes aînées francophones

Le contexte : L'Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair / Sud-Ouest mène une étude pour connaître les besoins futurs en logement et en services des personnes aînées francophones de la région. Les services de notre firme ont été retenus à cette fin. Dans ce questionnaire, on ne vous demande aucune identification personnelle.

DIRECTIVE : SVP ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE							
Lie	u de la rencontre						
0	Windsor	0	London				
0	Sarnia	0	Chatham-Kent (Pain (	Court)			
1. E	n vous incluant, combien de	e perso	nnes habitent votre log	gement actuel?			
Α. ι	Jne seule	В.	Deux personnes	C. Trois personnes ou plus			
2. Ê	tes-vous propriétaire ou loc	cataire (	du logement que vous	occupez?			
A. F	Propriétaire	В.	Locataire				
3. 0	Quelle est la caractéristique	de votr	e logement actuel?				
	Maison		Appartement	C. Hébergement pour personnes aînées			
D. <i>A</i>	Autre (SVP expliquer) :						
	ous êtes dans quel groupe	d'âge?					
A :	moins de 45 ans						
B:	45 à 54 ans						
<b>C</b> :	55 à 64 ans						
D:	65 à 74 ans						
E : 1	E: 75 à 84 ans						
F : 8	F: 85 ans et plus						

5. Quel est votre code postal?
6. SVP encerclez les besoins non satisfaits que vous avez en ce moment dans votre logement actuel. Encerclez tous les choix qui s'appliquent.
A. Sécurité
B. Accès aux services de santé à proximité
C. Accès à des services chez moi
D. Accès à des services en français
E. Repas chauds et nourrissants
F. Vie sociale
G. Pas adapté à mes besoins (par exemple, escalier)

7. Indiquez l'ordre de priorité des besoins à satisfaire dans un logement pour personnes aînées? Encerclez un seul choix de 1 à 3 par ligne, où « 1 » = plus important, 2 = « important » et « 3 » = moins important.

	Plus important	Important	Moins important
Sécurité	1	2	3
Accès aux services de santé à proximité	1	2	3
Accès aux services dans la résidence	1	2	3
Accès à des services en français	1	2	3
Repas chauds et nourrissants	1	2	3
Vie sociale	1	2	3

8. Envisagez-vous de	déménager	d'ici cinq	ans?
----------------------	-----------	------------	------

Oui Non

	vous intéressé(e) à venir habiter une résidence pour personnes aînées francophones si elle eloppée?
Oui	Non
person	es seraient les trois choses les plus importantes pour vous concernant <u>un logement</u> pour s aînées qui ne sont pas mentionnées à la question 6?
A: .	
B: .	
C: .	

 ${\bf 11.}\ Quelle\ distance\ seriez-vous\ pr{\bf \^{e}t(e)}s\ \grave{a}\ parcourir\ pour\ obtenir\ \underline{des\ services\ en\ français}?$ 

Encerclez une seule réponse par ligne

Service	moins de 20 km	entre 20 et 50 km	plus de 50 km
Médecin de famille ou infirmière praticienne	0	0	0
Spécialiste (par exemple : dentiste, cardiologue, psychologue, etc.)	0	0	0
Programmes de jour	0	0	0
Hébergement pour personnes aînées	0	0	0
Soins de longue durée	0	0	0
Service de relève	0	0	0
Pharmacie	0	0	0
Classes de nutrition et d'exercice	0	0	0
Ateliers et conférences	0	0	0
Groupes de soutien ou d'entraide	0	0	0

12. Indiquez l'ordre de priorité des besoins à satisfaire dans les <u>services en français</u> pour personnes aînées?

Encerclez votre choix de 1 à 3 par ligne, où « 1 » = plus important, 2 = « important » et « 3 » = moins important.

important.		T	
Service	Plus important	Important	Moins important
Médecin de famille ou infirmière praticienne	1	2	3
Spécialiste (par exemple : dentiste, cardiologue, psychologue, etc.)	1	2	3
Programmes de jour	1	2	3
Hébergement pour personnes aînées	1	2	3
Soins de longue durée	1	2	3
Service de relève	1	2	3
Pharmacie	1	2	3
Classes de nutrition et d'exercice	1	2	3
Ateliers et conférences	1	2	3
Groupes de soutien ou d'entraide	1	2	3

<u>en anglais p</u> ou	r personnes aîr	nées qui ne son	t pas mentionn	ées dans les ques	stions précédente

13. Quelles seraient les trois choses les plus importantes pour vous concernant <u>les services en français</u>

# Annexe 4 : Réponses des participants au questionnaire

#### Profil des participantes et participants aux groupes de discussion

Les participantes et participants furent invités à remplir un questionnaire sur papier avant le début des discussions. Le groupe témoin de Windsor fut tenu à la Résidence Richelieu, un édifice locatif pour personnes aînées francophones autonomes, le 4 novembre 2013, auquel participèrent 28 personnes. Trente personnes (30) participèrent au groupe de discussion de Pain Court, tenu lors d'une rencontre hebdomadaire du Club de l'Amitié, le 5 novembre 2013. Le groupe témoin de London, auquel participèrent 16 personnes, fut organisé par le Cercle des copains au centre du Victorian Order of Nurses, le 18 novembre 2013.

