



Tendances sociales CANADIENNES

ÉTÉ 2005 N° 77



ARTICLES DE FOND

Les célibataires d'âge mûr

Les réseaux sociaux et
les soins aux aînés

La génération sandwich

La timidité malade

12 \$ au Canada • N° 11-008 au catalogue



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Vous désirez

COMMUNIQUER *avec nous*

Bureau de la rédaction

Courriel : cstsc@statcan.ca
Télécopieur : (613) 951-0387
Courrier postal : Rédactrice-en-chef
Tendances sociales canadiennes
7^e étage, immeuble Jean Talon
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

Services aux abonnés

Courriel : infostats@statcan.ca
Téléphone : 1 800 700-1033
Télécopieur : 1 800 889-9734
Courrier postal : Gestion de la circulation, Division de la diffusion,
Statistique Canada, 120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

Pour commander des publications de Statistique Canada

Courriel : infostats@statcan.ca
Téléphone : 1 800 267-6677
Télécopieur : 1 877 287-4369
Internet : www.statcan.ca/english/IPS/Data/11-008-XIE.htm
En personne : Au bureau régional de Statistique Canada le plus près
de votre localité ou auprès des agents et librairies autorisés.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les produits de Statistique Canada

Courriel : infostats@statcan.ca
Téléphone : 1 800 263-1136
Internet : www.statcan.ca
Ligne ATS : 1 800 363-7629

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.



TSC

Rédactrice en chef
Susan Crompton

Rédacteurs
Warren Clark
Anna Kemeny
Anne Milan

Assistant à la recherche
Gilbert Mansour

Gestionnaire de la production
Cynthia Fortura

Coordonnatrice de la production
Shirley Li

Marketing/Diffusion
Alex Solis

**Révisure en chef de la
version française**
Ginette Lavoie

Direction artistique et impression
Division de la diffusion,
Statistique Canada

Conception
Services de créativité,
Statistique Canada

Comité de revue
Rosemary Bender, Monica Boyd,
John Jackson, Doug Norris,
Grant Schellenberg

Remerciements
C. Duchesne, A. Lebeau, P. Turcotte

Tendances sociales canadiennes

Juin 2005

Tous droits réservés. L'utilisation de ce produit est limitée au détenteur de licence et à ses employés. Le produit ne peut être reproduit et transmis à des personnes ou organisations à l'extérieur de l'organisme du détenteur de licence.

Des droits raisonnables d'utilisation du contenu de ce produit sont accordés seulement à des fins de recherche personnelle, organisationnelle ou de politique gouvernementale ou à des fins éducatives. Cette permission comprend l'utilisation du contenu dans des analyses et dans la communication de résultats et conclusions de ces analyses, y compris la citation de quantités limitées de renseignements complémentaires extraits du produit de données dans ces documents. Cette documentation doit servir à des fins non commerciales seulement. Si c'est le cas, la source des données doit être citée comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, les utilisateurs doivent d'abord demander la permission écrite aux Services d'octroi de licences, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Publication inscrite dans **Academic ASAP, Academic Search Elite, Canadian Periodical Index, Canadian Serials, Expanded Academic ASAP, PAIS International, Periodical Abstracts, Periodical Abstracts Research II, ProQuest 5000, Proquest Research Library** et accessible en permanence dans la **Canadian Business and Current Affairs Database**.

ISSN 0831-5701
(Version imprimée)

ISSN 1481-1642
(Version électronique)



Articles de fond

2 Toujours fille d'honneur : les gens qui ne prévoient pas se marier

par Susan Crompton

11 Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux

par Kelly Cranswick et Derrick Thomas

18 La génération sandwich

par Cara Williams

25 Le trouble d'anxiété sociale — beaucoup plus que de la timidité

par Margot Shields

Aussi dans ce numéro

34 Au fil de l'actualité

35 Indicateurs sociaux

36 Plan de leçon : « Toujours fille d'honneur : les gens qui ne prévoient pas se marier »

Toujours fille d'honneur : les gens qui ne prévoient pas se marier

par Susan Crompton

Malgré toutes nos préoccupations concernant les « familles éclatées » et le déclin des valeurs familiales, la plupart des Canadiens et Canadiennes souhaitent encore se marier et avoir des enfants. Une étude menée en 2004 sur l'opinion des Canadiens au sujet de la vie familiale a permis de conclure que la grande majorité de ceux-ci attachent toujours de l'importance aux valeurs très traditionnelles en ce qui a trait à l'amour, au mariage et à la constitution d'une famille¹. Toutefois, les chercheurs signalent que, malgré leurs intentions honorables, les gens qui remettent le mariage à plus tard risquent de ne jamais se marier.

En général, les recherches montrent que le fait de retarder le mariage tend à réduire la probabilité de convoler en justes noces². Lorsqu'elle a atteint l'âge de 30 ans, une personne célibataire peut ne pas vouloir contracter le mariage. En effet, il est possible que l'union lui semble moins réalisable ou moins souhaitable qu'elle ne l'était à un plus jeune âge.

Dans le présent article, on utilise les données de l'Enquête sociale générale de 2001 pour examiner la situation des « célibataires d'âge mûr », c'est-à-dire des hommes et des femmes ayant dépassé l'âge moyen pour un premier mariage (28 ans chez les femmes et 30 ans chez les hommes), mais qui sont

TSC Ce qu'il faut savoir sur la présente étude

Les données figurant dans le présent article proviennent de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2001 sur les antécédents familiaux et conjugaux. Les données ont été recueillies par téléphone auprès de 25 000 ménages dans les 10 provinces. On a demandé à tous les répondants qui n'ont jamais été mariés légalement : « Pensez-vous vous marier un jour? ». Dans la présente étude, on utilise seulement les données des répondants qui ont répondu « oui » ou « non », qui ne vivaient pas en union de fait au moment de l'enquête, qui avaient au moins un an de plus que la moyenne des gens au moment de leur premier mariage, mais qui étaient toujours dans le groupe d'âge le plus actif¹. La population étudiée de *célibataires d'âge mûr* comprend 1 600 répondants, qui représentent environ 526 000 femmes de 29 à 54 ans et près de 621 000 hommes de 31 à 54 ans.

On a limité l'échantillon de façon à présenter un modèle plus précis de la population visée. Les répondants moins âgés que ceux appartenant à la catégorie d'âge moyen — l'âge auquel les gens se marient pour la première fois — peuvent raisonnablement s'attendre à se marier simplement en raison de leur âge, ce facteur ayant un rapport très étroit avec le mariage. Toutefois, après 30 ans, la probabilité de se marier pour la première fois commence à diminuer et à 55 ans, elle est pratiquement inexistante. Les répondants qui ont affirmé ne pas savoir ont été exclus, tout comme ceux vivant en union de fait, puisqu'ils ne sont ni célibataires, ni mariés et que leurs réponses brouilleraient les résultats.

Mariés éventuels, les éventuels : célibataires d'âge mûr qui prévoient se marier.

Mariés improbables, les improbables : célibataires d'âge mûr qui ne prévoient pas se marier.

1. En 2002, l'âge moyen auquel les gens se mariaient pour la première fois était de 28 ans chez les femmes et de 30 ans chez les hommes. Traditionnellement, on considère que l'âge d'activité maximale se situe entre 25 et 54 ans, car il s'agit du groupe d'âge qui présente le taux le plus élevé de participation au marché du travail.

encore dans le groupe d'âge le plus actif (moins de 55 ans). Ces hommes et ces femmes, représentant plus de 1,1 million de personnes en 2001, ne s'étaient jamais mariés légalement et ne vivaient pas en union libre au moment de l'enquête. Plus d'un demi million d'entre eux (550 000) prévoyaient ne jamais se marier. Dans cet article, on analyse certaines différences entre les célibataires d'âge mûr qui ne prévoient pas se marier et ceux qui en ont l'intention.

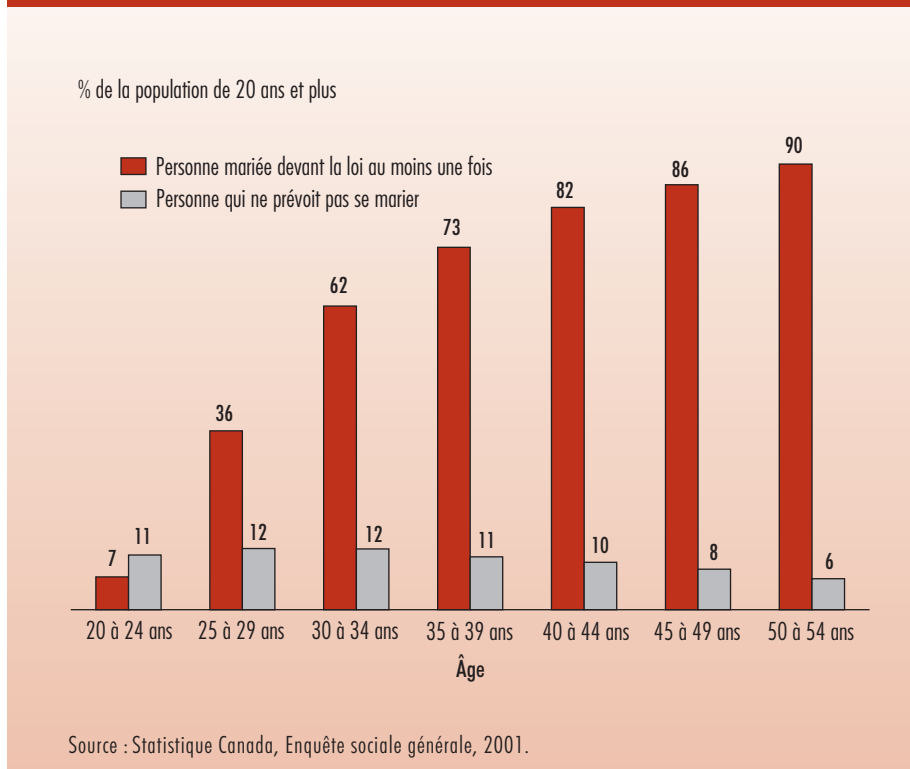
Rêver de l'idéal masculin ou féminin

Madame Sosostri³ et ses sœurs clairvoyantes savent toutes que les femmes veulent épouser un homme beau, grand et riche, alors que les hommes souhaitent marier un top-modèle. Les spécialistes de la recherche sociologique le savent également, et de nombreuses études sur le choix d'un partenaire définissent les mêmes caractéristiques de base. En général, les femmes cherchent tout simplement un homme à l'aise sur le plan financier et en vue dans la société, alors que les hommes veulent une femme belle et plus jeune qui peut avoir des enfants⁴.

Une étude particulièrement détaillée menée aux États-Unis auprès de célibataires de 19 à 35 ans a permis de dresser une liste des principaux critères dont les gens tiennent compte lorsqu'ils cherchent un partenaire à épouser⁵. Ces critères varient un peu selon le sexe, mais en général, ils démontrent une attitude plutôt intéressée. Les représentants des deux sexes aimeraient en effet épouser une personne mieux rémunérée et plus scolarisée qu'eux-mêmes; ils seraient prêts à considérer une personne qui est leur aînée de plus de cinq ans (l'âge est très proportionnel au revenu). Ils ne voudraient pas vraiment s'unir à une personne qui a de la difficulté à conserver un emploi stable, qui a des enfants ou qui est divorcée⁶.

TSC

Environ 1 personne sur 10 dans la trentaine ou au début de la quarantaine doute qu'elle se mariera



Les mariés improbables ont tendance à avoir moins de ressources socioéconomiques

Les célibataires d'âge mûr qui ne prévoient pas se marier ont un revenu plus faible que ceux qui prévoient le faire. Leur revenu moyen est inférieur de 16 % à celui des personnes qui prévoient se marier (environ 29 700 \$ par rapport à 34 400 \$). De plus, les célibataires d'âge mûr qui ne songent pas au mariage sont moins scolarisés que ceux qui envisagent une union, seulement 24 % d'entre eux étant diplômés universitaires par rapport à 34 % des éventuels. On constate également qu'ils sont presque deux fois plus nombreux à être des décrocheurs, soit 17 % contre 9 %. Et, bien que la plupart des célibataires d'âge mûr des deux groupes aient un emploi, 13 % des improbables (mais pratiquement aucun éventuel) sont inactifs en raison de responsabilités familiales ou de maladie⁷. Plus d'hommes que

de femmes sont des éventuels (56 % contre 44 %), mais la proportion d'improbables des deux sexes est égale. (Pour bon nombre de caractéristiques, les différences entre les hommes et les femmes ne sont pas statistiquement significatives; les comparaisons entre les deux sexes seront donc limitées aux différences significatives.)

Le fait d'avoir un meilleur revenu et un niveau de scolarité qui permettra aux éventuels de conserver ou d'améliorer leur capacité lucrative fait certainement d'eux de meilleurs partenaires potentiels. En outre, ils sont plus jeunes et ont devant eux un plus grand nombre d'années — un avantage qui leur permettra d'amasser des richesses et d'assurer leur sécurité économique. Un peu plus de la moitié des célibataires d'âge mûr qui prévoient se marier ont moins de 35 ans, la moyenne d'âge étant d'environ 36 ans. Par contre, 83 % des improbables ont un peu plus

	Célibataires d'âge mûr					
	Ne vont pas se marier			Vont se marier		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Nombre (en milliers)	550	288	261	597	332	265
Âge moyenne	42,1	42,2	41,9	36,5	37,3	35,6
Revenu moyen (en milliers)	30	31	29	34*	36	32
% (distribution par colonne)						
Groupe d'âge						
29 à 34 ans	17	13	21†	48*	43	55†
35 à 39 ans	23	25	19	28*	32	24
40 à 44 ans	26	28	25	14*	14	13
45 à 49 ans	17	18	16	7*	7 ^E	7 ^E
50 à 54 ans	16	15	18	3 ^{E*}	3 ^E	F
Revenu personnel annuel						
Moins de 30 000 \$	46	42	50	37	32	44†
30 000 \$ et plus	54	58	50	63	68	56†
Niveau de scolarité le plus élevé (complété)						
Diplôme d'études universitaires	24	23	25	34*	34	35
Diplôme d'études collégiales	26	24	28	30	29	30
Études postsecondaires partielles	11	9 ^E	12	12	12 ^E	13
Diplôme d'études secondaires	21	25	17	13*	14	12
Sans diplôme d'études secondaires	17	16	17	9*	10 ^E	8 ^E
Activité principale pendant les 12 mois précédents						
Personnes occupant un emploi	77	79	75	82	83	81
Chômeurs	4 ^E	5 ^E	F	4 ^E	4 ^E	F
Responsabilités familiales	6 ^E	F	11 ^E	3 ^E	F	7 ^E

	Célibataires d'âge mûr					
	Ne vont pas se marier			Vont se marier		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
% (distribution par colonne)						
Conditions médicales à long terme	7 ^E	8 ^E	7 ^E	F	F	F
Autre	5 ^E	5 ^E	5 ^E	7 ^E	7 ^E	7 ^E
Situation au foyer						
Seuls	51	62	40†	48	51	44
Avec enfant(s)	20	4	38†	12	3 ^E	23†
Avec parents (avec ou sans, ou autres)	14	18	11 ^E	20	21	18
Avec d'autres	14	16	11	20	24	15
Relations de couple						
Ont vécu en union libre	43	37	50†	33*	29	38
N'ont jamais vécu en union libre	57	63	50†	67*	71	62
Actuellement en relation intime	20	24	16	39*	36	43
Pas en relation intime actuellement	77	74	79	58*	61	54
Région de résidence						
Région de l'Atlantique	5	5 ^E	5 ^E	7	7	8
Québec	43	44	43	17*	16	18
Ontario	27	25	29	40*	40	39
Région des Prairies	12	11	12	17*	18	16
Colombie-Britannique	12	14	10	18*	18	19
Langue principale parlée au foyer						
Anglais	52	54	50	73*	77	68
Français	42	42	42	13*	11 ^E	15
Autre (inclut plusieurs langues parlées)	6 ^E	4 ^E	7 ^E	14*	12 ^E	16 ^E

Nota : Les femmes ont de 29 à 54 ans, tandis que les hommes ont de 31 à 54 ans. Les responsabilités familiales comprennent les soins des enfants et les tâches ménagères.

^E À utiliser avec prudence.

F Trop peu fiable pour être publié.

* Statistiquement significative à partir du groupe de référence des *improbables* ($p < 0,05$).

† Différence significative par rapport aux hommes du même groupe qui prévoient se marier au niveau de ($p < 0,05$).

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2001.

de 35 ans, leur âge moyen étant de 42 ans. Les femmes des deux groupes sont en général plus jeunes que les hommes.

L'âge peut influencer sur les attentes d'une personne par rapport aux possibilités de se marier. Il est possible que les célibataires d'âge

mûr qui sont comblés par leurs amis, leur travail et leurs loisirs n'éprouvent aucun besoin de vivre en compagnie d'un époux ou d'une épouse. Il se pourrait aussi que des engagements envers une famille existante les empêchent de subvenir aux besoins d'un partenaire.

Environ la moitié des personnes des deux groupes vivent seules, et environ le tiers d'entre elles habitent chez leurs parents ou avec d'autres adultes. Toutefois, les *improbables* étaient beaucoup plus nombreux à habiter avec des enfants, soit 20 % contre 12 % chez les personnes du

	Célibataires d'âge mûr					
	Ne vont pas se marier			Vont se marier		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Nombre (en milliers)	550	288	261	597	332	265
	%					
Faire partie d'un couple est...						
Important ou très important pour le bonheur	54	57	52	92*	94	91
Pas très important ou aucunement important pour le bonheur	46	43	48	8*	6 ^E	9
Être marié est...						
Important ou très important pour le bonheur	13	12 ^E	14	69*	72	65
Pas très important ou aucunement important pour le bonheur	87	88	86	31*	28	35
Avoir des enfants...						
Important ou très important pour le bonheur	42	34	52†	68*	68	68
Pas très important ou aucunement important pour le bonheur	58	66	48†	32*	32	32

Nota : Les femmes ont de 29 à 54 ans, tandis que les hommes ont de 31 à 54 ans. Exclut « aucune opinion ».

^E À utiliser avec prudence.

* Statistiquement significative à partir du groupe de référence des *improbables* ($p < 0,05$).

† Différence significative par rapport aux hommes du même groupe qui prévoient se marier au niveau de ($p < 0,05$).

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2001.

groupe des *éventuels*. Qui plus est, la responsabilité d'élever les enfants est surtout confiée aux femmes. En effet, au moins 38 % des femmes qui ne pensent pas se marier et 23 % des femmes qui prévoient le faire habitent avec leurs enfants, par comparaison avec une faible proportion d'hommes.

Près des deux tiers des femmes célibataires d'âge mûr qui habitent avec leur enfant (ou leurs enfants) ne s'attendent pas à trouver un mari, ce qui peut représenter une évaluation réaliste de leur potentiel conjugal. D'un côté, les mères monoparentales veulent souvent un conjoint qui leur procure un soutien financier et qui leur permet de rehausser leur statut

social⁸. D'un autre côté, les mères monoparentales sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, ce qui les rend moins intéressantes aux yeux du type d'homme qu'elles voudraient épouser⁹.

Comme le montre clairement le fait que plusieurs célibataires d'âge mûr ont des enfants, un nombre considérable d'entre eux ne se sont jamais mariés; cependant, ils ont déjà vécu dans une union conjugale. Proportionnellement, plus d'*improbables* (43 %) que d'*éventuels* (33 %) ont vécu en union libre, et il est possible qu'ils hésitent à se marier, en partie parce qu'ils ont vécu une expérience désagréable dans une telle relation. Il est intéressant de noter que les

femmes qui ne prévoient pas se marier sont plus susceptibles que les hommes d'avoir vécu en union libre (50 % contre 37 %, respectivement).