#### Distribution selon le lieu des groupes de discussion

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
Windsor		37.8 %	28
London		21.6 %	16
Chatham-Kent (Pain Court)		40.5 %	30
		Total des réponses	74

Les participants aux groupes de discussion étaient âgés de plus de 75 ans dans une proportion de 66 %. Le groupe de Pain Court comprenait une plus forte proportion de personnes de 65 à 74 ans (37 %) que les deux autres groupes.

#### Distribution par tranche d'âge, totalité des groupes de discussion

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
55 à 64 ans		6.8 %	5
65 à 74 ans		27.4 %	20
75 à 84 ans		45.2 %	33
85 ans et plus		20.5 %	15
		Total des réponses	73

#### Distribution par tranche d'âge, Windsor

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
55 à 64 ans		0.0 %	0
65 à 74 ans		14.3 %	4
75 à 84 ans		53.6 %	15
85 ans et plus		32.1 %	9
		Total des réponses	28

#### Distribution par tranche d'âge, Chatham-Kent (Pain Court)

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
55 à 64 ans		13.3 %	4
65 à 74 ans		36.7 %	11
75 à 84 ans		43.3 %	13
85 ans et plus		6.7 %	2
		Total des réponses	30

#### Distribution par tranche d'âge, London

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
55 à 64 ans		6.7 %	1
65 à 74 ans		33.3 %	5
75 à 84 ans		33.3 %	5
85 ans et plus		26.7 %	4
		Total des réponses	15

#### Logement actuel des répondants

La situation actuelle de logement des répondants est la suivante :

- 47 % habitent seuls dans leur logement actuel;
- 49 % sont deux personnes dans le logement actuel; et
- 4 % sont trois personnes au plus dans le logement actuel.

À Windsor, 79 % des répondantes et répondants habitent seuls. À Pain Court, 69 % des répondants habitent à deux dans leur logement actuel et à London, cette proportion se situe à 63 % des répondants.

#### Distribution selon le nombre de personnes dans le logement actuel

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
Une seule		46.6 %	34
Deux personnes		49.3 %	36
Trois personnes ou plus		4.1 %	3
		Total des réponses	73

La majorité des répondants sont propriétaires de leur logement. À Windsor, 96 % des répondantes et répondants sont locataires (de la Résidence Richelieu), alors qu'à Pain Court, 82 % des répondantes et répondants sont propriétaires. À London, 80 % des répondants sont propriétaires.

#### Distribution selon le statut de propriétaire ou de locataire

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
Propriétaire		52.9 %	36
Locataire		47.1 %	32
		Total des réponses	68

À Windsor, 93 % des répondants habitent un hébergement pour personnes aînées (la Résidence Richelieu). À Pain Court, 74 % des répondants habitent une maison, alors qu'à London, 69 % des répondants habitent une maison.

#### Distribution selon le type de logement

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
Maison		45.7 %	32
Appartement		10.0 %	7
Hébergement pour personnes aînées		38.6 %	27
Autre - SVP expliquer :		5.7 %	4
		Total des réponses	70

#### Les besoins de logement et de services

Près de 4 répondants sur 5 ne prévoient pas déménager d'ici cinq ans. Cependant, 9 répondants sur 10 seraient intéressés à habiter une résidence pour personnes aînées francophone si elle était développée.

Selon les répondantes et répondantes, le besoin actuel non comblé le plus important est l'accès à des services en français (62 %). L'accès à des services à domicile, à des services de santé à proximité et à des activités de vie sociale suivent en importance (35 %). Les repas chauds et nourrissants sont importants pour 31 % des répondants des trois groupes, avec une expression très forte de ce besoin à Windsor où 55 % des répondants l'ont souligné.

Les autres besoins exprimés concernent les activités sociales et les services de bain adapté, d'entretien (ordures et recyclage) et de transport.

#### Besoins non comblés

Réponse	Graphique	Pourcentage	Décompte
Sécurité		25.0 %	13
Accès aux services de santé à proximité		34.6 %	18
Accès aux services chez moi (à domicile)		34.6 %	18
Accès à des services en français		61.5 %	32
Repas chauds et nourrissants		30.8 %	16
Vie sociale		34.6 %	18
Pas adapté à mes besoins (par exemple, escalier)		17.3 %	9
		Total des réponses	52

La sécurité et l'accès aux services de santé à proximité sont les besoins à satisfaire en priorité dans un logement pour personnes aînées pour 8 répondants sur 10. L'accès aux services en français, la vie sociale et l'accès aux services à domicile suivent en importance pour 7 répondants sur 10.