Bien que les célibataires d'âge mûr interrogés dans le cadre de l'enquête ne vivaient pas en union libre, bon nombre d'entre eux fréquentaient quelqu'un. Toutefois, les personnes qui pensent se marier étaient certainement plus actives. Effectivement, le nombre d'entre elles qui ont une relation intime avec une personne habitant dans un autre ménage est deux fois plus élevé que le nombre de personnes qui ne s'attendent pas à trouver un époux ou une épouse, soit 39 % contre 20 %. Comme ils envisagent la possibilité de se marier, leurs liaisons romantiques peuvent influencer sur leurs attentes face au mariage. Parallèlement, il est possible que leur désir de se marier les ait incités à chercher un partenaire qui leur permettrait d'atteindre cet objectif.

Deux groupes sur différentes longueurs d'ondes

Certaines différences socioéconomiques entre les *éventuels* et les *improbables* peuvent influencer sur la possibilité que deux personnes puissent se convenir en tant qu'époux ou épouse. Il semble toutefois que le principal problème réside dans la possibilité que les *improbables* n'accordent tout simplement pas autant d'importance à l'amour (faire partie d'un couple), au mariage et à la famille que d'autres célibataires d'âge mûr.

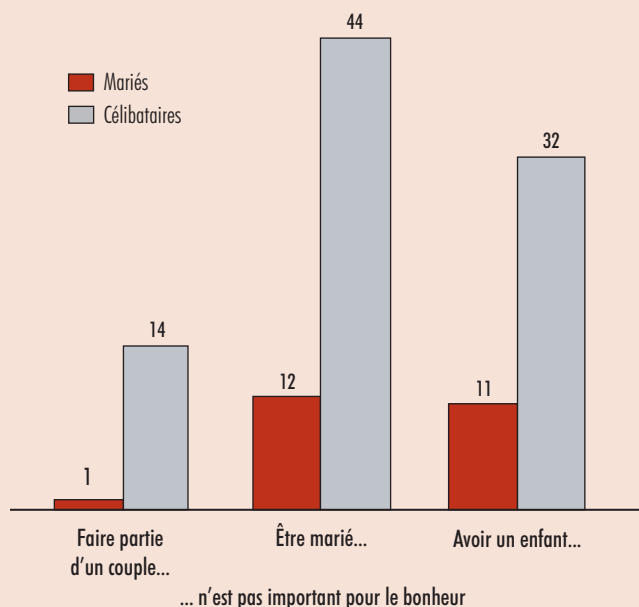
On a demandé aux répondants à quel point il était important pour leur propre bonheur de réaliser certains buts par rapport à la famille¹⁰. Dans tous les cas, les résultats des personnes qui ne prévoient pas se marier étaient beaucoup moins conventionnels que ceux qui pensent se marier. Bien sûr, la plupart des *improbables* (87 %) ne croient pas que le fait d'être marié soit important pour leur bonheur, mais 69 % des personnes qui pensent se marier croient que ce l'est. Les *improbables*

Historiquement, le mariage marquait le passage à l'âge adulte. Ainsi, les gens qui demeurent célibataires sont souvent perçus comme des personnes qui refusent d'assumer leur rôle dans la société. De fait, la société a toujours considéré implicitement le mariage comme « naturel et nécessaire » et, en général, a eu tendance à déprécier les adultes célibataires. En 1957, un peu plus de la moitié des Américains jugeaient que les célibataires étaient dérangés, immoraux ou névrosés¹. Dans les décennies suivant la guerre, certains psychologues et psychothérapeutes appuyaient cette opinion, décrivant les adultes célibataires comme des personnes ayant des personnalités schizoïdes² et (jusqu'aux années 1970) se montrant « égoïstes, irresponsables, impatientes, frigides, hédonistes ou immatures, ou possédant une combinaison de ces caractéristiques »³.

Même de nos jours, lorsque tant de types de familles sont généralement acceptés par la société, des parents monoparentaux aux familles reconstituées, en passant par les couples non mariés et les homosexuels, bon nombre de célibataires sont clairement victimes de condescendance, sinon de préjugés. Par exemple, dans de récents articles, des célibataires affirment que leurs connaissances mariées les traitent de façon à ce qu'ils se sentent comme des marginaux. De plus, ces célibataires déclarent être exclus de certains avantages dans le cadre de leur emploi en raison de la « fétichisation du couple » par la société⁴.

De nombreux adultes célibataires sont certainement plus indifférents à l'amour, au mariage et à la constitution d'une famille que la personne moyenne, mais leurs points de vue sont loin d'être aussi non conformistes qu'ils le pensent. Certaines personnes mariées ont des points de vue semblables. Par exemple, selon l'ESG, plus de 1 Canadien marié sur 8 âgé d'au moins 20 ans ne croit pas qu'il soit important d'être marié pour être heureux. Cette conclusion va dans le même sens que celle d'une importante étude allemande menée en 2003, qui a démontré que la plupart des gens n'étaient pas plus satisfaits de leur vie après leur mariage qu'avant. Les chercheurs ont conclu que le mariage

% de la population de 20 ans et plus



Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2001.

n'affecte pas tout le monde de la même façon et que les gens qui sont très satisfaits de leur vie peuvent avoir moins à gagner en se mariant que ceux qui en sont insatisfaits⁵.

1. B. Israel, *Bachelor Girl: The Secret History of Single Women in the Twentieth Century*, William Morrow, New York, p. 233, 2002.
2. M.W. Johnston et S.J. Eklund, « Life-adjustment of the never-married: A review with implications for counselling » *Journal of Counseling and Development*, décembre 1984, n° 63, p. 230 à 236.
3. M. Edwards, « Coupling and re-coupling vs. the challenge of being single », *Personnel and Guidance Journal*, 1977, n° 55, article cité dans Johnston et Eklund.
4. A. Stone, « The high cost of not marrying », *Business Week Online*, le 25 février 2004; K. Zernike, « Just say No to the dating industry », *The New York Times*, le 30 novembre 2003.
5. American Psychological Association, « Are married people happier than unmarried people? Study involving over 24,000 people finds general life satisfaction affects attitude toward marital happiness », communiqué de l'APA, le 16 mars 2003.

sont plus ouverts pour ce qui est de la vie en couple : 54 % de ceux-ci avouent qu'ils seraient plus heureux s'ils avaient un partenaire, alors que presque tous les éventuels (92 %) sont

de cet avis. Pour les deux groupes, avoir des enfants est moins important que d'être en couple. En effet, avoir un enfant est important ou très important aux yeux de 42 % des

improbables et de 68 % des autres célibataires d'âge mûr. Et, bien que les éventuels — hommes et femmes — affirment en proportion égale que le fait d'avoir des enfants est important

pour leur bonheur, les représentants masculins et féminins des *improbables* sont fortement divisés sur la question, 52 % des femmes partageant la même opinion par rapport à seulement 34 % des hommes.

Quoique des croyances et des expériences uniques face à l'amour, au mariage et à la famille aient sans doute façonné les attitudes non conventionnelles des gens qui pensent ne jamais se marier, il vaut la peine de jeter un bref coup d'œil sur certains des facteurs qui peuvent les avoir influencés. Par exemple, les gens qui assistent fréquemment à des services religieux ont tendance à être plus attirés par la famille, accordant une plus grande importance au mariage et aux enfants que les autres adultes¹¹. La moitié des *improbables* disant appartenir à une religion n'avaient pas assisté à la messe au cours de la dernière année, par rapport à moins du tiers des *éventuels*¹².

Les *éventuels* étaient aussi proportionnellement beaucoup plus nombreux à être nés à l'étranger (24 % contre 10 % des *improbables*) ou à être les descendants de parents nés à l'étranger (36 % contre 13 %). Il n'y a rien d'étonnant à cela, puisque bon nombre de nouveaux immigrants accordent une grande importance à la famille.

Lorsque l'on discute des attitudes face au mariage, il est essentiel de se rappeler qu'elles varient considérablement entre les habitants du Québec et ceux du reste du Canada. Les unions libres sont beaucoup plus populaires au Québec, où elles ne fonctionnent pas seulement comme « mariage à l'essai », mais comme les équivalents du mariage acceptés socialement. Effectivement, une proportion importante d'*improbables* sont des Québécois, soit 43 %, alors qu'ils ne représentent que 17 % des *éventuels*. Aussi, les *improbables* sont trois fois plus susceptibles que leurs homologues d'être francophones, soit 42 % contre 13 %.

Les gens absorbent généralement les valeurs et les mœurs de la société

dans laquelle ils évoluent, mais les expériences vécues en grandissant au sein de leurs propres familles façonnent également leurs attitudes face au mariage. On juge souvent que la rupture du mariage des parents contribue à créer une perception négative du mariage. Toutefois, il ne semble pas y avoir beaucoup de preuves à cet effet.

Presque tous les célibataires d'âge mûr des deux groupes sont nés de parents mariés et 8 sur 10 d'entre eux ont vécu avec leurs deux parents jusqu'à l'âge d'au moins 15 ans. En fait, environ les deux tiers des répondants ont affirmé que leurs parents formaient toujours un couple (ou qu'ils avaient formé un couple jusqu'à ce que la mort les sépare). Les *improbables* sont un peu moins susceptibles d'avoir été proches de leurs parents lorsqu'ils étaient enfants : 17 % d'entre eux et 11 % des *éventuels* jugent qu'ils n'étaient pas proches de leur mère pendant leur enfance, tandis que 38 % et 22 % respectivement n'étaient pas proches de leur père. Cependant, plus de 80 % des représentants des deux groupes ont affirmé avoir eu une enfance heureuse.

Pourquoi un célibataire d'âge mûr pense-t-il ne jamais se marier?

Évidemment, il existe des différences mesurables entre les *improbables* et les célibataires d'âge mûr qui prévoient se marier. Toutefois, est-ce qu'un de ces facteurs aurait plus de valeur que les autres pour déterminer si une personne célibataire d'âge mûr pense qu'elle se mariera ou non ultérieurement?

À l'aide d'un modèle de régression logistique et d'une série précise de caractéristiques, il est possible d'estimer la probabilité qu'une personne se classera dans le groupe des *improbables* plutôt que dans le groupe des *éventuels*. Les résultats du modèle montrent que parmi les 20 facteurs précités, quelques-uns seulement sont des variables de prédiction efficaces. Les modèles ont été

estimés différemment pour les hommes et pour les femmes.

L'attitude face à l'amour et au mariage constituent les meilleurs indicateurs qu'un célibataire d'âge mûr d'un sexe ou de l'autre ne prévoit pas se marier. S'il ne croit pas qu'il soit important de former un couple, la probabilité qu'un homme soit un *marié improbable* sera 4,8 fois plus élevée que s'il accordait de l'importance à ces facteurs. Chez les femmes, cette probabilité est 3,0 fois plus élevée, tous les autres facteurs donnant lieu à des probabilités égales. De même, la probabilité que les célibataires d'âge mûr qui n'accordent aucune importance réelle au mariage soient des *improbables* est beaucoup plus élevée (7,4 fois plus chez les hommes et 8,8 fois chez les femmes).

L'âge est également un indicateur primordial des attentes à l'égard du mariage, particulièrement pour les femmes. La probabilité que les célibataires d'âge mûr se trouvant dans la quarantaine ou au début de la jeune cinquantaine pensent ne jamais se marier est de 5,0 à 13,1 fois plus élevée que chez celles de 35 à 39 ans; pour les hommes de 50 à 54 ans, la probabilité est de 2,6 fois supérieure.

Comme on pouvait s'y attendre, les hommes qui n'ont pas de bonnes perspectives d'emploi sont plus nombreux à croire qu'ils ne se marieront jamais. Par comparaison avec les célibataires d'âge mûr occupant un emploi, la probabilité que les hommes qui souffrent d'une maladie à long terme ne prévoient pas se marier est beaucoup plus élevée (8,1 fois). Être sans emploi ou inactif pour d'autres raisons ne semble pas avoir une incidence sur la possibilité d'être un *improbable*, peut-être parce que ces hommes s'attendent à ce que leur période de chômage soit de courte durée.

Bien que la situation professionnelle ne soit pas un indicateur de l'attente du mariage chez les femmes, la scolarité l'est, et la probabilité que les femmes célibataires d'âge mûr qui

ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires ne pensent pas se marier est 5,2 fois plus élevée que chez les femmes qui sont des diplômées universitaires, tous facteurs étant égaux par ailleurs. Avoir un enfant ou des enfants augmente également de 1,7 fois la probabilité qu'une femme prévoit ne pas se marier, mais ce facteur n'a aucun effet sur les hommes.

Certains facteurs culturels ont fait varier la probabilité qu'une personne ne prévoit pas se marier. Les hommes francophones en sont 4,6 fois plus susceptibles que les hommes anglophones. Une femme qui habite au Québec est beaucoup plus susceptible de ne pas songer à se marier (3,7 fois) qu'une femme habitant ailleurs au Canada, lorsque toutes les autres variables sont constantes. Par contre, une femme célibataire d'âge mûr qui a vécu une relation intime est beaucoup moins susceptible (0,3 fois) de faire partie des *improbables*.

Résumé

Les célibataires qui ne prévoient pas se marier représentent un petit groupe d'adultes, mais qui est distinct. Leur cas est en grande partie semblable aux célibataires d'âge mûr qui prévoient se marier, mais ils sont différents pour ce qui est de certaines variables clés. Par exemple, bon nombre d'entre eux sont des parents monoparentaux, leur revenu a tendance à être faible et il est peu probable qu'ils soient très instruits. À cet égard, leur profil semble refléter une tendance grandissante — du moins aux États-Unis — qui montre que les taux de nuptialité décroissent chez les gens appartenant à des groupes socioéconomiques plus faibles, même s'ils augmentent chez les gens hautement scolarisés¹³.

Il semble toutefois que les différences clés entre les célibataires d'âge mûr qui ne prévoient pas se marier et ceux qui s'y attendent soient liées à l'attitude. En effet, ces gens ont des points de vue nettement moins conventionnels en ce qui

TSC

L'âge et l'attitude constituent les principaux indicateurs qui font qu'une personne ne prévoit pas se marier

Rapport des cotes de probabilité qu'un célibataire d'âge mûr ne prévoit pas se marier	Hommes (Modèle 1)	Femmes (Modèle 2)
Amour et mariage		
Faire partie d'un couple n'est pas très important ou est aucunement important	4,8*	3,0*
<i>Faire partie d'un couple est important ou très important</i>	1,0	1,0
Être marié n'est pas très important ou aucunement important	7,4*	8,8*
<i>Être marié est important ou très important</i>	1,0	1,0
<i>Pas en relation intime actuellement</i>	...	1,0
Actuellement en relation intime	...	0,3*
Groupe d'âge		
29 à 34 ans	0,5*	1,0
35 à 39 ans	1,0	1,0
40 à 44 ans	1,7	5,4*
45 à 49 ans	1,3	5,0*
50 à 54 ans	2,6*	13,1*
Niveau de scolarité le plus élevé (complété)		
Université	...	1,0
Certificat ou diplôme d'une école de métiers	...	1,3
Études postsecondaires partielles	...	1,4
Diplôme d'études secondaires	...	2,0
Sans diplôme d'études secondaires	...	5,2*
Enfants		
Avoir au moins un enfant	...	1,7*
<i>Ne pas avoir d'enfants</i>	...	1,0
Région		
Québec	...	3,7*
Reste du Canada	...	1,0
Activité principale pendant les 12 mois précédents		
Travailler	1,0	...
Chercher du travail	1,8	...
Liée à la famille (comprennent les soins des enfants, les tâches ménagères et le congé paternel)	1,5	...
Problème de santé de longue durée	8,1*	...
Autre (inclut les étudiants ou les retraités)	0,5	...
Langage		
Anglais	1,0	...
Français	4,6*	...
Autre	0,4	...

Nota : Ce tableau présente les probabilités qui font qu'un répondant ne prévoit pas se marier un jour, par rapport aux probabilités d'un groupe repère, lorsque toutes les autres variables du modèle sont constantes.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* Statistiquement significative par rapport au groupe repère ($p < 0,05$).

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2001.

concerne l'importance de l'amour, du mariage et de la famille. Ces caractéristiques ont sans aucun doute orienté la vie des *improbables* de façon

différente par rapport à celle des autres célibataires d'âge mûr. Il est toutefois impossible de déterminer si leurs opinions ont façonné leur

comportement et, par conséquent, leur prise de décision personnelle, ou si leurs points de vue résultent de leur expérience de vie.

TSC

Susan Crompton est rédactrice en chef de *Tendances sociales canadiennes*.

1. L'Institut Vanier de la famille, décembre 2004; *The Future Families Project : A Survey of Canadian Hopes and Dreams*, www.vifamily.ca/library/publications/futures.html (site consulté le 9 décembre 2004).
2. C.A. Surra, « Research and theory on mate selection and premarital relationships in the 1980s », *Journal of Marriage and the Family*, novembre 1990, vol. 52, n° 4, p. 844 à 865.
3. « Madame Sosostriis, famous clairvoyante, /.../Is known to be the wisest woman in Europe, /.../ With a wicked pack of cards », T.S. Eliot, « The Wasteland » Partie I, lignes 43 à 46, *The Complete Plays and Poems, 1909-1950*, Harcourt, Brace and World, Inc., New York, 1971.
4. R.E. Cramer et J.T. Schaeffer, « Identifying the ideal mate: More evidence for male-female convergence », *Current Psychology*, vol. 15, n° 2, été 1996, p. 157 à 166; P. England, « More mercenary mate selection? Comment on Sweeny and Cancian (2004) and Press (2004) », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 66, n° 4, 2004, p.1034 à 1037.
5. S.J. South, « Sociodemographic differentials in mate selection preferences », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 53, n° 4, novembre 1991, p. 928 à 940.
6. D'autres facteurs tels que le fait d'appartenir à une autre religion, d'être beaucoup plus jeune, de ne pas avoir une très belle apparence ou d'être moins scolarisé, se classent parmi les principaux facteurs, et ont probablement une importance variée selon l'intérêt que l'on porte aux autres qualités du candidat.
7. Les responsabilités familiales comprennent le soin des enfants et l'entretien ménager.
8. T.L. Huston et H. Melz, « The case for (promoting) marriage: The devil is in the details », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 66, n° 4, novembre 2004, p. 943.
9. D. Hollander, « Having a premarital birth reduces the likelihood a woman will marry », *Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 5, septembre-octobre 1995, p. 221 à 222.
10. On a demandé aux répondants de classer leurs réponses selon une échelle de quatre points, mais on a comprimé ces réponses en deux catégories, par souci de concision. La catégorie *Pas important* comprend les réponses initiales « Pas du tout important » et « Pas très important »; la catégorie *Important* comprend les réponses « Important » et « Très important ». Les pourcentages présentés excluent les personnes ayant indiqué n'avoir aucune opinion et celles qui n'ont pas répondu.
11. W. Clark, « Pratique religieuse, mariage et famille », *Tendances sociales canadiennes*, automne 1998, p. 2 à 7.
12. Pourcentage de gens ayant indiqué appartenir à une religion, qui ont assisté à une messe ou à une rencontre au cours des douze mois précédant l'enquête, à l'exclusion des occasions spéciales telles que les mariages, les funérailles ou les baptêmes.
13. Huston et Melz; J.R. Goldstein et C.T. Kenney, « Marriage delayed or marriage forgone? New cohort forecasts of first marriage for U.S. women », *American Sociological Review*, vol. 66, n° 4, août 2001, p. 506 à 519.

Vous désirez de plus amples renseignements sur Statistique Canada?

Communiquez avec notre Service national de renseignements :

1 800 263-1136

Pour commander des publications,
Service national de commandes :

1 800 267-6677

Internet : infostats@statcan.ca

Service national ATS : 1 800 363-7629

N° 11-008-XPF au catalogue (also available in English, Catalogue no. 11-008-XPE), publié trimestriellement.

Prix d'abonnement :

Version imprimée : 12 \$CAN pour un numéro, 39 \$CAN pour un abonnement d'un an.

Étudiants : 30 % de rabais (plus les taxes en vigueur au Canada ou les frais de port à l'extérieur du Canada).

Version électronique disponible sur Internet (n° 11-008-XIF au catalogue) : 9 \$CAN pour un numéro, 29 \$CAN pour un abonnement d'un an (plus les taxes en vigueur au Canada).

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136. Les normes de services sont aussi publiées sur www.statcan.ca sous À propos de Statistique Canada > Offrir des services aux Canadiens.

Vous déménagez?

N'oubliez pas de nous le faire savoir. Veuillez nous faire parvenir le nom de l'abonné, l'ancienne adresse, la nouvelle adresse, le numéro de téléphone et le numéro de référence du client à :

Statistique Canada
Division des finances
Immeuble R.-H. Coats, 6^e étage
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

ou par téléphone au 1 800 263-1136 ou au 1 800 267-6677; ou par télécopieur au 1 877 287-4369; ou par Internet à infostats@statcan.ca.

Veuillez nous aviser six semaines à l'avance pour éviter toute interruption de la livraison.



Que

mangent?

les Canadiens



Vous êtes nutritionniste, analyste de l'industrie agroalimentaire, spécialiste en études de marché ou un consommateur qui a besoin d'information sur ce que mangent les Canadiens. Pour en savoir plus long sur cette question, voici donc la publication *Consommation des aliments au Canada*.

Cette publication, présentée en deux parties, offre :

- une couverture détaillée sur les tendances de la consommation de plusieurs aliments et boissons;
- des données sur la production agricole, la transformation et les importations d'aliments;
- des renseignements sur les quantités exportées, les quantités utilisées par les transformateurs et les quantités gardées dans les entrepôts;
- des données couvrant une période de quinze années;
- des analyses et des graphiques démontrant les tendances et les changements dans les habitudes alimentaires.

Quelle quantité de viandes, de fromages et d'autres produits laitiers mangent les Canadiens? Est-ce qu'ils boivent plus de lait à faible teneur en matières grasses? Quelle quantité d'alcool, de thé et de café boivent-ils? Est-ce que la consommation de sucre, d'œufs, de riz et de noix a changé? Si ces questions vous intéressent, la *Partie I* (n° 32-229-XPB

au catalogue) répondra à vos besoins. La *Partie II* (n° 32-230-XPB au catalogue) livre des renseignements sur les tendances de la consommation de fruits, de légumes, de poissons, de beurre et d'huiles à salade. Chaque publication coûte 35 \$ et contient maintenant les tableaux de données pour tous les produits. Au Canada, veuillez ajouter **soit** la TPS et la TVP en vigueur, **soit** la TVH. Frais de port : Aucuns frais pour les envois au Canada. Pour les envois à destination des États-Unis, veuillez ajouter 6 \$ pour chaque publication. Pour les envois à destination des autres pays, veuillez ajouter 10 \$ pour chaque publication.

Pour en savoir plus sur la *Consommation des aliments au Canada, Parties I et II*, téléphonez sans frais à la Division de l'agriculture de Statistique Canada au **1 800 465-1991**.

Pour commander, écrivez à Statistique Canada, Division de la diffusion, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario), K1A 0T6, Canada, ou communiquez avec le Centre de consultation de Statistique Canada le plus près de chez vous et dont l'adresse figure dans la présente publication.

Vous pouvez aussi commander par télécopieur au **1 877 287-4369** ou téléphoner sans frais au **1 800 267-6677** et porter les frais à votre compte Visa, MasterCard ou American Express.

Par courriel : order@statcan.ca

Un outil indispensable pour connaître les tendances des activités qui concourent à l'alimentation des Canadiens.



Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux

par Kelly Cranswick et Derrick Thomas



Nous vivons dans une société vieillissante. Cette réalité donne lieu à une prolifération d'écrits sur la façon dont les soins seront prodigués à la population vieillissante. Est-ce que le système de soins de santé, par le truchement des établissements, des hôpitaux et des soins à domicile, pourra fournir aux aînés la plupart des soins nécessaires? Ou est-ce que la famille et les amis seront appelés à aider les êtres qui leur sont chers, que ce soit pour préparer leurs repas ou leur dispenser des soins personnels?

Contrairement au vieillissement ou à l'état de santé, les réseaux sociaux représentent un important domaine d'étude, car plusieurs sont d'avis que des particuliers et d'autres intervenants pourraient facilement mettre sur pied de tels réseaux. Il est évident que nous ne pouvons empêcher le vieillissement et que notre capacité de nous occuper de notre état de santé s'altère avec l'âge. Cependant, nous pouvons probablement mettre sur pied des réseaux sociaux, adapter

nos conditions de vie dans le ménage ou, du moins, changer nos comportements en vue d'obtenir les soins dont nous pourrions avoir besoin.

Il est permis de croire que la taille, la qualité et la proximité des réseaux sociaux des gens figurent parmi les éléments qui permettent de déterminer si les aînés reçoivent des soins formels prodigués par des professionnels, s'ils bénéficient de soins informels dispensés par la famille et les amis ou, en fait, s'ils n'en reçoivent aucun. Pour les aînés, la probabilité de recevoir des soins de toutes sortes pourrait dépendre, en partie, du nombre de membres que compte leur famille ainsi que du nombre d'amis qu'ils ont, de la proximité de ces personnes et de la qualité de leurs relations avec elles.

Dans le présent article, nous examinerons le lien entre les réseaux sociaux d'aînés ne vivant pas en établissement et le fait de recevoir des soins formels ou informels, ou encore de ne pas en recevoir. Les données sont tirées principalement

de l'ESG de 2002; des données provenant de l'ESG de 1996 et du Recensement de la population de 2001 permettent de compléter l'analyse.

Davantage d'aînés vivant dans des ménages privés reçoivent des soins

Depuis deux décennies, on observe une baisse de la proportion d'aînés qui reçoivent des soins par le truchement d'établissements. Moins de 10 % des aînées et environ 5 % seulement des aînés — ce qui représente à peu près 287 000 personnes — habitaient dans des établissements de soins de santé en 2001.

Plusieurs raisons pourraient expliquer ce changement. Par exemple, quel que soit leur sexe, les aînés préfèrent souvent vieillir dans le cadre familial de leur domicile et de leur quartier. La plupart vivent aussi plus longtemps, souvent sans éprouver de problèmes de santé sérieux. Enfin, les gouvernements peuvent trouver qu'il en coûte moins cher de fournir

La plupart des données figurant dans le présent article proviennent de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2002 sur le vieillissement et le soutien social. L'ESG a été menée chaque année par téléphone et porte sur la population ne vivant pas en établissement dans les 10 provinces. Les répondants ont été sélectionnés au hasard à partir d'une liste de personnes de 45 ans et plus qui avaient déjà répondu à une autre enquête de Statistique Canada. Les données ont été recueillies auprès de 25 000 répondants sur une période de 11 mois, entre février et décembre 2002. On a également utilisé des données de l'ESG de 1996 sur le vieillissement et le soutien social ainsi que des données du Recensement de la population de 2001.

Nous avons utilisé une série de modèles de régression logistique multinomiale pour nous permettre d'expliquer comment les caractéristiques personnelles déterminent le type de soins que reçoit un aîné. Parmi les caractéristiques étudiées pour chaque aîné, on retrouve le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, la déclaration d'une appartenance religieuse ainsi que le fait d'être propriétaire du logement habité, que le propriétaire soit l'aîné ou un membre du ménage. Nous avons également examiné certaines mesures assez directes de la proximité, de la taille et de la qualité du réseau social, notamment la personne qui vivait avec le répondant, le nombre de membres de la famille que ce dernier considérait comme proches (autre que la personne vivant avec lui), le nombre d'autres amis avec lesquels il se sentait proche et le niveau de satisfaction à l'égard de ces relations.

Les modèles multivariés nous permettent d'isoler l'incidence de chaque caractéristique sur la probabilité, pour un aîné, de recevoir des soins formels prodigués par des professionnels rémunérés, des soins informels dispensés par des membres de la famille ou des amis, ou encore de ne pas recevoir de soins. Le fait de mesurer l'incidence d'une caractéristique particulière sans tenir compte de l'influence des autres caractéristiques du modèle permet de s'assurer que les résultats observés ne sont pas le résultat de la corrélation entre les différentes caractéristiques. Afin d'analyser l'incidence d'une seule caractéristique, toutes les autres caractéristiques demeurent constantes à leur valeur habituelle, à leur valeur la plus courante ou à la valeur moyenne. Ainsi, la probabilité de recevoir des soins est

toujours calculée pour une personne qui — sauf pour les caractéristiques vérifiées — est un *aîné type*.

Aîné type : Aîné qui représente tous les aînés. Cette valeur a été créée à l'aide des caractéristiques pertinentes à leur valeur habituelle, la plus courante ou moyenne. Ce type d'aîné est d'âge moyen (74,2 ans) et son état de santé est moyen (Indice de l'état de santé de 0,78). Il (ou elle) habite avec un conjoint, déclare avoir une appartenance religieuse, a terminé ses études secondaires et vit dans un logement dont lui (ou elle) ou un membre du ménage est propriétaire. L'aîné est satisfait de la qualité de ses relations avec sa famille et ses amis. Il possède un nombre moyen de membres de la famille avec lesquels il se sent proche (5,8) ainsi qu'un nombre moyen d'amis proches de sexe masculin (3,6) et féminin (4,5). Ces caractéristiques demeurent constantes, à l'exception de la caractéristique vérifiée; par exemple, la probabilité qu'un aîné reçoive des soins en fonction de l'âge est évaluée pour un aîné qui présente toutes les caractéristiques normalisées ci-dessus, sauf que son âge n'est pas de 74,2 ans et qu'il varie de 65 à 90 ans.

Personne recevant des soins : Canadiens de 65 ans et plus ayant déclaré avoir reçu de l'aide pour effectuer au moins une tâche au cours des 12 mois précédant l'enquête, et ce, à cause d'un problème de santé de longue durée.

Soins : Aide accordée pour les activités à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, le transport ou les soins personnels.

Soins informels : Aide accordée pour les activités associées aux soins et fournie par la famille et les amis.

Soins formels : Aide accordée pour les activités associées aux soins et fournie par le truchement d'organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, ou encore directement par un employé rémunéré par l'aîné ou par quelqu'un pouvant agir en son nom.

État de santé : Concept classé à l'aide de l'*Indice de l'état de santé*, qui est un indice composite fondé sur les mesures quantitatives du niveau de la vision, de l'ouïe, du langage, de la mobilité, de la dextérité et de la cognition de l'aîné, ainsi que sur les aspects qualitatifs de la santé tels que les émotions, les douleurs et les malaises. On attribue aux personnes un indice allant de 0 à 1, cette dernière valeur indiquant un sujet en parfaite santé.

un certain soutien aux aînés que d'en assumer l'entière responsabilité en établissement¹.

Par conséquent, on note une augmentation de la proportion d'aînés qui reçoivent des soins alors qu'ils habitent dans un ménage privé. Selon l'ESG de 2002, environ le quart des aînés — soit 1 million de personnes — vivant dans des ménages privés recevaient des soins en raison d'un problème de santé de longue durée. En outre, environ 2 % des aînés ne vivant pas en établissement se sont dits insatisfaits de la prestation de soins, c'est-à-dire qu'ils ont déclaré que leur état de santé nécessitait des soins mais qu'ils n'en recevaient aucun. Ce groupe était plus jeune et, en moyenne, en meilleure santé que les personnes qui ont mentionné recevoir l'aide dont elles avaient besoin. D'autre part, elles étaient plus âgées et en moins bonne santé que celles qui n'avaient besoin d'aucun soin. En résumé, ces personnes semblent constituer un groupe en transition vers l'obtention de soins.

Parmi le million d'aînés ne vivant pas en établissement et recevant des soins, un peu moins de la moitié (45 %) obtenaient de l'aide exclusivement de membres de la famille et d'amis, tandis qu'un peu plus de la moitié (55 %) recevaient au moins certains soins formels. Environ la moitié de ceux qui recevaient des soins formels ont également déclaré que des membres de la famille et des amis leur avaient fourni des soins informels.

Les femmes sont plus susceptibles de recevoir des soins en raison d'un problème de santé de longue durée : plus de 30 % d'entre elles en reçoivent, comparativement à moins de 20 % des hommes. Même en tenant compte de l'âge, de l'état de santé et d'autres facteurs, les aînées sont plus susceptibles que les aînés de recevoir de l'aide, et ce, particulièrement par le truchement du système de soins de santé officiel. Les différences entre les hommes et les femmes, pour ce qui est de la

longévité et du cycle de vie, constituent sans aucun doute l'un des facteurs en cause. Par exemple, les femmes ont tendance à survivre à leur conjoint. En général, les conditions diffèrent souvent selon que les soins sont prodigués aux hommes ou aux femmes et, pour cette raison, on en traitera séparément dans le présent article.

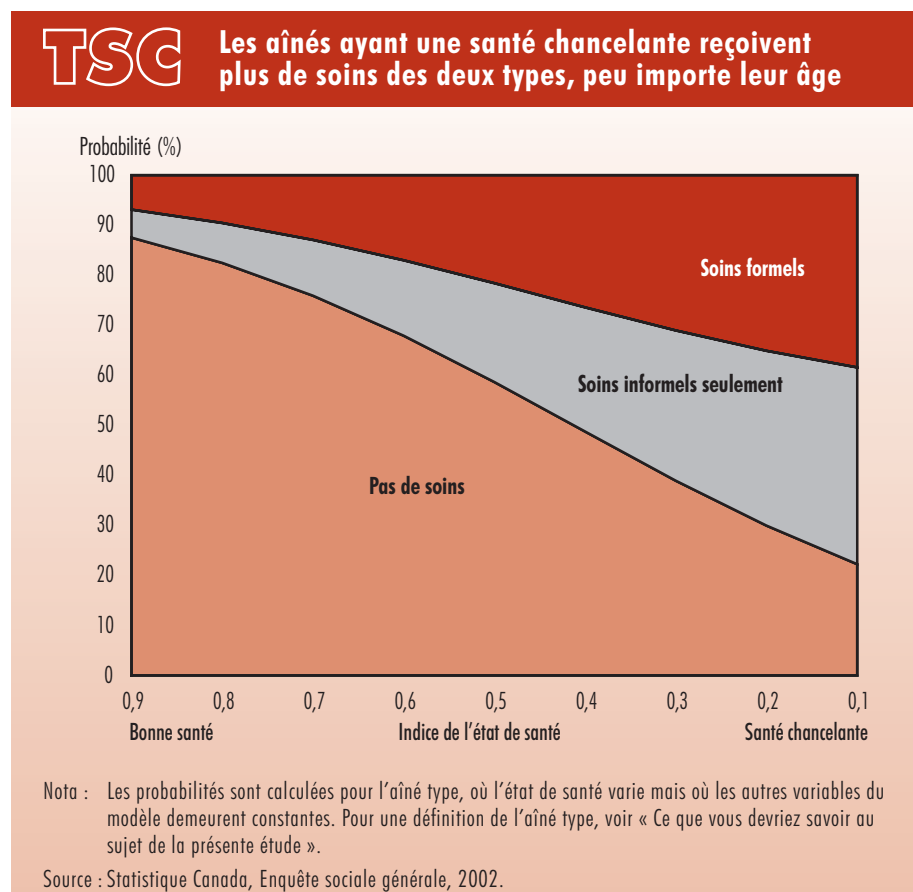
Une santé chancelante constitue la principale raison pour laquelle les aînés reçoivent des soins

Comme on pouvait s'y attendre, l'état de santé est le plus important déterminant lié au fait d'obtenir des soins chez les hommes et les femmes ne vivant pas en établissement. Tandis que la probabilité de recevoir des soins était d'environ 20 % chez les aînés dont l'état de santé était moyen, cette probabilité augmentait considérablement chez ceux qui avaient une santé chancelante.

Dans le cas de l'aîné type, la probabilité de recevoir des soins a augmenté, passant d'environ 12 % chez ceux qui ont une très bonne santé à près de 80 % chez ceux qui sont très malades. Même si les probabilités réelles différaient pour les hommes et les femmes, le lien entre la santé et le fait d'obtenir des soins demeurait le même. L'état de santé peut certes nous aider à prévoir qui recevra des soins, mais il est toutefois important de noter qu'il ne s'agit pas d'un facteur de prédiction très efficace pour déterminer si les soins seront formels ou informels.

Les personnes plus âgées reçoivent également plus de soins

Évidemment, le vieillissement a aussi une incidence importante sur les soins que reçoivent les aînés. Dans le cas de l'aîné type, la probabilité de recevoir des soins augmente avec l'âge.



Le lien entre l'âge des aînés et les soins qu'ils reçoivent fait grandement penser à celui qui existe entre la santé et l'obtention de soins, sauf que les personnes montrant un état de santé stable étaient plus susceptibles de recevoir des soins formels que des soins informels à mesure qu'elles vieillissaient. Cela découle au moins en partie du fait que l'âge avancé est associé à la détérioration du réseau de soutien social qui aurait pu fournir une aide informelle, et que les personnes plus âgées sont davantage susceptibles de se retrouver sans aucun membre de la famille ou ami proche qui soit encore vivant.

La situation des particuliers dans le ménage était liée aux soins reçus par les femmes

La personne avec qui l'on vit représente un élément essentiel du réseau social, et les aînés des deux sexes affichent d'importantes

différences en ce qui a trait à leur situation dans le ménage. Selon l'ESG de 2002, les deux tiers des aînés de sexe masculin ne vivant pas en établissement habitaient avec leur conjoint dans un ménage composé de deux personnes, tandis que seulement un peu plus du tiers des aînées vivaient avec leur conjoint. Les femmes vivaient le plus souvent seules (43 %), alors que cette situation était la moins courante chez les hommes (16 %). Environ 19 % des femmes et 17 % des hommes choisissaient de vivre avec des membres de la famille et des amis (cela pouvait comprendre la cohabitation avec un conjoint ainsi qu'avec d'autres membres de la famille ou des amis).

Dans le cas d'un homme type, la situation dans le ménage n'influaient pas de façon significative sur la probabilité de recevoir des soins formels ou informels.

Néanmoins, dans le cas d'une femme type, la probabilité de

recevoir des soins formels augmentait, passant d'environ 9 % chez celles qui vivaient avec des enfants ou d'autres personnes à presque 12 % chez celles qui vivaient avec un conjoint. Les femmes qui habitaient seules présentaient la plus forte probabilité de recevoir des soins formels, soit environ 15 %, alors que les femmes qui demeuraient avec des enfants ou d'autres personnes étaient plus susceptibles de bénéficier de soins informels. Toutefois, il est plutôt étonnant de constater que les femmes habitant avec un conjoint étaient les moins susceptibles de recevoir des soins informels.