#### Ordre de priorité des besoins à satisfaire dans un logement pour personnes aînées

	Plus important	Important	Moins important	Total des réponses
Sécurité	59 (85.5 %)	10 (14.5 %)	0 (0.0 %)	69
Accès aux services de santé à proximité	45 (81.8 %)	9 (16.4 %)	1 (1.8 %)	55
Accès aux services chez moi (à domicile)	40 (69.0 %)	15 (25.9 %)	3 (5.2 %)	58
Accès à des services en français	45 (72.6 %)	10 (16.1 %)	7 (11.3 %)	62
Repas chauds et nourrissants	36 (65.5 %)	10 (18.2 %)	9 (16.4 %)	55
Vie sociale	45 (72.6 %)	15 (24.2 %)	2 (3.2 %)	62

Les répondants ont souligné les autres besoins suivants :

- L'empathie et le professionnalisme du personnel (soins, services médicaux, pastorale)
- Le loyer abordable et la taille de l'appartement,
- Les services de transport pour les visites médicales et l'épicerie,
- L'accessibilité de l'édifice (ascenseur, bain adapté, etc.),
- L'environnement communautaire immédiat (épicerie, vie en français, loisirs et activités sociales),
- La possibilité de demeurer indépendant le plus longtemps possible.

Près de 8 répondants sur 10 sont prêts à se déplacer dans un rayon de moins de 20 km pour obtenir les services de santé en français. Ils sont prêts à se déplacer jusqu'à 50 km pour obtenir les services d'un spécialiste.

### Distance que seraient prêts à parcourir les répondants pour obtenir des services en français pour eux-mêmes ou pour leurs parents

	moins de 20 km	entre 20 et 50 km	plus de 50 km	Total des réponses
Médecin de famille ou infirmière praticienne	59 (85.5 %)	10 (14.5 %)	0 (0.0 %)	69
Spécialiste (par exemple : dentiste, cardiologue, psychologue, etc.)	44 (66.7 %)	18 (27.3 %)	4 (6.1 %)	66
Programmes de jour	43 (82.7 %)	8 (15.4 %)	1 (1.9 %)	52
Hébergement pour personnes aînées (distance de la famille)	51 (79.7 %)	11 (17.2 %)	2 (3.1 %)	64
Soins de longue durée	47 (73.4 %)	15 (23.4 %)	2 (3.1 %)	64
Service de relève	45 (78.9 %)	12 (21.1 %)	0 (0.0 %)	57
Pharmacie	56 (84.8 %)	10 (15.2 %)	0 (0.0 %)	66
Classes de nutrition et d'exercice	54 (85.7 %)	8 (12.7 %)	1 (1.6 %)	63
Ateliers et conférences	46 (76.7 %)	13 (21.7 %)	1 (1.7 %)	60
Groupes de soutien ou d'entraide	49 (79.0 %)	13 (21.0 %)	0 (0.0 %)	62

Les besoins prioritaires à satisfaire dans les services en français pour les personnes aînées, selon 7 répondants sur 10, sont l'hébergement pour personnes aînées, le médecin de famille ou l'infirmière praticienne et les soins de longue durée. Les spécialistes, un programme de jour et un service de relève ou de répit suivent pour près de 6 répondants sur 10, alors que la pharmacie, les classes de nutrition et d'exercice et le groupe de soutien et d'entraide sont une priorité pour 5 répondants sur 10.

#### Ordre de priorité des besoins à satisfaire dans les services en français pour personnes aînées

	Plus important	Important	Moins important	Total des réponses
Médecin de famille ou infirmière praticienne	49 (70.0 %)	15 (21.4 %)	6 (8.6 %)	70
Spécialiste (par exemple : dentiste, cardiologue, psychologue, etc.)	41 (63.1 %)	16 (24.6 %)	8 (12.3 %)	65
Programmes de jour	36 (62.1 %)	18 (31.0 %)	4 (6.9 %)	58
Hébergement pour personnes aînées	50 (75.8 %)	16 (24.2 %)	0 (0.0 %)	66
Soins de longue durée	46 (71.9 %)	17 (26.6 %)	1 (1.6 %)	64
Service de relève	34 (61.8 %)	18 (32.7 %)	3 (5.5 %)	55
Pharmacie	33 (55.0 %)	19 (31.7 %)	8 (13.3 %)	60
Classes de nutrition et d'exercice	30 (50.0 %)	22 (36.7 %)	8 (13.3 %)	60
Ateliers et conférences	19 (33.9 %)	28 (50.0 %)	9 (16.1 %)	56
Groupes de soutien ou d'entraide	33 (55.0 %)	21 (35.0 %)	6 (10.0 %)	60

Enfin, 36 répondants indiquent avoir un intérêt à habiter une éventuelle aile pour personnes aînées francophones dans une résidence de soins de longue durée en construction à Windsor. Les répondants favorables sont en très grande majorité à Windsor. La proportion tombe à un répondant sur deux à Pain Court et à London. Les personnes de Windsor indiquent une préférence pour une résidence à proximité de la Résidence Richelieu et des amis. Les personnes hors de Windsor souhaitent rester à proximité de la famille.