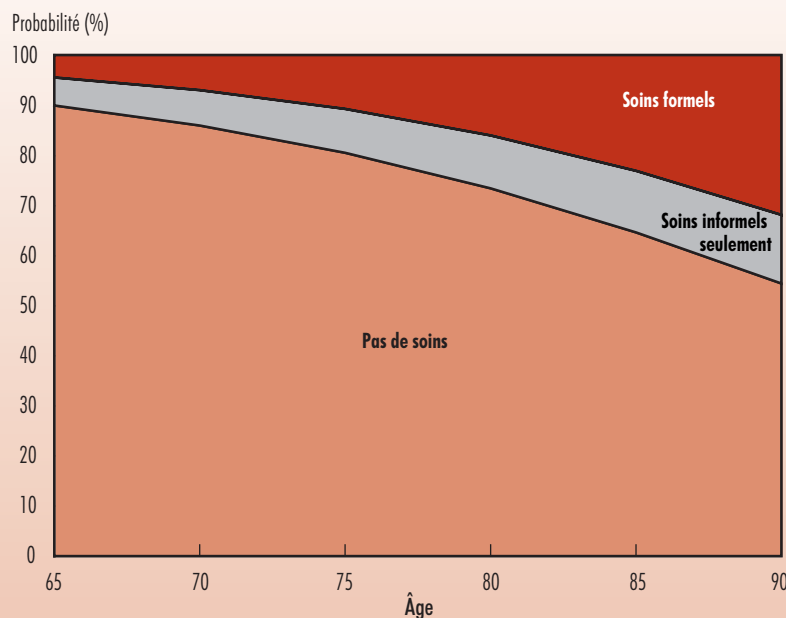
Il est difficile de s'expliquer pourquoi les ménages composés de deux personnes ne recevaient pas davantage de soins informels. Comme nous l'avons vu, une importante minorité d'aînées habitent avec un conjoint et la majorité des aînés vivent avec une conjointe. Le manque apparent de soins dans ce genre de situations pourrait découler du fait que les conjoints ont une compréhension différente de ce que sont les soins. Il se peut que certaines catégories d'aide telles que la préparation des repas, la lessive, le transport et l'entretien de la maison soient perçues comme faisant partie de la division traditionnelle des tâches entre les conjoints et ne soient considérées comme des soins que lorsqu'un conjoint ne peut plus les exécuter. Si la participation du conjoint à certaines tâches était plus évidente à leurs yeux, il se pourrait bien que davantage de soins informels soient déclarés par les deux sexes et que la situation des particuliers dans le ménage soit reconnues comme un facteur important pour ce qui est des soins reçus par les hommes.

La taille du réseau social est importante pour obtenir des soins formels et informels

Dans le cas de la femme type de 65 ans et plus, on a observé que, plus nombreux sont les membres de la famille avec lesquels elle se sent

TSC

Les aînés reçoivent plus de soins formels à mesure qu'ils vieillissent parce qu'ils perdent leurs réseaux sociaux



Nota : Les probabilités sont calculées pour l'aîné type, où l'âge varie mais où les autres variables du modèle demeurent constantes. Pour une définition de l'aîné type, voir « Ce que vous devriez savoir au sujet de la présente étude ».

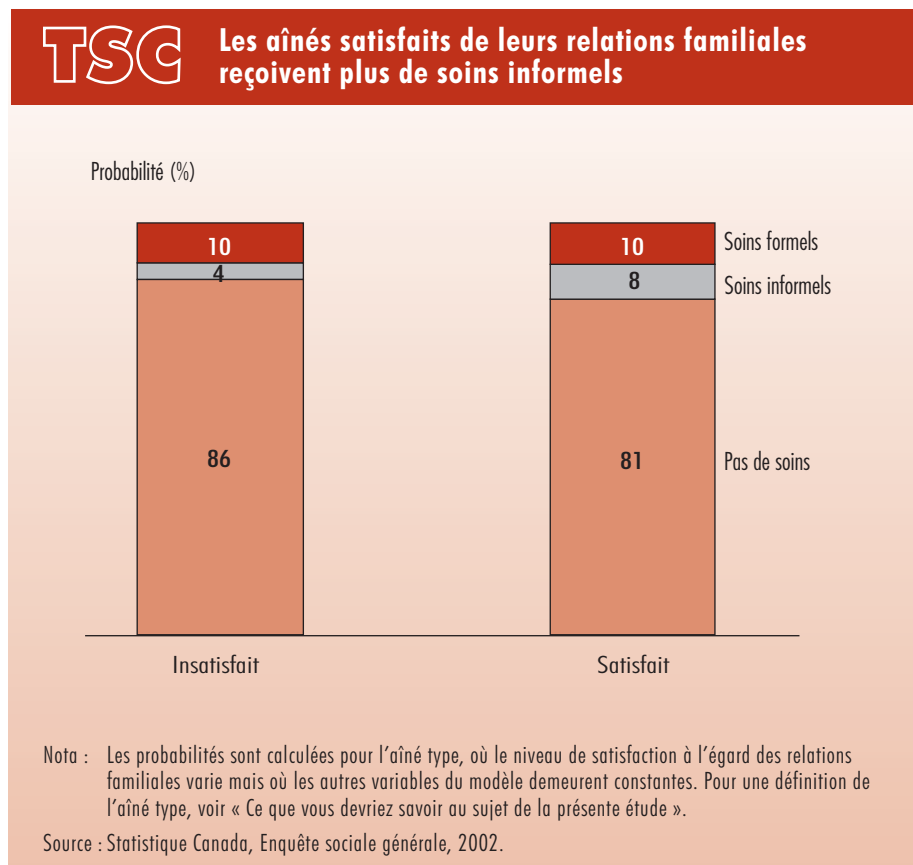
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

proche, plus elle aura tendance à recevoir des soins. Il n'est donc pas étonnant de constater que cette aide supplémentaire relève principalement du domaine des soins informels. Par contre, les femmes ayant un vaste réseau d'amis avec lesquels elles se sentaient proches avaient davantage tendance à recevoir des soins formels. Cela laisse entendre que, même si une famille élargie a tendance à assumer directement les responsabilités inhérentes aux soins à fournir aux aînées, les amis les aident à obtenir des soins formels. Par ailleurs, il est possible que les personnes entretenant des liens avec un nombre assez important d'amis soient aussi plus à l'aise avec le reste du monde, ce qui les aidera à obtenir des soins formels. En revanche, les réseaux sociaux élargis ne semblent pas avoir une très grande influence sur les soins que les hommes reçoivent. En réalité, plus ils avaient d'amis de sexe masculin, moins ils recevaient de soins formels.

Les aînés qui étaient satisfaits du type et de la fréquence des contacts avec les membres de la famille étaient, toutes choses étant égales par ailleurs, plus susceptibles que les autres aînés d'avoir reçu des soins informels. Par ailleurs, la satisfaction par rapport à la qualité des amitiés était liée à la probabilité de recevoir des soins formels, et ce, particulièrement chez les hommes. Chez les femmes, c'est l'étendue du réseau d'amies et amis qui démontrait le mieux l'incidence des relations amicales sur le fait de recevoir des soins formels.

Les aînés plus scolarisés reçoivent davantage de soins formels

Le niveau de scolarité atteint par les aînés a une incidence sur l'obtention de soins formels ou de simples soins informels. La probabilité de recevoir une aide formelle a augmenté, passant d'environ 7 % pour l'aîné type qui n'a pas terminé ses études secondaires, à plus de 13 % pour l'aîné type qui possède un grade



universitaire ou un diplôme collégial. Toutes choses étant égales par ailleurs, les gens scolarisés devaient moins souvent avoir recours exclusivement à des soins informels et étaient moins susceptibles de ne pas en recevoir. L'incidence du niveau de scolarité sur l'obtention des soins est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Il se peut que ce lien existe parce que les gens scolarisés sont plus aptes à naviguer dans les réseaux institutionnels, lesquels pourraient entraver l'accès aux soins formels pour les aînés moins alphabétisés. La scolarité est également corrélée au revenu viager et au patrimoine, ce qui peut signifier que les gens plus scolarisés ont les moyens de se payer des soins formels.

L'accession à la propriété a une incidence sur les soins offerts aux femmes

Une autre mesure clé du patrimoine — à savoir l'accession à la propriété

— constitue une valeur prédictive seulement dans le cas des femmes. Toutes autres choses étant égales, l'aînée type qui vivait dans un logement dont elle ou un membre du ménage était propriétaire était plus susceptible que les aînées locataires de recevoir des soins (à la fois formels et informels). La différence entre les propriétaires et les locataires était un peu plus grande dans le cas des soins informels.

La scolarité a une incidence sur le patrimoine du ménage, car elle est étroitement liée aux gains des aînés de sexe masculin, qui ont accumulé ces gains sur une longue période de travail rémunéré. Puisqu'il est très peu probable que les femmes de ce groupe d'âge aient les mêmes antécédents professionnels, l'accession à la propriété constitue un meilleur facteur de prédiction des ressources financières offertes aux épouses, étant donné qu'elle représente les biens accumulés par le couple. Le lien qui existe entre l'accession à la

propriété et l'obtention de soins pour les femmes peut également découler de la propension accrue des femmes à adapter leur mode de vie (c'est-à-dire à vendre leur maison) lorsque le conjoint décède. Se débarrasser de la maison peut alléger le besoin d'aide pour l'entretien du jardin ou de la maison, ce qui diminue l'état de dépendance d'une femme à l'égard des systèmes qui assurent ce type de soins.

Les femmes qui déclarent avoir une appartenance religieuse reçoivent plus de soins

Les aînées qui ont déclaré avoir une appartenance religieuse étaient plus susceptibles de recevoir des soins que celles qui n'en ont pas déclaré. Elles étaient davantage portées à recevoir des soins informels, mais étaient aussi plus susceptibles d'obtenir des soins formels. Reconnaître une appartenance religieuse peut donner une indication de la façon dont une personne s'est intégrée à

une collectivité et laisse supposer qu'il existe un réseau social sur lequel on peut s'appuyer. La religion peut également refléter les valeurs traditionnelles ou les liens qui existent avec les réseaux traditionnels (comme c'est le cas dans une grande famille), ce qui peut permettre de recevoir des soins de façon informelle. Cela peut être mis en contraste avec les liens d'amitié en apparence moins étroits associés à la dépendance au système officiel.

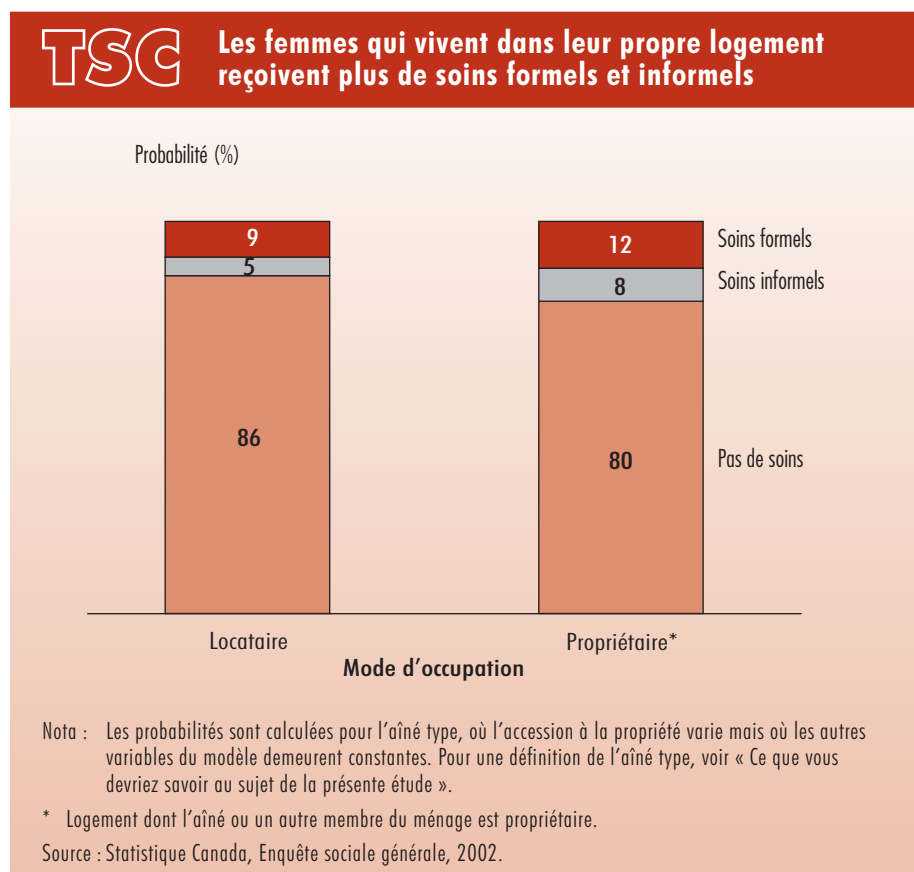
La fréquence de la participation aux services religieux semblait cependant être corrélée positivement à l'état de santé et était liée à une gamme plutôt réduite de soins formels et informels. Cela peut de toute évidence s'expliquer par le fait que les gens doivent être en assez bonne santé pour participer à un service religieux.

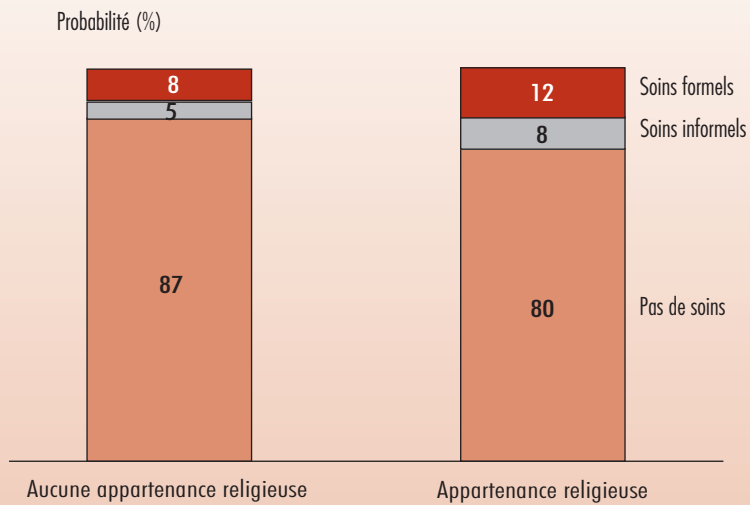
Dans le cas des hommes, la religion ne semblait jouer aucun rôle par rapport à la probabilité de recevoir des soins.

Résumé

À mesure que la proportion d'aînés recevant des soins par le truchement d'établissements diminue, la proportion de ceux qui en reçoivent à l'extérieur de ces structures augmente. Les aînés reçoivent ces soins parce que leur santé est chancelante. La répartition des aînés ne vivant pas en établissement entre les systèmes formels et informels semble cependant relever de facteurs autres que l'état de santé. Il se peut que, en raison de la diminution des réseaux informels, les personnes plus âgées aient été plus susceptibles de recevoir des soins formels. Les aînés dont le niveau de scolarité était plus élevé, qui comptaient de nombreux amis et qui bénéficiaient de relations satisfaisantes avec ces derniers étaient plus susceptibles de recevoir des soins formels. Par contre, ceux qui avaient de grandes familles ou qui déclaraient une appartenance religieuse avaient tendance à faire appel aux soins informels. Les femmes habitant seules obtenaient davantage de soins formels que celles qui vivaient avec un conjoint. Ces dernières, de leur côté, recevaient plus de soins que celles qui demeuraient avec leurs enfants ou d'autres personnes.

Il serait erroné de croire que les réseaux sociaux limitent ou déterminent la répartition des soins comme le font l'âge ou l'état de santé, ou même le niveau de scolarité et le revenu. Les réseaux sociaux et la situation des particuliers dans le ménage sont liés au type de soins reçus de façon potentiellement plus complexe. Il est possible que les personnes qui reçoivent des soins et ceux qui les fournissent doivent réorganiser leurs réseaux ou revoir leur situation dans le ménage pour obtenir ou fournir des soins. Les aînés ne peuvent changer leur âge ou leur état de santé. Ils peuvent toutefois communiquer avec des amis, emménager chez des membres de la famille, déménager dans un établissement ou même dans une autre collectivité pour obtenir l'aide





Nota : Les probabilités sont calculées pour l'ainé type, où la profession d'une appartenance religieuse varie mais où les autres variables du modèle demeurent constantes. Pour une définition de l'ainé type, voir « Ce que vous devriez savoir au sujet de la présente étude ».

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

dont ils ont besoin. Pour conclure, il est bon d'ajouter que, à mesure que les aînés vieillissent et qu'ils font des choix, il est important de bien les informer sur la valeur des réseaux sociaux, puisque ceux-ci ont une incidence sur leur bien-être global.

Kelly Cranswick est analyste principale au Centre de données de recherche du Manitoba et **Derrick Thomas** est analyste principal à la Division de la statistique sociale et autochtone de Statistique Canada.

1. De bien des façons, la prestation de soins en établissement s'ajoute ou se substitue aux soins formels et affecte la demande et la réception — de soins dans la collectivité. Bien qu'on enregistre des différences importantes quant au taux de prestation de soins en établissements d'un secteur de compétence à l'autre, les disparités observées dans les régions ne changent pas tellement les résultats de la présente étude.

La génération sandwich

par Cara Williams

Le présent article est une adaptation de « La génération sandwich », publié dans *L'emploi et le revenu en perspective*, produit n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, vol. 5, n° 9. Ce document est offert sur le site de Statistique Canada, à www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=75-001-X20040047033.

Concilier travail et vie familiale, particulièrement avec de jeunes enfants et un emploi à temps plein, peut constituer tout un défi, même pour les personnes les plus performantes. En effet, compte tenu de tout ce qui doit être accompli, soit passer huit heures au bureau, en plus du navettage, organiser les activités des enfants, les aider à faire leurs devoirs, préparer les repas, vaquer aux tâches ménagères et planifier du temps pour être en famille, il semble que toute forme d'équilibre soit un objectif hors de portée plutôt qu'une réalité. Pour certaines personnes, la vie se complique davantage en raison des soins qu'elles doivent dispenser à des parents ou à d'autres proches qui prennent de l'âge. Ces personnes composent la génération sandwich, dont les membres sont coincés entre les exigences souvent conflictuelles des soins à prodiguer aux enfants et aux personnes âgées.

Bien que la génération sandwich d'aujourd'hui compte relativement moins de personnes, le nombre devrait augmenter considérablement avec le vieillissement des enfants du baby-boom. En raison de l'importance de leur effectif, lorsque les enfants du baby-boom atteindront le statut d'aîné, ils seront proportionnellement plus nombreux au sein de la population que ce n'est le cas des personnes âgées actuelles. En effet,

les projections démographiques révèlent que 1 Canadien sur 5 aura 65 ans ou plus en 2026, comparativement à 1 sur 8 en 2001.

Un autre facteur associé à la croissance des membres de la génération sandwich porte sur les taux de fécondité moins élevés, ce qui pourrait signifier qu'il y aura moins d'adultes pour s'occuper des personnes âgées. Enfin, étant donné que les jeunes adultes d'aujourd'hui se marient et deviennent parents tardivement, il n'est pas rare que les membres plus âgés de la famille aient besoin de soins alors que des jeunes enfants et des adolescents vivent encore au sein du ménage. En effet, le report du mariage et des enfants ainsi que la baisse des taux de fécondité, alliés à une espérance de vie accrue, signifient que le couple marié moyen a peut-être plus de parents vivants que d'enfants¹.

Les médias ont souligné les sacrifices que les membres de la génération sandwich doivent consentir sur le plan personnel et financier². Pour leur part, certains analystes ont indiqué que les membres de la génération sandwich sont peu nombreux et que l'on exagère les conséquences résultant de l'appartenance à ce groupe³. Pourtant, d'autres croient que la plupart des soins prodigués aux personnes âgées par les membres de

la famille se définissent davantage comme de l'« aide », et que la prestation intensive de soins est très limitée⁴. Il existe toutefois, à ce jour, peu de données empiriques pour le Canada. Dans le cadre du présent article, on utilise les données de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2002 pour examiner les soins dispensés aux aînés par les personnes de 45 à 64 ans qui ont encore des enfants à la maison. L'analyse porte sur les types de soins offerts, le temps consacré à ces activités, les conséquences sur les personnes qui apportent leur aide à la fois sur le plan professionnel et personnel, ainsi que les ressources dont ces mêmes personnes pourraient bénéficier.

Concilier les soins dispensés aux enfants et aux personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau

Dispenser des soins à des parents âgés n'est pas un phénomène nouveau et, jusqu'à tout récemment, les familles jouaient un rôle déterminant dans ce domaine⁵. Autrefois, il n'était pas rare de voir trois générations cohabiter dans un même ménage, les soins de base étant dispensés par la femme d'âge moyen qui se trouvait au foyer. Bien qu'il existe des similitudes frappantes entre les soins qui étaient alors prodigués et ceux qui le sont

Les données figurant dans le présent article proviennent de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2002 sur le soutien social et le vieillissement. La population cible comprend toutes les personnes de 45 ans et plus au 31 décembre 2001 vivant dans les ménages privés, dans les 10 provinces. Les données ont été recueillies entre février et décembre 2002. L'échantillon a été choisi parmi les répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001.

Aux fins du présent article, la population visée était composée de personnes de 45 à 64 ans s'occupant à la fois des enfants et d'une personne âgée. On considère que celles-ci appartenaient à la *génération sandwich* si elles dispensaient des soins à une personne de plus de 65 ans et qu'elles avaient des enfants célibataires de moins de 25 ans vivant à la maison. Les *travailleurs de la génération sandwich* avaient pour principale activité un emploi rémunéré ou opéraient une entreprise au cours des 12 mois précédents.

Le présent article porte sur les types de soins dispensés aux personnes âgées, les heures qui y étaient consacrées et les conséquences sur la personne qui prodiguait les soins. On ne tient pas compte de la prestation de soins sous forme de soutien affectif. Les tâches liées à la prestation de soins comprennent les *soins personnels* (aide pour le bain, la toilette, le nettoyage et la coupe des ongles de doigts ou d'orteils, le brossage des dents, la coupe des cheveux et la coiffure, de même que l'habillage), les *soins fournis à la maison* (préparation des repas et vaisselle, ménage, lessive et couture), les *soins fournis à l'extérieur de la maison* (entretien de la maison et travaux extérieurs) et le *transport* (faire l'épicerie ou acheter d'autres articles essentiels, fournir du transport, ou effectuer les opérations bancaires d'une personne âgée ou payer ses factures).

Limites des données

Bien que les personnes de moins de 45 ans fassent sans doute partie de la génération sandwich, elles n'étaient pas aussi susceptibles de se trouver dans ce groupe que celles de 45 à 64 ans¹. Selon certains chercheurs, les personnes moins âgées prodiguant des soins aux aînés peuvent percevoir davantage cette tâche comme un fardeau parce que leurs enfants sont plus jeunes. Afin d'établir si l'âge des enfants avait une incidence sur les réponses, on a examiné la situation des travailleurs de la génération sandwich ayant des enfants de moins de 15 ans. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait aucune différence entre les personnes ayant des enfants plus jeunes et la population visée.

En outre, on n'a pas posé les questions portant sur l'« incidence de la prestation de soins » à un peu plus de 10 % (81 000) des travailleurs de la génération sandwich lorsque la personne à qui ils prodiguaient des soins était décédée au cours des 12 mois précédents. Par conséquent, il se peut qu'il y ait un biais dans les réponses portant sur l'« incidence des soins ». Enfin, étant donné que les questions sur les « conséquences de la prestation de soins » n'étaient posées qu'à ceux qui dispensaient des soins aux personnes âgées, il n'est pas possible d'établir une comparaison entre ces derniers et l'ensemble de la population de 45 à 64 ans. Par conséquent, le principal groupe de référence était composé de personnes de 45 à 64 ans qui donnaient des soins aux aînés mais qui n'avaient pas d'enfant à la maison. Dans la mesure du possible, on a procédé à des comparaisons avec les personnes ne prodiguant pas de soins aux aînés et n'ayant pas d'enfant à la maison.

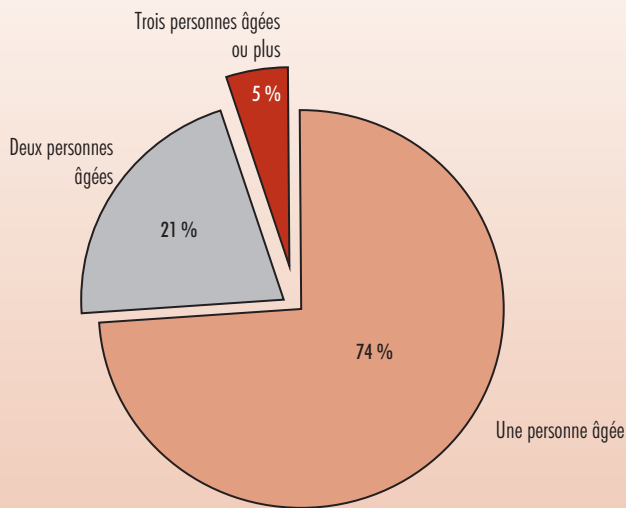
1. S.K. Wisensale, « Toward the 21st century: Family change and public policy », *Family Relations*, vol. 41, n° 4, octobre 1992, p. 417 à 422.

aujourd'hui, il y a une différence cruciale évidente : aujourd'hui, la majorité des femmes non âgées qui sont en âge de travailler occupent un emploi rémunéré et ne sont pas des femmes au foyer à temps plein. Toutefois, bien que les parents aient assisté à l'élargissement des services

pour les soins aux enfants, il existe par ailleurs peu de soutien officiel pour le nombre croissant d'hommes et de femmes d'âge moyen qui s'occupent de personnes âgées.

Comment les familles s'en sortent-elles? Selon certaines recherches, les femmes accordent plus de temps aux

soins des enfants et aux travaux ménagers, tandis que les hommes consacrent plus d'heures à leur travail rémunéré. Mais que se passe-t-il lorsque les soins aux personnes âgées entrent en jeu? Les femmes sont-elles plus susceptibles de dispenser les soins, ou la responsabilité est-elle partagée?



Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

Selon l'ESG de 2002, environ 2,6 millions de personnes de 45 à 64 ans vivaient avec leurs enfants de moins de 25 ans. Environ 27 % — ou 712 000 personnes — apportaient aussi des soins à une personne âgée sous une forme ou une autre. Ces personnes composent la génération sandwich. Même si la vaste majorité des personnes qui dispensaient des soins aux aînés les prodiguaient à leurs parents ou à leurs beaux-parents, environ 25 % des soins étaient destinés à d'autres personnes apparentées, à des amis, à des voisins ou à des collègues de travail.

Certains se sentent très coincés

Il peut être stressant de s'occuper à la fois d'enfants et de personnes âgées apparentées, particulièrement lorsque les enfants sont jeunes ou qu'ils sont nombreux⁶. En outre, la situation peut devenir encore plus compliquée lorsqu'il faut s'occuper de plus d'une personne âgée. En fait,

environ 21 % des travailleurs de la génération sandwich s'occupaient de deux personnes âgées et 5 %, d'au moins trois.

La vaste majorité — plus de 8 sur 10 des personnes qui prenaient soin de leurs enfants ainsi que d'une personne âgée — a déclaré que leur principale activité au cours des 12 derniers mois consistait en un travail rémunéré. Comparativement à cela, seulement 65 % des personnes qui donnaient des soins à un aîné mais qui n'avaient pas d'enfant à la maison étaient occupées. Il peut être difficile de concilier travail et famille. Ce qui est intéressant, par contre, c'est que l'ESG de 2002 a démontré que la plupart des personnes (82 %) qui travaillaient tout en s'occupant d'enfants et de personnes âgées étaient généralement satisfaites de l'équilibre qu'elles avaient atteint, en regard de leurs tâches multiples.

Néanmoins, prodiguer des soins à des enfants et à des personnes âgées entraîne parfois des ajustements nécessaires au mode de vie, par exemple des changements dans l'horaire de travail, le refus d'une offre d'emploi ou une baisse de revenu. Environ 1 travailleur sur 7 appartenant à la génération sandwich avait réduit ses heures de travail au cours des 12 mois précédents, 20 % avaient modifié leur horaire de travail et 10 % avaient subi une perte de revenu.

On a souvent dépeint les travailleurs de la génération sandwich comme des personnes incapables de faire face à leurs autres responsabilités du fait qu'elles s'occupent d'une personne âgée⁷. Toutefois, les résultats de l'ESG démontrent que seulement un peu plus de 1 travailleur sur 10 de 45 à 64 ans qui s'occupait d'une personne âgée, avec ou sans enfants à la maison, éprouvait de la difficulté à assumer ses autres responsabilités.

Les travailleurs de la génération sandwich passent moins de temps à dispenser des soins aux aînés que ceux qui n'ont pas d'enfant à la maison

L'ESG de 2002 a permis de se pencher sur le nombre d'heures que les répondants ont consacrées à des activités se rapportant aux soins des personnes âgées, par exemple les travaux ménagers et la préparation des repas, l'entretien de la cour et de l'extérieur de la maison, le transport aux rendez-vous et l'aide apportée pour les bains ou l'habillage. Même si les résultats indiquent que la fréquence de la prestation de soins est comparable, les travailleurs de la génération sandwich consacraient moins d'heures à ces activités que ceux qui n'avaient pas d'enfant à la maison, soit 20 heures par mois en moyenne, comparativement à 26 heures, respectivement. Les deux groupes consacraient environ le même

	Intensité	
	Faible (8 heures ou moins par mois)	Forte (plus que 8 heures par mois)
	%	
Proportion de personnes qui se sentent stressées		
Très élevé ou plutôt élevé	67	76*
Peu élevé	23	19
Aucun	9 ^E	5 ^E
Ne sait pas ou sans opinion	F	F
Conséquences de la prestation de soins		
Effets sur la santé	7 ^E	23*
Habitudes de sommeil perturbées	9 ^E	22*
Dépenses supplémentaires	32	55*
Réorganisation des activités sociales	28	50*
Changement des projets de vacances	17	43*
La personne recevant des soins a déménagé plus près de la personne qui donne les soins	7 ^E	10 ^E
La personne donnant des soins habite maintenant avec celle recevant les soins	F	6 ^E
Incidence sur le travail		
Horaire de travail modifié	11	35*
Réduction des heures de travail	10	26*
Baisse de revenu	6 ^E	17*
Fardeau global		
Aucun	60	37*
Minime ou modéré	34	56*
Assez élevé ou extrême	3 ^E	6 ^E

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison des cas de non-réponse.

* Indiquent qu'il existe une différence significative par rapport au groupe de la génération sandwich qui donne des soins à faible intensité.

^E À utiliser avec prudence.

F Trop peu fiable pour être publié.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

personnes puissent consacrer à peu près le même temps aux soins d'un aîné, mais les tâches qu'elles doivent effectuer peuvent varier considérablement. Par exemple, une personne qui reçoit des soins peut avoir besoin d'aide seulement pour les tâches à l'extérieur comme la tonte du gazon, alors qu'une autre peut avoir besoin d'aide pour les besoins élémentaires de la vie quotidienne tels que le bain, l'habillage ou l'alimentation.

Les personnes qui faisaient partie du groupe prodiguant des soins de « forte intensité » étaient plus susceptibles d'en subir les effets négatifs sur la santé, ce qui n'a rien d'étonnant. En fait, 76 % de ces personnes se sentaient stressées, comparativement à 67 % de leurs homologues qui donnaient des soins à « faible intensité ». Même si 22 % des personnes dispensant des soins à forte intensité ont signalé des changements à leurs habitudes de sommeil, seulement 9 % de ceux qui font partie du groupe qui fournissait des soins à faible intensité ont indiqué des situations semblables. En plus, 23 % des personnes prodiguant des soins à forte intensité ont trouvé que leur état de santé général était affecté, comparativement à 7 % de celles qui fournissaient des soins à faible intensité. Par ailleurs, environ la moitié de ceux qui font partie du groupe fournissant des soins à forte intensité ont dû réorganiser leurs activités sociales et 43 %, leurs projets de vacances. Ces personnes étaient également beaucoup plus susceptibles que leurs homologues donnant des soins à faible intensité de se sentir constamment stressées (20 % contre 9 %).

Les membres du groupe fournissant des soins à forte intensité étaient eux aussi considérablement plus susceptibles d'éprouver des problèmes liés au travail. Ils étaient trois fois plus susceptibles de réorganiser leur horaire de travail et plus de deux fois plus susceptibles de réduire leurs heures de travail ou de subir une baisse de revenu.

nombre d'heures à leur emploi rémunéré, soit 42 heures par semaine dans le cas des travailleurs faisant partie de la génération sandwich et 41 heures dans le cas de ceux qui n'ont pas d'enfant à la maison.

Le nombre d'heures passées à prendre soin d'une personne fournit un indicateur de l'intensité. Les travailleurs de la génération sandwich qui consacrent huit heures ou moins par mois aux soins des personnes âgées peuvent être considérés

comme des personnes dispensant des soins de la catégorie « faible intensité », tandis que les travailleurs qui y consacrent plus de temps peuvent être considérés comme des personnes apportant des soins de la catégorie « forte intensité ». Les conséquences sur la personne qui prodigue les soins varient beaucoup en fonction de ces regroupements. Cependant, ce n'est pas seulement la quantité des soins qui compte. En effet, il est possible que deux

	Personnes occupées de 45 à 64 ans		
	Génération sandwich	Personnes âgées seulement	Ni l'un ni l'autre
	%		
État de santé (général)			
Excellente ou très bonne	74	74	73
Bonne	22	21	21
Moyenne ou mauvaise	4	5	5
Niveau de stress			
Très élevé ou plutôt élevé	70	64*	61*
Peu élevé	21	25	26
Aucun	7	10	10
Ne sait pas ou sans opinion	F	F	F
Équilibre entre le travail et la famille			
Très satisfaite	21	28*	29*
Satisfaite	61	57	57
Neutre ou sans opinion	5	5	4
Insatisfaite	11	8	8
Très insatisfaite	F	F	F
Satisfaction face à la vie			
Très satisfaite	34	32	29*
Satisfaite	61	62	65
Sans opinion	F	F	F
Pas très satisfaite	3 ^E	4	3
Pas du tout satisfaite	F	F	F

^E À utiliser avec prudence.

F Trop peu fiable pour être publié.

* Indiquent qu'il existe une différence significative par rapport au groupe de la génération sandwich.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

(69 %), tout comme l'aide au transport (65 %). Inversement, les femmes étaient plus susceptibles de s'occuper des soins personnels que les hommes (79 % contre 22 %) et des tâches à l'intérieur de la maison telles que la préparation des repas et le ménage (65 %). On retrouvait cette même tendance chez les personnes qui ne s'occupaient que de personnes âgées.

Même s'ils sont satisfaits de la vie en général, les travailleurs de la génération sandwich sont plus stressés que les autres

Deux courants d'opinions ressortent quant aux conséquences personnelles de la prestation de soins à la fois aux aînés et aux enfants. La première opinion veut que les personnes en question ne se sentent pas plus pressées ou stressées que les autres, car les aspects négatifs de la prestation de soins sont compensés par le renforcement de l'estime de soi¹⁰. La deuxième opinion fait référence aux deux rôles pouvant conduire à une surcharge, à une mauvaise santé, à un stress accru et à une inaptitude à trouver un équilibre dans la vie¹¹. De plus, bon nombre d'enfants adultes trouvent extrêmement difficile, du point de vue affectif, de s'occuper de leurs parents qui prennent de l'âge. Par conséquent, cette situation peut être stressante à la fois pour celui qui dispense les soins et pour celui qui les reçoit, particulièrement à mesure que la santé se détériore, alors que plus de soins sont nécessaires¹².

L'ESG de 2002 soutient les deux courants d'opinions. Par exemple, 95 % des travailleurs de la génération sandwich se sentaient satisfaits ou très satisfaits de la vie en général, soit pratiquement la même proportion que ceux qui ont moins de responsabilités. Cependant, même si la plupart étaient satisfaits, les travailleurs de la génération sandwich étaient nettement plus susceptibles de se sentir stressés (70 %) que ceux qui prodiguaient uniquement des soins aux personnes âgées (64 %) ou

Les femmes participent davantage à la prestation de soins

Les femmes continuent d'assumer une grande partie des soins donnés aux enfants dans les ménages biparentaux, même lorsque les deux parents font partie de la population active⁸. Il en va de même pour les soins dispensés aux personnes âgées en ce qui a trait à la vraisemblance de fournir des soins et à l'exécution des tâches les plus intensives telles que le bain, l'habillage et la préparation des repas⁹. Environ 25 % des hommes de 45 à 64 ans ayant des enfants à la maison s'occupaient

d'une personne âgée, comparativement à 32 % des femmes vivant dans des circonstances semblables.

Le temps consacré aux soins aux aînés variait entre les hommes et les femmes. Ainsi, les femmes qui occupaient un emploi et qui avaient des enfants à la maison consacraient chaque mois plus de deux fois le nombre d'heures déclaré par leurs homologues masculins pour les soins destinés à une personne âgée (29 heures contre 13). Cela pourrait s'expliquer en partie par le type de soins offerts. Par exemple, l'entretien extérieur de la maison était le plus souvent effectué par les hommes

ceux qui n'avaient aucune responsabilité relativement aux soins des enfants ou des aînés (61 %).

Cela n'a rien d'étonnant, vu que le travail à temps plein, l'éducation des enfants et la prestation de soins aux personnes âgées laissent souvent peu de temps pour les activités sociales ou les vacances et peuvent, en outre, contribuer à l'apparition de problèmes de santé. En réalité, plus du tiers des personnes qui dispensent des soins ont jugé nécessaire de réduire leurs activités sociales, et le quart d'entre elles ont dû modifier leurs projets de vacances. Souvent, un appel peut survenir pendant la nuit et la personne doit quitter la maison pour venir en aide. Environ 13 % des personnes qui fournissaient des soins ont vu leurs habitudes de sommeil se détériorer, et le même pourcentage de personnes ont senti que leur santé s'en trouvait affectée d'une façon ou d'une autre. Tandis que 1 travailleur sur 10 de la génération sandwich a subi une perte de revenu, 4 sur 10 ont engagé des dépenses supplémentaires telles que la location d'équipement médical ou l'achat de téléphones cellulaires.

Il n'en demeure pas moins que pour bien des gens, la prestation de soins revêt des aspects positifs. Plus de 60 % de ceux qui dispensaient des soins avaient l'impression de rendre un peu de ce que la vie leur avait donné, et 70 % indiquaient que leurs liens avec la personne âgée s'en trouvaient renforcés. Bien que la prestation de soins puisse être difficile à intégrer aux autres obligations et responsabilités, seulement 5 % environ des répondants la percevaient comme un fardeau extrême.

Que désirent les personnes qui donnent des soins?

Les gens qui sont occupés à maintenir l'équilibre entre les enfants, le travail et les soins aux personnes âgées ont exprimé le désir d'avoir du soutien sous forme de programmes en milieu de travail ou de politiques gouvernementales adéquates. Le soutien en milieu de travail comprend

des horaires flexibles, la possibilité de faire du télétravail et d'obtenir de l'information sur les ressources communautaires en particulier, ainsi que sur la santé et le vieillissement en général¹³. Cependant, même si l'on s'inquiète du fait que l'absentéisme potentiel des fournisseurs de soins de la génération sandwich pourrait entraîner une hausse des coûts et des pertes de productivité qui y sont associés, les programmes de soins aux aînés sont moins susceptibles d'être offerts que les programmes de soins aux enfants et, même lorsqu'ils le sont, ils sont peu utilisés¹⁴. L'Enquête sur le milieu de travail et les employés de 1999 (qui exclut les administrations publiques) a révélé que 802 700 personnes — ou 7 % des employés — avaient accès à des services de garde d'enfants, mais que seulement 78 800 (un peu moins de 10 %) y avaient recours. Bien que moins d'employés aient eu accès à des services liés à des soins aux personnes âgées (394 300), le taux d'utilisation était légèrement plus élevé et s'élevait à environ 13 %.

Les chercheurs avancent plusieurs raisons pour expliquer le faible taux d'utilisation des services liés aux soins des personnes âgées en milieu de travail. Par exemple, il arrive

souvent que ces programmes ne répondent pas convenablement aux besoins des personnes qui reçoivent des soins ou qui les prodiguent. De même, selon certaines recherches effectuées par des groupes de discussion, les personnes qui donnent des soins peuvent tenter de dissimuler leurs responsabilités par rapport à la prestation de soins, de crainte qu'elles ne gênent leur carrière. Enfin, la culture du milieu de travail peut ne pas être propice à l'utilisation de tels programmes même lorsqu'ils sont offerts¹⁵.

Les attentes de toutes les personnes dispensant des soins aux aînés étaient très semblables, qu'elles aient ou non des enfants à la maison. Par exemple, les deux groupes étaient également susceptibles de vouloir profiter d'une compensation ou d'un allègement fiscal, de l'information sur les incapacités et les maladies de longue durée, ou l'accès à des services de consultation. Toutefois, on peut observer certaines différences. Parmi les personnes qui travaillaient, les membres de la génération sandwich étaient plus susceptibles que ceux qui ne devaient s'occuper que d'une personne âgée (52 % contre 46 %) de sentir qu'ils pourraient mieux

TSC

Que désirent les personnes qui donnent des soins?

	Personnes occupées	
	Génération sandwich	Personnes âgées seulement
	%	
Services de relève	52	46*
Horaire de travail ou d'études flexible	46	36*
Information sur les incapacités de longue durée	43	39
Information sur les soins à donner	42	37
Compensation ou allègement fiscal	36	35
Services de consultation	28	24
Autre	12	10

* Indiquent qu'il existe une différence significative par rapport au groupe de la génération sandwich.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2002.

s'acquitter de leurs fonctions s'ils pouvaient compter sur des services de relève. Les travailleurs de la génération sandwich étaient également plus susceptibles de vouloir un horaire de travail ou d'études flexible (46 % contre 36 %).

Résumé

En 2002, environ 712 000 Canadiens de 45 à 64 ans étaient coincés entre les responsabilités liées à l'éducation des enfants et celles se rapportant à la prestation de soins à des personnes âgées. Le travail rémunéré s'ajoutait au fardeau dans le cas de 8 personnes sur 10. Pour ces travailleurs de la génération sandwich, le fait de s'occuper d'une personne âgée avait les conséquences suivantes : 15 % ont dû couper leurs heures de travail, 20 % ont dû réorganiser leur horaire et 10 % ont subi une baisse de revenu. Comme il fallait s'y attendre, ces personnes en sentaient aussi le poids sur leur santé et leur vie sociale.

Toutefois, la prestation de soins n'a pas que des conséquences négatives. Plus de 60 % des gens qui travaillaient et s'occupaient d'une personne âgée tout en ayant encore des enfants à la maison avaient l'impression que prendre soin d'un aîné était simplement une façon de redonner ce qu'ils avaient reçu, et 70 % ont déclaré que les liens s'en trouvaient renforcés. Même si ces personnes étaient aussi susceptibles que les autres travailleurs d'être satisfaites de l'équilibre qu'elles avaient trouvé entre le travail et le foyer, elles étaient beaucoup plus susceptibles de se sentir stressées en général. En outre, elles étaient nettement plus susceptibles de désirer un régime de travail flexible ou des services de relève afin de pouvoir offrir de meilleurs soins.

Les personnes qui consacraient plus de huit heures par mois aux soins des aînés étaient plus susceptibles d'en ressentir les effets que celles qui y consacraient moins de temps. Parmi les personnes dispensant des soins à forte intensité, la moitié ont dû réorganiser leurs activités sociales et environ 35 % ont dû changer leur horaire de travail.



Cara Williams est analyste principale à la Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail de Statistique Canada.

1. S.H. Preston, « Children and the elderly in the U.S. », *Scientific American*, vol. 251, n° 6, décembre 1984, p. 44 à 49.
2. T. Anderson, « Taking a bite out of the sandwich generation », *USA Today*, vol. 128, n° 2654, novembre 1999, p. 18 à 19; W. Immen, 17 mars 2004, « Caught in the 'sandwich' », *Globe and Mail*, section C1-2; C. Kleiman, « Sandwich generation needs support », *The London Free Press*, cahier des affaires, 29 avril 2002.
3. K.I. Fredriksen et A.E. Scharlach, « Employee family care responsibilities », *Family Relations*, vol. 48, n° 2, p. 189 à 196.
4. C.J. Rosenthal et L.O. Stone, *How Much Help is Exchanged in Families? Towards an Understanding of Discrepant Research Findings*, document de recherche n° 2, SEDAP, rapport de recherche, Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), Hamilton (Ont.), McMaster University, 1999.
5. C. Ward-Griffin et V.W. Marshall, « Reconceptualizing the relationship between 'public' and 'private' eldercare », *Journal of Aging Studies*, vol. 17, 2003, p. 189 à 208.
6. Environ 73 % des personnes de la génération sandwich qui occupaient un emploi avaient des enfants de moins de 20 ans. Parmi celles-ci, 221 500 avaient au moins un enfant de 16 ans et moins et environ 177 000 avaient deux enfants ou plus de moins de 18 ans.
7. W. Immen, « Caught in the 'sandwich' », *Globe and Mail*, section C1-2, 17 mars 2004.
8. C. Silver, « Être présent : le temps que les couples à deux soutiens passent avec leurs enfants », *Tendances sociales canadiennes*, été 2000, n° 57, p. 25 à 29.
9. R. Ward et G. Spitze, « Sandwiched marriages: The implications of child and parent relations for marital quality in midlife », *Social Forces*, vol. 77, n° 2, décembre 1998, p. 647 à 666; N.F. Marks, « Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict and midlife well-being », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 60, n° 4, novembre 1998, p. 951 à 966.
10. Centre on Aging, n.d., *Research Snapshot on the Sandwich Generation: Caregiving and Stress*, University of Victoria, Victoria, www.coag.uvic.ca/publications/snapshot.
11. Marks, 1998; Centre on Aging.
12. D.A. Miller, « The 'sandwich' generation: Adult children of the aging », *Social Work*, septembre 1981, p. 419 à 423.
13. D.L. Wagner, *Workplace Programs for Family Caregivers: Good Business and Good Practice*, monographie, San Francisco, Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving, 2003, www.caregiver.org.
14. *Ibid.*
15. *Ibid.*

Le trouble d'anxiété sociale — beaucoup plus que de la timidité

par Margot Shields

Le présent article est une adaptation de « Trouble d'anxiété sociale — plus que de la timidité », publié en octobre 2004 dans *La santé de la population canadienne*, supplément annuel des *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada. Pour obtenir une liste complète des références, veuillez consulter le document original, offert gratuitement sur le site de Statistique Canada à www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/82-003-SIF2004000.htm

Au cours de leur vie, la plupart des gens ont éprouvé un sentiment de gêne ou un malaise face à une quelconque situation sociale ou dans une situation où ils devaient se dépasser. Cependant, les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété sociale (appelé aussi phobie sociale) éprouvent un malaise nettement plus important. Elles se sentent toute leur vie très mal à l'aise ou même paralysées dans

les situations sociales parce qu'elles ont une peur immense d'être examinées à la loupe ou mises dans l'embarras. Dans de telles situations, soit qu'elles évitent totalement les contacts sociaux, soit qu'elles les redoutent et les subissent en éprouvant une très grande détresse¹. Souvent méconnu et confondu avec la simple timidité, le trouble d'anxiété sociale correspond, selon plusieurs études, à un état chronique et persistant caractérisé par d'intenses sentiments d'anxiété et un trouble significatif du fonctionnement². On parle avec raison de « timidité malade »³.

Il est difficile de déterminer combien de personnes souffrent réellement d'un trouble d'anxiété sociale, puisque la plupart évitent de consulter un professionnel de la santé pour se faire traiter. Le trouble d'anxiété sociale a été considéré comme un état rare et habituellement bénin jusque dans les années 1980, où il a été reconnu comme trouble distinct dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Puis, dans les années 1990, plusieurs études épidémiologiques ont permis de croire que le trouble

d'anxiété sociale était associé à un trouble important du comportement et qu'il était beaucoup plus commun qu'on ne l'avait cru au départ⁴. De fait, on le considérait comme l'un des troubles mentaux les plus courants. Toutefois, comme peu de personnes se font traiter par des professionnels de la santé, les études épidémiologiques — fondées sur un échantillon stratifié représentatif — constituent en réalité le seul moyen d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale et le fardeau qu'il peut représenter.

Fondé sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être, le présent article traite des taux de prévalence du trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête et au cours de la vie des Canadiens de 15 ans et plus. Il aborde également l'âge au moment de l'apparition des symptômes, la durée de ceux-ci, le lien avec d'autres troubles mentaux, le fardeau que représente cette maladie ainsi que le nombre de personnes atteintes de ce trouble et qui ont consulté un professionnel de la santé.



TSC Ce qu'il faut savoir sur la présente étude

Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être a été réalisé dans les 10 provinces en 2002. L'enquête a eu recours à la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) pour évaluer la prévalence de divers troubles mentaux au sein de la population canadienne de 15 ans et plus vivant à la maison. La WMH-CIDI, conçue pour être administrée par des intervieweurs non professionnels, est fondée de façon générale sur les critères diagnostiques énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Quatrième édition. Selon les conseils de spécialistes dans le domaine de la santé mentale, la WMH-CIDI et les

algorithmes utilisés pour mesurer les troubles mentaux ont été révisés au cours d'une certaine période. Le questionnaire de l'ESCC peut être consulté à l'adresse www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/content_f.htm.

Pour certains troubles, des questions de dépistage ont servi à déterminer s'il serait approprié de poser au participant des questions plus détaillées conçues pour évaluer un trouble particulier. Le but visé était de réduire le nombre de questions posées aux participants n'ayant pas de troubles mentaux. Dans certains cas, ces questions de dépistage ont été utilisées également pour classer les participants à l'enquête comme souffrant d'un trouble.

TSC Le trouble d'anxiété sociale est moins courant chez les personnes de 55 ans et plus

	Au cours de la vie	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)
	%	
Total	8,1	3,0
Sexe		
Hommes	7,5*	2,6*
Femmes	8,7	3,4
Groupe d'âge		
15 à 24	9,4	4,7*
25 à 34	9,6	3,8
35 à 54	9,1	3,1
55 ans et plus	4,9*	1,3*
État matrimonial‡		
Marié(e) ou en union libre	8,0	2,5
Veuf(veuve)	7,0 ^E	2,4 ^E
Divorcé(e) ou séparé(e)	12,7*	5,0*
Jamais marié(e)	12,0*	5,0*
Niveau de scolarité‡		
Pas de diplôme d'études secondaires	9,1	3,9*
Diplôme d'études secondaires	8,8	3,3
Études postsecondaires partielles	10,3	3,9*
Diplôme d'études secondaires	8,9	2,7
Revenu du ménage		
Inférieur ou moyen-inférieur	9,8*	4,6*
Moyen	7,8	3,0
Moyen-supérieur ou supérieur	8,2	2,8

Nota : Catégorie de référence en italique.

Population à domicile de 15 ans et plus, Canada, sauf les territoires.

^E À utiliser avec prudence.

‡ Pour les personnes de 25 à 64 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 : Santé mentale et bien-être.

Une situation où l'on doit se dépasser ou parler en public est extrêmement angoissante pour les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale

Selon l'ESCC de 2002, un peu plus de 2 millions de Canadiens et Canadiennes de 15 ans et plus (8 % de la population totale) ont indiqué qu'ils avaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale, c'est-à-dire qu'ils en avaient éprouvé les symptômes au cours de leur vie. Par ailleurs, quelque 750 000 personnes (3 %) souffraient de ce trouble au moment de l'enquête, c'est-à-dire qu'elles avaient éprouvé des symptômes au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale appréhendent le plus souvent une situation où elles doivent se dépasser ou prendre la parole en public. Plusieurs autres situations sont en outre une source d'anxiété pour bon nombre, notamment le fait de rencontrer de nouvelles personnes, de parler à quiconque représente un symbole d'autorité, ou d'entrer dans une pièce où il y a plusieurs personnes. La majorité des personnes aux prises avec un trouble d'anxiété sociale ont dit craindre 10 ou plus des 14 situations sociales couvertes par l'ESCC, et près de 95 % craignaient 5 de ces situations ou plus. Dans la moitié des situations examinées, les femmes

étaient légèrement plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir des appréhensions.

Le trouble d'anxiété sociale se manifeste dès le jeune âge

L'apparition hâtive du trouble d'anxiété sociale représente certes l'une de ses caractéristiques les plus frappantes : les symptômes se manifestent habituellement pour la première fois durant l'enfance ou au début de l'adolescence. On a

demandé aux participants à l'ESCC d'indiquer à quel âge ils avaient éprouvé pour la première fois une peur intense dans une situation sociale ou dans une situation où ils devaient se dépasser et qu'ils avaient cherché à éviter. L'âge moyen des personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale au moment de l'apparition des premiers symptômes était de 13 ans; seulement 15 % ont déclaré que les symptômes s'étaient manifestés pour

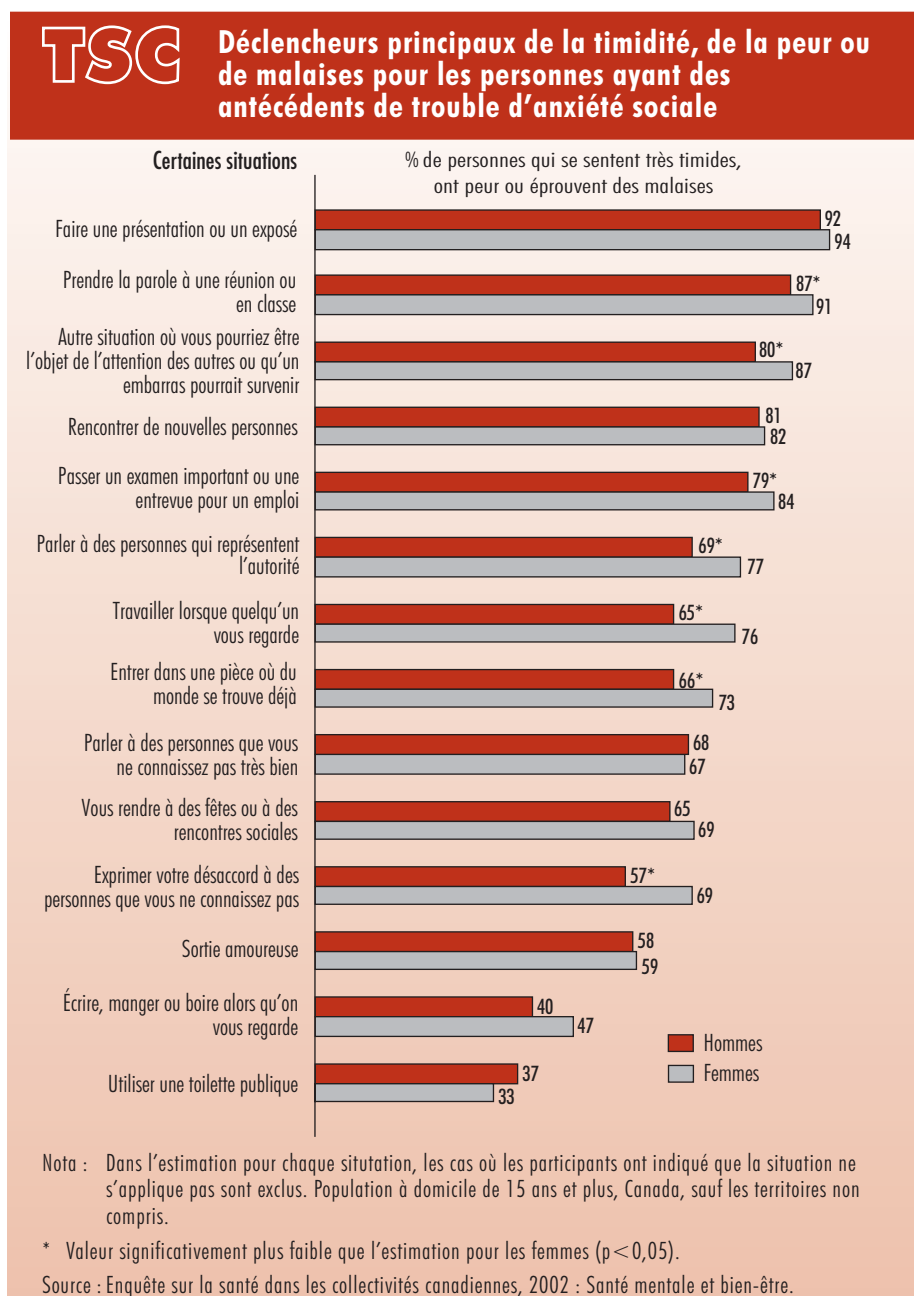
la première fois après 18 ans. Par contre, les premiers symptômes des deux autres troubles courants — soit le trouble panique et la dépression — se sont manifestés beaucoup plus tard, à 25 et 28 ans, respectivement.

Le trouble d'anxiété sociale peut non seulement apparaître tôt, mais il peut aussi durer longtemps. Selon de nombreuses études, les symptômes peuvent persister pendant des années — souvent deux décennies ou plus⁵. Les participants à l'ESCC qui ont présenté des antécédents de ce trouble au cours de leur vie en ont ressenti les symptômes en moyenne pendant 20 ans. Ce résultat sous-estime le véritable fardeau que représente ce trouble, puisque de nombreuses personnes en souffraient encore au moment de l'enquête.

Le trouble d'anxiété sociale est plus courant chez les femmes

En 2002, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souffrir de trouble d'anxiété sociale, tant au cours de leur vie qu'au moment de l'enquête. Le rapport du taux chez les femmes et chez les hommes était de 1,2 pour le trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie et de 1,3 pour le trouble au moment de l'enquête (12 derniers mois). Ces résultats s'apparentent à ceux d'autres études communautaires et cliniques, qui révèlent généralement des taux supérieurs chez les femmes⁶.

Les jeunes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête (4,7 %) que les personnes d'âge moyen (3,1 %), et les personnes de 55 ans et plus étaient moins susceptibles (1,3 %) de souffrir de ce trouble. On a également observé cette tendance dans d'autres pays⁷. Les taux d'anxiété sociale enregistrés au cours de la vie dans le cadre de l'ESCC étaient semblables pour les personnes de 15 à 54 ans; passé cet âge, les taux chutaient nettement. Un effet de cohorte



jouerait peut-être ici un rôle, c'est-à-dire que les personnes nées il y a plus longtemps seraient moins susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale que les cohortes plus récentes. Toutefois, en l'absence de données sur la prévalence des décennies précédentes, le bien-fondé d'une telle théorie reste difficile à démontrer. Il se peut également que les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale décèdent à un âge plus jeune ou que les personnes âgées ne se rappellent pas avoir eu les symptômes associés à ce trouble.

Les personnes mariées sont moins susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale

En 2002, la prévalence du trouble d'anxiété sociale était plus marquée chez les personnes qui ne s'étaient jamais mariées ou qui avaient divorcé ou s'étaient séparées (5,0 % dans l'un et l'autre cas) que chez les personnes mariées (2,5 %). D'autres études révèlent des associations semblables pour ce qui est de l'état matrimonial⁸. De fait, l'apparition du trouble d'anxiété sociale à un jeune âge semblerait empêcher une personne de développer des aptitudes sociales, ce qui rendrait le mariage ou un mariage réussi moins probable.

Comme en témoignent les résultats de l'ESCC, le fait de ne pas avoir développé d'aptitudes sociales à un jeune âge pourrait également constituer une entrave au succès scolaire⁹. Les personnes qui n'avaient pas achevé leurs études secondaires ou postsecondaires étaient plus susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale que les diplômés du postsecondaire. Chez les étudiants du postsecondaire, l'abandon des études pourrait tenir à la peur ou au malaise associé à un nouveau milieu social, comme lorsqu'on change d'école ou que l'on quitte la maison pour aller vivre à l'extérieur.

Prévalence plus élevée du trouble d'anxiété sociale dans les ménages à faible revenu

Selon l'ESCC de 2002, le trouble d'anxiété sociale est plus courant chez les personnes qui habitent dans des ménages à faible revenu. En outre, les personnes ayant déclaré éprouver des symptômes de trouble d'anxiété sociale au cours des 12 derniers mois étaient moins susceptibles d'avoir un emploi et celles qui ont travaillé avaient un revenu personnel inférieur. Cela peut être attribuable en partie aux faibles niveaux de scolarité des personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ainsi qu'aux difficultés associées à un emploi qui exige passablement d'interaction sociale¹⁰. Les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale étaient également plus susceptibles d'être dépendantes sur le plan financier. En 2002, 10 % des personnes qui présentaient des symptômes au moment de l'enquête habitaient dans des ménages qui ont déclaré avoir touché des prestations d'aide sociale au cours des 12 derniers mois, comparativement à 4 % des personnes n'ayant pas d'antécédents de ce trouble. Les résultats de l'ESCC, pour ce qui est de la dépendance sur le plan financier, sont comparables à ceux d'autres études¹¹.

Le trouble d'anxiété sociale est associé à d'autres troubles

Selon toute vraisemblance, le trouble d'anxiété sociale est nettement associé à un risque plus élevé d'autres troubles d'anxiété, de trouble de l'humeur et de toxicomanie, ainsi qu'à la gravité et à la persistance de ces autres troubles mentaux¹².

Les personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête étaient plus de six fois plus susceptibles que la population générale de souffrir de trouble dépressif majeur, et elles étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir une dépendance aux drogues. Même

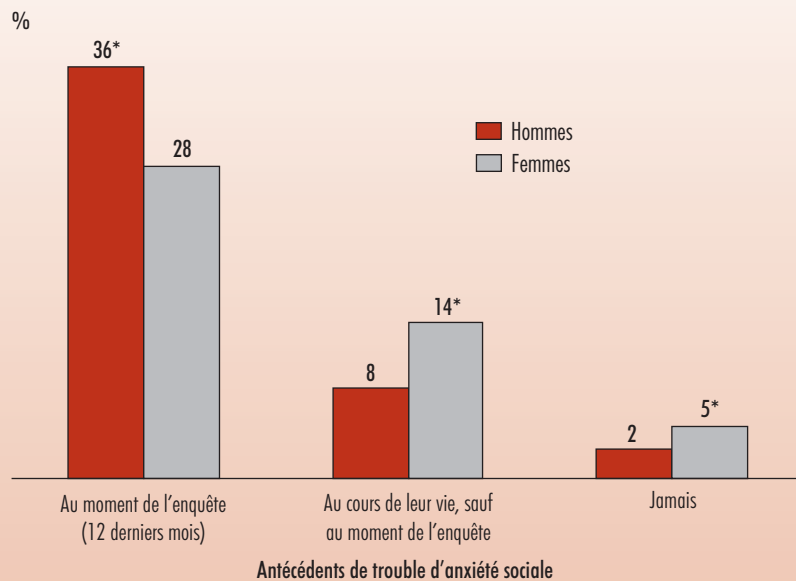
les personnes qui n'avaient plus de symptômes ont continué de présenter un risque plus élevé de souffrir de ces autres troubles. La relation entre le trouble d'anxiété sociale et ces autres états mentaux persiste lorsqu'on l'examine en utilisant des modèles multivariés qui tiennent compte de l'effet des facteurs socioéconomiques.

Le trouble d'anxiété sociale semble davantage être lié à la dépression chez les femmes et à la toxicomanie chez les hommes¹³. Lorsque les modèles multivariés de l'ESCC ont été utilisés pour vérifier s'il existe une interaction entre le sexe et les antécédents de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête, seule la dépression a révélé une interaction significative. Parmi les personnes qui déclaraient souffrir de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête, les hommes présentaient un risque plus élevé que les femmes de souffrir également de dépression. Toutefois, dans le cas des personnes qui n'ont jamais souffert de ce trouble ou qui en ont souffert dans le passé, la dépression était plus courante chez les femmes.

Le trouble d'anxiété sociale précède souvent d'autres troubles

Un examen des données de l'ESCC révèle que le trouble d'anxiété sociale précède souvent d'autres troubles mentaux. En 2002, les participants à l'ESCC qui présentaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale et de trouble dépressif majeur au cours de leur vie ont déclaré que les symptômes d'anxiété sociale se sont manifestés les premiers dans environ 7 cas sur 10 (69 %). L'âge au moment de l'apparition des symptômes était le même pour chacun des troubles dans 13 % des cas.

Chez les personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale et de trouble panique au cours de leur vie, l'anxiété sociale



Nota : Population à domicile de 15 ans et plus, Canada, sauf les territoires.

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 : Santé mentale et bien-être.

s'est manifestée à un âge plus jeune dans 59 % des cas, et l'âge au moment de l'apparition des symptômes était le même pour le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale dans environ le quart des cas.

Bien que la question n'ait pas fait l'objet d'une étude approfondie, l'analyse a révélé qu'il existe un lien entre le trouble d'anxiété sociale et la maladie physique¹⁴. Les participants à l'ESCC souffrant de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête ont déclaré en moyenne 1,5 problème de santé physique chronique. Il s'agit là d'un nombre significativement supérieur au nombre moyen déclaré par ceux qui ont des antécédents de ce trouble (1,2) ou ceux qui n'ont aucun antécédent (1,1).

Soutien social inadéquat pour les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale

De nombreuses études antérieures ont révélé que le trouble d'anxiété sociale est associé à l'isolement

social, à l'incapacité et à une piètre qualité de vie. Les données de l'ESCC reflètent aussi de telles associations.

L'ESCC a permis de mesurer quatre types de soutien social, soit le soutien concret, l'affection, l'interaction sociale positive et le soutien émotionnel ou informationnel. Bénéficier d'un soutien concret signifie avoir quelqu'un qui vous fournit de l'aide lorsque vous en avez besoin, par exemple si vous êtes alité ou si vous avez besoin de quelqu'un pour vous conduire chez le médecin, préparer les repas ou accomplir certaines tâches quotidiennes. Recevoir de l'affection signifie avoir une personne qui vous montre qu'elle vous aime, qui vous prend dans ses bras et qui vous procure le sentiment d'être désiré. Avoir des interactions sociales positives signifie pouvoir se détendre, s'amuser ou se changer les idées avec une personne. Le soutien émotionnel ou informationnel est prodigué par des personnes qui vous comprennent ainsi que vos problèmes, qui vous conseillent et avec

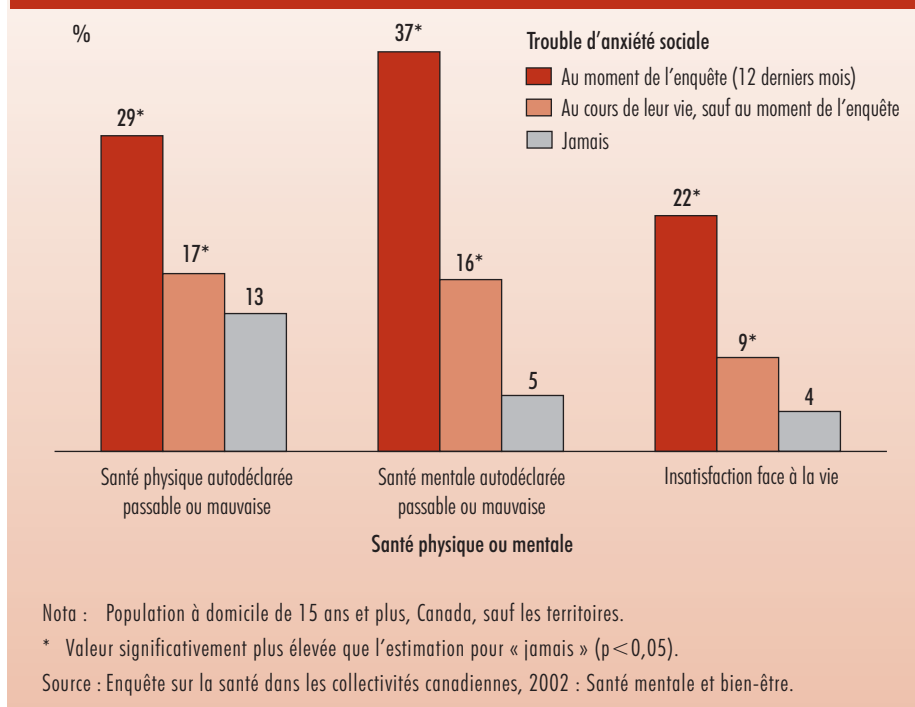
lesquelles vous pouvez partager vos soucis et vos craintes.

D'après les données de l'ESCC, les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale n'ont pas un soutien social adéquat. Comparativement aux personnes qui n'ont pas d'antécédents de ce trouble, celles qui en souffraient au moment de l'enquête étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir de faibles niveaux de chaque type de soutien. Même si la situation des personnes qui ne présentent plus de symptômes de ce trouble est légèrement meilleure, elles demeurent plus susceptibles de bénéficier d'un faible soutien social comparativement aux personnes qui n'ont pas d'antécédents de trouble d'anxiété sociale. Les études cliniques révèlent que les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale souhaitent avoir des contacts sociaux, mais leur peur de l'interaction les en empêche, de sorte qu'elles souffrent d'isolement social¹⁵. Comme les symptômes se manifestent à un jeune âge, il est particulièrement difficile pour ces personnes d'établir et de maintenir des relations qui ont un sens pour elles.

La limitation des activités est plus courante

Comparativement aux personnes sans antécédents de trouble d'anxiété sociale, les personnes qui en souffraient au moment de l'enquête étaient plus de deux fois plus susceptibles de déclarer une limitation des activités à long terme. C'est-à-dire que leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou durant les heures de loisirs étaient limitées par une affection physique ou mentale ou un problème de santé à long terme. En outre, ces personnes étaient également plus de deux fois plus susceptibles de déclarer au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines, c'est-à-dire qu'elles avaient passé au moins un jour au lit ou avaient réduit leurs activités habituelles pour cause de maladie ou de blessure.

Les personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale sont sept fois plus susceptibles que les personnes n'ayant jamais vécu d'antécédents de cette affection de déclarer que leur santé mentale est passable ou mauvaise



Les différences quant au nombre de jours d'incapacité en raison d'un problème de santé mentale ou émotionnelle, ou de consommation d'alcool ou de drogue, étaient encore plus prononcées. Les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête étaient plus de 10 fois plus susceptibles de déclarer au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale, au cours des deux dernières semaines, que les personnes sans antécédents de ce trouble. Les personnes ayant souffert de trouble d'anxiété sociale auparavant étaient plus susceptibles de déclarer éprouver des limitations d'activité à long terme et des jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines que les personnes sans antécédents de ce trouble, bien que leur degré d'incapacité fonctionnelle ait été considérablement

inférieur à celui des personnes qui souffraient de ce trouble au moment de l'enquête.

Insatisfaction face à la vie et à l'égard de la santé

Les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ont tendance à avoir une piètre qualité de vie, comme l'indiquent les perceptions plutôt négatives qu'elles ont sur leur propre santé et leur insatisfaction face à la vie. Près de 30 % des personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête ont déclaré que leur santé physique était passable ou mauvaise, comparativement à 17 % des personnes ayant souffert de ce trouble dans le passé et à 13 % de celles qui n'ont pas d'antécédents de cette affection. Plus du tiers des personnes (37 %) qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de

l'enquête ont jugé leur santé mentale passable ou mauvaise, comparativement à 16 % des personnes ayant souffert de ce trouble dans le passé et à 5 % des personnes n'ayant pas d'antécédents de cette affection.

Il existe également un lien entre l'insatisfaction face à la vie en général et le trouble d'anxiété sociale. Plus de 20 % des personnes ayant des symptômes au moment de l'enquête se sont dites très insatisfaites, comparativement à 9 % de celles qui ont souffert de ce trouble dans le passé et à 4 % de celles qui n'ont pas d'antécédents de cette affection.

Mesure du fardeau

Les relations entre le trouble d'anxiété sociale et le soutien social, l'incapacité, les perceptions liées à la santé physique et mentale et l'insatisfaction face à la vie persistent même après avoir pris en compte les effets des caractéristiques socioéconomiques (sexe, âge, état matrimonial, niveau de scolarité et revenu). Lorsqu'on a introduit des mesures du trouble dépressif majeur, du trouble panique, de la dépendance aux drogues et d'autres problèmes chroniques de santé physique, les relations ont diminué, mais elles sont, pour la plupart, demeurées statistiquement significatives.

On a discuté de l'à-propos de tenir compte de l'effet d'autres problèmes de santé et d'autres troubles lorsqu'on cherche à mesurer le fardeau que représente le trouble d'anxiété sociale. Dans la plupart des cas, le trouble d'anxiété sociale se manifeste avant d'autres types de désordres mentaux, bien qu'aucune relation de cause à effet n'ait été établie jusqu'ici^{16,17}. Néanmoins, certains chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle il existe peut-être des rapports de causalité. Par exemple, de nombreuses personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale consomment de la drogue ou de l'alcool afin de composer avec leur maladie, ce qui peut entraîner une consommation

abusives ou une dépendance¹⁸. En outre, l'isolement social associé au trouble d'anxiété sociale et le fait de ne pas atteindre les objectifs fixés relativement aux études et à l'emploi peuvent accroître le risque de dépression.

Les conclusions fondées sur les données tirées de l'ESCC sont particulièrement pertinentes puisque, même en tenant compte des autres problèmes de santé mentale et physique, les rapports de cotes pour les 10 variables de résultats sont élevés chez les personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête.

La majorité ne cherche pas à se faire traiter

On a demandé aux personnes qui avaient vécu des antécédents de trouble d'anxiété au cours de leur vie si elles avaient déjà consulté — en personne ou par téléphone — un médecin, un psychologue, un psychiatre, un travailleur social ou un autre professionnel au sujet de leur peur ou de leur tendance à éviter les situations sociales. La majorité d'entre elles ne l'avaient pas fait. Seulement 37 % ont déclaré qu'elles avaient consulté un professionnel de la santé. Ce taux est nettement inférieur à celui qui est associé au trouble dépressif majeur (71 %) ou au trouble panique (72 %). Seulement 27 % des personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête (celles qui ont déclaré avoir eu des symptômes au cours des 12 derniers mois) avaient reçu l'aide d'un professionnel de la santé au cours de la dernière année. Celles qui ont pris des dispositions pour obtenir un traitement ont souvent attendu des années avant de se faire traiter. Les participants à l'ESCC qui ont présenté des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie ont, en moyenne, cherché à se faire traiter 14 ans après l'apparition de la maladie. Ces faibles taux de traitement du trouble d'anxiété sociale s'apparentent aux résultats d'autres études¹⁹.

Le fait de ne pas prendre de dispositions pour se faire traiter peut être directement lié à la nature du trouble d'anxiété sociale. À cause de leurs peurs extrêmes, les gens peuvent être peu disposés à discuter de leurs symptômes avec un professionnel de la santé ou trop gênés pour le faire. En réalité, il peut être très difficile pour une personne éprouvant un trouble d'anxiété sociale de faire l'effort de communiquer avec un professionnel et de le rencontrer. En outre, les personnes aux prises avec ce trouble prennent souvent leur peur extrême pour de la timidité. Elles ne songent pas à s'adresser à un professionnel de la santé parce qu'elles ne sont pas conscientes de souffrir d'un trouble mental reconnu.

Les résultats de l'ESCC, comme ceux d'autres études, indiquent qu'une personne est beaucoup plus susceptible de consulter un professionnel de la santé pour son trouble d'anxiété sociale si elle souffre également d'un autre trouble mental. Or, 51 % des personnes ayant vécu des antécédents de trouble d'anxiété sociale et des antécédents d'un autre trouble mental au cours de leur vie avaient consulté un professionnel de la santé en raison de leurs peurs en société, soit plus du double de celles qui souffraient de trouble d'anxiété sociale seulement (25 %). L'écart était encore plus important dans le cas des personnes qui avaient pris des dispositions pour se faire traiter au cours de la dernière année : 43 % des personnes souffrant à la fois de trouble d'anxiété sociale et d'un autre trouble ont déclaré avoir été soignées par un professionnel de la santé, comparativement à 16 % des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale seulement.

Les faibles taux de traitement des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale et le nombre d'années qu'elles attendent avant de consulter sont inquiétants étant donné que, dans de nombreux cas, on peut réussir à traiter ce trouble. En fait, la majorité (69 %) des

participants à l'ESCC qui ont consulté un professionnel de la santé ont trouvé leur traitement utile et efficace.

Résumé

Le trouble d'anxiété sociale a été décrit comme la « maladie des occasions manquées ». Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être abondent en ce sens. Le trouble souvent se manifeste pour la première fois durant l'enfance ou au début de l'adolescence. Selon les données de l'ESCC, l'âge moyen autodéclaré au moment de l'apparition de la maladie est de 13 ans. De plus, les symptômes persistent pendant 20 ans, en moyenne, chez les participants à l'ESCC qui ont présenté des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie.

Cette étude des données nationales révèle l'existence d'un lien entre le trouble d'anxiété sociale et un plus faible niveau de scolarité, de plus faibles possibilités d'emploi, un revenu moindre et la dépendance à l'égard de l'aide sociale, une plus faible probabilité de mariage ou de mariage réussi et l'isolement social. Ce trouble est également associé à des taux plus élevés d'incapacité, des perceptions plutôt négatives de la santé physique et mentale et des sentiments d'insatisfaction face à la vie.

Même s'il existe un traitement efficace, la plupart des personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ne s'adressent pas à un professionnel de la santé pour les aider à vaincre leur peur. Les patients qui souffrent de trouble d'anxiété sociale peuvent trouver extrêmement difficile de s'engager et de fournir l'effort nécessaire pour entreprendre et suivre un programme de traitement en bonne et due forme. Qui plus est, s'ils y parviennent, ils peuvent avoir de la difficulté à trouver un professionnel ayant reçu la formation voulue. Cependant, selon d'autres études, l'intervention et le traitement

précoces peuvent non seulement permettre aux personnes atteintes de ce trouble de réaliser leur plein potentiel, mais aussi de prévenir l'apparition d'autres troubles mentaux.

The logo for TSC (Tendances sociales canadiennes) features the letters 'TSC' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark red oval. This oval is set against a larger, light red, curved background that resembles a stylized wave or a ribbon.

Margot Shields est analyste principale à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada.

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000.
2. M.J. Chartier, A.L. Hazen et M.B. Stein, « Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population », *Depression and Anxiety*, vol. 7, n° 3, 1998, p. 113 à 121.
3. R.C. Kessler, « The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, vol. 108, supplément 417, 2003, p. 19 à 27.
4. M.B. Keller, « The lifelong cause of social anxiety disorder: a clinical perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, vol. 108, supplément 417, 2003, p. 85 à 94.
5. K.A. Yonkers, I.R. Dyck et M.B. Keller, « An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 5, 2001, p. 637 à 643.
6. J.D. Lipsitz et F.R. Schneier, « Social phobia: Epidemiology and cost of illness », *Pharmacoeconomics*, vol. 18, n° 1, 2000, p. 23 à 32.
7. F.R. Schneier, J. Johnson, C.D. Hornig et autres, « Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, n° 4, 1992, p. 282 à 288.
8. H.U. Wittchen et L. Fehm, « Epidemiology and natural course of social fears and social phobia », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, n° 108, supplément 417, 2003, p. 4 à 18.
9. E. Weiller, J.C. Bisslerbe, P. Boyer et autres, « Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder », *British Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 2, 1996, p. 169 à 174.
10. J.R.T. Davidson, « Social anxiety disorder under scrutiny », *Depression and Anxiety*, vol. 11, n° 3, 2000, p. 93 à 98.
11. D.J. Katzelnick et J.H. Greist, « Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 62, supplément 1, 2001, p. 11 à 16.
12. R.C. Kessler, P. Stang, H.U. Wittchen et autres, « Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the U.S. National Comorbidity Survey », *Psychological Medicine*, vol. 29, n° 3, 1999, p. 555 à 567.
13. Keller, 2003; Yonkers et autres, 2001.
14. A.J. Lang et M.B. Stein, « Social phobia: Prevalence and diagnostic threshold », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 62, supplément 1, 2001, p. 5 à 10.
15. M.R. Liebowitz, « Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 60, supplément 18, 1999, p. 22 à 26.
16. Lipsitz et autres, 2000.
17. Schneier et autres, 1992.
18. C.J. Bell, A.L. Malizia et D.J. Nutt, « The neurobiology of social phobia », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, n° 249, supplément 1, 1999, p. S11 à S18.
19. Y. Lecrubier, « Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 59, supplément 17, 1998, p. 33 à 38.

L'INFORMATION

VOTRE PASSEPORT VERS LA RÉUSSITE



- ▶ L'INFORMATION CONFÈRE UNE LONGUEUR D'AVANCE À VOTRE ENTREPRISE.
- ▶ BIEN INFORMÉ, VOUS METTEZ AU POINT DES PROGRAMMES SOCIAUX PERTINENTS ET PROFITABLES.
- ▶ ET VOUS SEREZ À L'AVANT-GARDE DES QUESTIONS ET DES PROBLÈMES ACTUELS.



FIEZ-VOUS À LA SOURCE LA PLUS SÛRE

Qu'il s'agisse d'élaborer un plan d'entreprise ou des stratégies de marché, de rester au diapason des tendances sociales et économiques ou de vous doter d'une excellente ressource où puiser de l'information, nous avons la solution qu'il vous faut!



SERVICES CONSULTATIFS

Nos experts-conseils sont là pour vous aider à tirer le meilleur parti de votre relation avec Statistique Canada. Cela signifie que :

- ✓ nous travaillerons avec vous pour préciser vos besoins.
- ✓ nous passerons nos vastes ressources au crible afin de mettre au point une trousse d'information conçue pour répondre à ces besoins.
- ✓ nous analyserons et interpréterons vos séries de données personnalisées.
- ✓ nous irons jusqu'à mener des sondages conçus pour répondre à vos besoins particuliers.



PROFITEZ DE NOS COMPÉTENCES

Communiquez avec le Centre de consultation le plus près de chez vous pour savoir comment vous préparer à votre voyage vers l'avenir!



Service de renseignements sans frais
au Canada : 1 800 263-1136

Numéro de l'ATME pour le Canada :
1 800 363-7629

Courriel : infostats@statcan.ca



Les études post-secondaires qui les abandonne et pourquoi



Environ 1 jeune sur 7 âgé de 20 à 22 ans qui avait fréquenté un établissement postsecondaire à un certain moment de sa vie avait abandonné ses études pour une raison ou une autre en décembre 2001.

Près de 1 jeune sur 3 a déclaré avoir abandonné ses études parce qu'il n'aimait pas le programme ou parce qu'il estimait que le programme ne convenait pas à ses besoins. En outre, 9 % des jeunes ont indiqué qu'ils avaient abandonné surtout pour changer de programme ou d'établissement.

Les sortants étaient aussi moins susceptibles d'avoir des notes élevées au cours de leur première année à l'université ou au collège. Par exemple, seulement 18 % des sortants ont déclaré que leur moyenne globale était de 80 % ou plus au niveau postsecondaire, soit moins de la moitié de la proportion (37 %) des non-sortants.

Interrogés alors qu'ils avaient entre 18 et 20 ans sur les obstacles qui, selon eux, pourraient les empêcher de poursuivre leurs études, environ le tiers des sortants et des non-sortants ont répondu que les obstacles financiers constitueraient un empêchement.

Qui poursuit des études postsecondaires, qui les abandonne et pourquoi : résultats provenant de l'Enquête auprès des jeunes en transition,

produit n° 81-595-MIF2004026 au catalogue.

Usage du tabac : un pas en avant, un pas en arrière



Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la proportion de fumeurs quotidiens qui ont cessé de fumer a augmenté régulièrement au cours de quatre périodes successives de deux ans depuis le milieu des années 1990. L'étude révèle que, de 1995 à 1997, environ 10 % de fumeurs quotidiens ont cessé de fumer. Durant la période de deux ans allant de 2001 à 2003, la proportion est passée à près de 17 %.

Un environnement sans fumée est fortement associé à la consommation de cigarettes. Les hommes qui fumaient quotidiennement mais qui vivaient dans un foyer sans fumée consommaient, en moyenne, 14 cigarettes par jour, comparativement à 20 cigarettes par jour pour ceux qui ne vivaient pas dans un foyer sans fumée. Chez les femmes, les chiffres correspondants étaient de 10 et de 16 cigarettes par jour.

Les hommes et les femmes qui fumaient leur première cigarette de la journée dans les 30 minutes après leur réveil étaient moins susceptibles d'arrêter de fumer que ceux qui attendaient plus d'une heure. Les chances relatives de cesser de fumer sont de 40 % inférieures pour les hommes qui fumaient leur première cigarette dans les 30 minutes après leur réveil et de 30 % inférieures pour les femmes dans la même situation.

En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population,

produit n° 82-618-MWF au catalogue.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites



En 2002, environ 641 000 personnes, soit approximativement 2,6 % de la population de 15 ans et plus, ont déclaré éprouver des symptômes indiquant qu'elles avaient une dépendance à l'alcool. En outre, 194 000 personnes, soit un peu moins de 1 % de la population, présentaient des symptômes laissant présager une dépendance aux drogues illicites.

Les deux symptômes les plus courants de la dépendance à l'alcool qu'ont déclaré les personnes qui abusaient mensuellement de l'alcool sont l'ivresse ou les suites d'un excès d'alcool au travail, à l'école ou en prenant soin des enfants, et la consommation d'alcool en plus grande quantité que prévu. Le symptôme le plus courant de dépendance déclaré par les personnes qui consommaient mensuellement des drogues illicites était la consommation de drogues en plus grande quantité que prévu, suivi par une tolérance de plus en plus grande et des symptômes de manque.

Plus du quart (26 %) des personnes ayant une dépendance aux drogues illicites ont dit avoir vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête, soit un taux significativement plus élevé que chez les personnes n'ayant pas consommé ce genre de drogue. La prévalence de la dépression était également élevée même chez les personnes ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites moins d'une fois par mois. En outre, 15 % des

personnes ayant une dépendance à l'alcool ont dit avoir vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête, soit un taux significativement plus élevé que chez celles n'ayant pas abusé de l'alcool pendant cette période.

La santé de la population canadienne, Rapport annuel 2004,

produit n° 82-003-XPX au catalogue.

Services aux victimes



Selon l'Enquête sur les services aux victimes, les organismes de services aux victimes au Canada sont venus en aide à près de 360 000 personnes en 2003. Une enquête ponctuelle réalisée le 22 octobre 2003 a permis de relever que plus des trois quarts des personnes ayant demandé de l'aide avaient été victimes, directement ou non, d'un crime avec violence, la majorité étant des femmes ou des jeunes filles.

Sans compter les personnes affectées par un homicide et les victimes de harcèlement criminel, la moitié des personnes qui ont obtenu de l'aide au moment de l'enquête avaient été victimes d'un crime avec violence commis par un membre de la famille, un conjoint, un ex-conjoint ou un partenaire.

Environ 33 % avaient été victimes d'un conjoint, d'un ex-conjoint ou d'un partenaire, tandis que 18 % avaient été victime d'un membre de la famille autre qu'un conjoint.

Les services aux victimes au Canada,

vol. 24, n° 11,

produit n° 85-002-XIF au catalogue.



INDICATEURS SOCIAUX

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
POPULATION ACTIVE								
Population active (en milliers)	15 059	15 297	15 575	15 842	16 111	16 580	16 954	17 183
Nombre total de personnes occupées (en milliers)	13 677	14 019	14 390	14 759	14 947	15 308	15 665	15 950
Hommes	7 458	7 606	7 794	7 970	8 035	8 182	8 344	8 480
Femmes	6 219	6 414	6 596	6 789	6 912	7 126	7 321	7 470
Travailleurs à temps partiel (%)	19,1	18,8	18,4	18,1	18,1	18,8	18,9	18,5
Hommes	10,6	10,5	10,3	10,3	10,5	11,0	11,1	10,9
Femmes	29,4	28,7	27,9	27,2	27,0	27,7	27,9	27,1
Temps partiel involontaire	31,2	29,2	26,8	25,3	25,8	26,9	27,6	26,7
À la recherche d'un emploi à temps plein	10,6	10,1	9,1	7,5	7,5	8,1	8,8	8,3
% de femmes occupées dont le plus jeune enfant a moins de 6 ans	15,7	15,1	14,8	14,4	13,8	13,4	13,0	12,9
% de travailleurs qui sont des travailleurs autonomes	17,2	17,3	17,0	16,2	15,2	15,1	15,3	15,4
% de personnes occupées travaillant plus de 40 heures par semaine	17,5	17,5	16,9	16,4	15,9	15,2	15,1	15,7
% de travailleurs occupant un emploi temporaire ou contractuel	9,3	9,7	10,0	10,5	10,8	11,0	10,5	10,8
% d'étudiants à temps plein occupés durant l'été	45,4	46,9	48,4	50,5	50,8	52,3	53,1	52,5
Taux de chômage (%)	9,2	8,4	7,6	6,8	7,2	7,7	7,6	7,2
Hommes de 15 à 24 ans	17,2	16,6	15,2	13,8	14,5	15,3	15,3	14,9
Hommes de 25 à 54 ans	8,0	7,3	6,5	5,8	6,3	6,9	6,6	6,1
Femmes de 15 à 24 ans	15,2	13,6	12,7	11,4	11,1	11,7	11,8	11,8
Femmes de 25 à 54 ans	7,8	7,0	6,4	5,8	6,0	6,2	6,3	5,9
Population ayant au plus un diplôme d'études secondaires	12,2	11,3	10,3	9,4	9,7	10,3	10,2	9,7
Population ayant un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires	7,5	6,6	5,9	5,2	5,8	5,9	5,8	5,6
Population ayant un diplôme universitaire	4,8	4,4	4,3	3,9	4,6	5,1	5,4	4,9
ÉDUCATION								
Nombre total d'inscriptions dans les écoles primaires et secondaires ('000)	5 386	5 370	5 442	..	..	..	..	..
Taux d'obtention de diplôme à l'école secondaire (%)	76,3	76,0	76,3	77,1	76,9	..	..	..
Inscription à des études postsecondaires (en milliers)								
Collège communautaire, temps plein	398,6	403,5	408,8	..	..	..	..	..
Collège communautaire, temps partiel	91,6	91,4	85,4	..	..	..	..	..
Université, temps plein	573,1	580,4	593,6	607,3	635,6	..	..	..
Université, temps partiel	249,7	246,0	254,9	243,2	251,1	..	..	..
Obtention d'un diplôme d'un collège communautaire (en milliers)	91,4	88,4	..	..	..	..	..	..
Niveau de scolarité des 25 à 54 ans (%)								
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	18,7	17,9	17,2	16,1	14,9	14,3	13,4	12,9
Diplôme d'études secondaires	20,7	20,7	20,9	21,2	20,7	20,9	20,1	20,1
Études postsecondaires partielles	8,1	8,1	7,9	8,2	7,8	7,7	8,1	8,0
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	33,5	33,9	33,9	33,6	34,9	34,9	35,3	35,8
Diplôme universitaire	18,9	19,4	20,1	21,0	21,7	22,2	23,1	23,3

.. Données non disponibles.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la population active et Centre de la statistique de l'éducation.



PLAN DE LEÇON

Suggestions relatives à l'utilisation de *Tendances sociales canadiennes* en classe

« Toujours fille d'honneur : les gens qui ne prévoient pas se marier »

Objectif

- Étudier l'importance du mariage aux yeux de la prochaine génération de maris et de femmes éventuels.

Programmes d'études : Études familiales, études sociales

Enseignement en classe

1. Interrogez les élèves de la classe afin de déterminer le pourcentage d'élèves qui prévoient se marier. Discutez des raisons pour lesquelles certains élèves prévoient se marier et d'autres non.
2. Les personnes se marient pour d'autres raisons que l'amour, notamment la sécurité financière, le statut social, le désir d'avoir des enfants et le besoin d'avoir quelqu'un avec qui partager la prise de décisions et les tâches ménagères. Dressez une liste des critères qui, selon vous, sont importants lorsque viendra le temps de choisir un mari ou une femme qui vous conviendra. Quels facteurs sont les plus importants?
3. Les célibataires d'âge mûr qui ne prévoient pas se marier ne croient pas que le fait de s'établir soit important pour leur bonheur personnel. Toutefois, une enquête transversale (ponctuelle) comme l'Enquête sociale générale (ESG), sur laquelle cette étude est fondée, ne permet pas de déterminer si les gens ont toujours eu cette opinion ou si leur point de vue a changé au fil du temps. Par exemple, il se peut qu'une personne ayant toujours été très satisfaite de la qualité de ses relations amicales, de son travail ou de ses passe-temps n'ait jamais pensé que le fait d'être marié la rendrait

encore plus heureuse. Par contre, une personne qui a tout tenté pour trouver un compagnon de vie peut décider de se retirer du « marché matrimonial » afin d'éviter de nouvelles déceptions. Quels sont les facteurs pouvant contribuer au fait que les personnes non mariées changent d'idées au sujet du mariage au fur et à mesure qu'elles vieillissent? Justifiez vos réponses.

4. Le divorce a rendu de nombreuses personnes réticentes à l'idée de se marier. Néanmoins, elles veulent tout de même l'amour et la compagnie d'un amoureux ou d'une amoureuse. En fait, de nombreuses personnes qui refusent de se marier sont très heureuses de vivre avec quelqu'un en union libre. Discutez de la différence ou de la similarité entre former un couple et être marié.

Autres ressources utiles

Consultez la Trousse de sciences familiales à l'adresse suivante : www.statcan.ca/francais/kits/Family/intro_f.htm.

Pour obtenir des données, des articles et des plans de leçon offerts aux écoles primaires et secondaires, visitez le site Web de Statistique Canada à l'adresse suivante : www.statcan.ca/francais/kits/teach_f.htm. Vous y trouverez plus de 150 plans de leçon destinés aux élèves du secondaire ainsi que de nombreux articles. De plus, vous aurez accès à E-STAT ainsi qu'à d'autres données.

Nota

Vous pouvez photocopier le « Plan de leçon » ou tout autre article ou rubrique de *Tendances sociales canadiennes* pour les utiliser en classe.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les 5 principales raisons de s'abonner aux publications Internet

Économisez de l'argent.

Commandez en ligne et bénéficiez d'un rabais de 25 % sur le prix de nos publications imprimées.

Profitez de la sécurité des commandes en ligne.

Notre site vous permet d'utiliser votre carte de crédit en toute sécurité. Facile et garanti.

Ayez la primeur.

Accédez à nos publications Internet dès qu'elles sont publiées et évitez les désagréments de la livraison.

Obtenez un prix, plusieurs avantages.

Un abonnement en ligne de Statistique Canada vous permet un accès illimité à votre publication électronique et aux numéros parus jusqu'à trois ans auparavant.

Soyez écolo.

En choisissant les publications électroniques plutôt que les publications imprimées, vous contribuez à respecter l'environnement. Soyez fier de mener de bonnes affaires, de respecter l'environnement et de préserver des ressources précieuses.

- ✓ Le site Web de Statistique Canada offre **plus de 175 publications Internet** réparties sous 24 thèmes.
- ✓ Le site Web de Statistique Canada, au www.statcan.ca, est LE site à visiter pour trouver les données les plus actuelles et les plus exactes sur l'**agriculture**, le **commerce**, la **santé**, l'**éducation** et sur bien d'autres sujets.
- ✓ Vous pouvez **gagner du temps, économiser de l'argent et éviter les désagréments** de la livraison. Découvrez les avantages des commandes en ligne et **bénéficiez d'un rabais de 25 %** sur le prix de nos publications imprimées.
- ✓ Vous pouvez obtenir **l'information la plus récente**, où que vous soyez et sans contrainte de temps. Tout ce qu'il vous faut, c'est un accès à Internet.

Choisissez parmi certains de nos titres les plus populaires :

- L'emploi et le revenu en perspective (n° 75-001-XIF au cat.)
- Tendances sociales canadiennes (n° 11-008-XIF au cat.)
- L'Indice des prix à la consommation (n° 62-001-XIB au cat.)
- Rapports sur la santé (n° 82-003-XIF au cat.)
- Infomat (n° 11-002-XIF au cat.)
- . . . et bien d'autres titres.

Allez droit au but grâce à la liberté et à la souplesse qu'offrent les publications Internet de Statistique Canada.

Visitez www.statcan.ca, cliquez sur Nos produits et services, puis parcourez nos publications Internet.

Vous avez besoin d'aide ou de renseignements additionnels?

Les représentants de Statistique Canada sont là pour vous aider. Téléphonnez au 1 800 263-1136 ou envoyez un courriel à infostats@statcan.ca



TENDANCES SOCIALES CANADIENNES

La réalité canadienne sous tous ses angles

S'abonner à *Tendances sociales canadiennes*, c'est...

...CONNAÎTRE EN PRIMEUR LES QUESTIONS SOCIALES D'ACTUALITÉ

Que se passe-t-il aujourd'hui? Chacun des numéros trimestriels de *Tendances sociales canadiennes* explore nos réalités actuelles.

...ÊTRE IMMÉDIATEMENT INFORMÉ DES NOUVELLES TENDANCES

Tendances sociales canadiennes vous donne l'information dont vous avez besoin pour comprendre l'avenir et pour vous y préparer.

...OBTENIR LES DONNÉES LES PLUS PRÉCISES QUI SOIENT SUR LE CANADA

Des experts analysent les données recueillies par Statistique Canada, la source par excellence d'information inédite sur le Canada. Soyez assuré que ces données sont les plus à jour et les plus exhaustives qui soient.

Tendances sociales canadiennes vous offre un aperçu des Canadiens; vous pouvez vous en servir pour élaborer des programmes pertinents, des produits que l'on s'arrachera et des services novateurs qui répondent aux besoins des Canadiens du 21^e siècle.

Profitez de cette occasion dès aujourd'hui!

Abonnez-vous sans tarder :

par téléphone, au numéro sans frais 1 800 267-6677;
par télécopieur, au numéro sans frais 1 877 287-4369;
par courriel, à infostats@statcan.ca;
auprès du centre de consultation régional le plus près de chez vous, au numéro sans frais 1 800 263-1136.

L'abonnement annuel à la version imprimée de *Tendances sociales canadiennes* coûte 39 \$.

Au Canada, veuillez ajouter **soit** la TPS et la TVP en vigueur, **soit** la TVH. Aucuns frais d'expédition ne s'appliquent aux livraisons au Canada. Veuillez ajouter 6 \$ par numéro pour les envois aux États-Unis ou 10 \$ par numéro pour les envois dans tout autre pays. Visitez notre site Web à www.statcan.ca pour en savoir davantage sur l'abonnement à la version en ligne de *Tendances sociales canadiennes*. (L'abonnement électronique annuel est de 29 \$, taxes en sus.)



Jeunes Canadiens branchés

ARTICLES DE FOND
Littératie d'Internet
par les jeunes
Les internautes âgés
Les gens branchés
Le bénévolat
Campus du temps
NIVEAU 2001 de la
littératie en français

Sexe	65 ans et plus	55-64 ans	45-54 ans	35-44 ans	25-34 ans	15-24 ans
Hommes	10	15	25	35	45	55
Femmes	12	18	28	38	48	58

