

RAPPORT DE RECHERCHE

Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : partage des connaissances et rétroaction

Manon Lemonde, IA PhD Sciences de la santé
University of Ontario Institute of Technology (UOIT)

Françoise Boudreau, PhD Sociologie
Collège universitaire Glendon, Université York

Suzanne Dufour, IA MSc
Consultante de projet en services de santé

Rédaction :

Martin Desmeules, MA Histoire

Oshawa, 2012

Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO).

L'équipe de recherche désire souligner l'excellent travail des personnes suivantes qui ont contribué à la réalisation du présent document :

Animateur/animatrice des tables de discussion :

- Madeleine Rajotte
- Guy Proulx
- Jocelyne Doiron-vince
- Nancy Morneau
- Émilie Lemonde-Hinse

Lila Manseur, pour la transcription des enregistrements.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Table des matières

Liste des acronymes et sigles	iv
Sommaire	1
Recommandations	2
Introduction	3
1. Problématique	3
2. Méthodologie	3
3. Résultats des ateliers de rétroaction	6
3.1 L'enjeu du vieillissement	6
3.2 L'enjeu des maladies chroniques	8
3.3 L'enjeu socio-économique	10
3.4 L'enjeu de la littératie	13
3.5 L'enjeu linguistique	16
3.6 L'enjeu de la santé émotionnelle	18
4. Interprétation et analyse des résultats	21
5. Conclusion	32
6. Recommandations	34
7. Bibliographie	36
Annexe 1 :	
Résultats et recommandations de l'étude qualitative exploratoire (2010)	41

Liste des acronymes et sigles

ACCFRD :	L'Amicale du Centre communautaire francophone de la région de Durham
ACSM :	Association canadienne pour la santé mentale
CAMH :	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CCA :	Conseil canadien sur l'apprentissage
CEC :	Conseil ethnoculturel du Canada
CSF :	Commissariat aux services en français (Ontario)
DEAAC :	Direction de l'éducation des adultes et de l'action communautaire (Québec)
EDG :	Échelle de dépression gériatrique
EIACA :	Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes
GDS :	<i>Geriatric Depression Scale</i>
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
INPES :	Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (France)
IRSC :	Institut de recherche en santé du Canada
OMS :	Organisation mondiale de la santé (ONU)
ONRIISC :	Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (Canada)
ONU :	Organisation des Nations-Unies
PSW :	<i>Personal Support Worker</i>
RDI :	Réseau de l'information (Radio-Canada)
RRASFO :	Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario
UOIT :	<i>University of Ontario Institute of Technology</i>

Sommaire

Les résultats de notre enquête ont mis au jour l'étroite intrication des différents enjeux traités par les personnes âgées francophones interrogées. Des problématiques comme celles de l'isolement social, de l'incompréhension, du manque de soutien, etc. ont leurs effets sur plusieurs aspects de la vie des personnes âgées et, ce faisant, sur les différents enjeux soulevés, tels que le vieillissement, les maladies chroniques, le niveau socio-économique, la littératie, la langue et la santé émotionnelle.

De fait, le vieillissement amène son lot d'inquiétudes. Les personnes âgées craignent effectivement la perte d'autonomie et l'isolement. Dans un contexte linguistique minoritaire, ces craintes sont d'autant plus sérieuses. À ce titre, l'importance du réseau social et/ou familial a été soulignée à plusieurs reprises. Pouvoir échanger, être soutenu, accompagné, etc. dans ce qu'implique le vieillissement et les maladies chroniques en situation minoritaire apparaissent comme des pistes de solution à privilégier.

Car en plus des problèmes liés au vieillissement, les personnes âgées francophones ont de surcroît à faire face à des problèmes de communication importants. Ces problèmes de communication en une langue seconde entraînent un stress supplémentaire qui amène à son tour des conséquences sur la santé émotionnelle.

À la suite de la première étape de notre démarche d'enquête, on peut notamment confirmer l'importance d'une offre active de services de santé en français. Il apparaît aussi important que les professionnels de la santé soient formés pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées francophones, notamment en ce qui a trait à leur santé émotionnelle. De fait, l'importance de prendre le temps, d'expliquer de manière à être compris, d'offrir une écoute attentive, etc. et ce en français, sont tous des moyens propres à assurer la qualité des soins aux personnes âgées francophones.

Au final, il nous apparaît important de préconiser l'adoption d'une approche «écologique» s'appuyant sur les déterminants sociaux de la santé. Il s'agit, en dernière analyse, de replacer le patient au centre des soins, d'intégrer la dimension humaine aux soins de santé.

Recommandations

- 1) Dans une perspective large, nous préconisons **l'adoption d'une approche «écologique» prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé** à l'abord des problématiques de santé vécues par les personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques en milieu minoritaire.
- 2) **La création et le soutien de groupes sociaux et d'entraide pour personnes âgées francophones**, comme c'est le cas notamment du *Club Jeunesse d'hier* et de *L'Amicale*, dans la région de Durham. Il s'agit là d'un moyen propre à briser l'isolement des personnes âgées, de leur permettre d'échanger et de s'informer, de se reconnaître dans leurs spécificités linguistiques et culturelles et finalement de faire connaître leurs besoins particuliers.
- 3) **L'élargissement des services à domicile pour les besoins de santé et domestiques** des personnes âgées francophones ayant une ou plusieurs maladies chroniques.
- 4) **La création d'une centrale d'urgence santé francophone** pour informer les patients des services de santé offerts en français; identifier les professionnels pouvant pratiquer en français; identifier les points de services périphériques offerts en français, etc.

Introduction

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre du projet de recherche sur *l'Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladie chroniques* et vise à partager les rétroactions sur les résultats d'une étude qualitative exploratoire réalisée l'an dernier.¹ Notre but est de valider les conclusions auprès de la population ciblée de même que l'applicabilité des recommandations émises. Le présent rapport rend compte du partage des résultats obtenus avec un groupe d'ânés francophones dans la région de Durham lors d'une plénière de rétroaction sur les conclusions de l'étude qualitative.

La démarche a permis de recueillir des indices et des pistes de solutions potentielles pour améliorer les services en français dans la région et plus largement dans la province. Elle a permis également d'identifier une série d'indicateurs préalables à la poursuite du projet de recherche. Au final, la démarche aide à mieux saisir les éléments de solutions réalistes, permettant ainsi d'amorcer le processus d'obtention de services et/ou de ressources aptes à desservir les clientèles francophones de l'Ontario.

1. Problématique

La démarche ici présentée a pour but de poursuivre le travail amorcé en une première étape exploratoire sur la concordance linguistique entre les professionnels de la santé et les ânés francophones de la région de Durham, tout particulièrement à Oshawa, vivant en situation linguistique minoritaire et souffrant d'au moins une maladie chronique. Ces personnes âgées doivent souvent se prévaloir de services de santé dans la grande région métropolitaine de Toronto même s'ils habitent la région de Durham.

L'objectif est de valider les conclusions auxquelles a abouti la première étape exploratoire de la recherche auprès d'une population ciblée et de vérifier auprès d'eux l'applicabilité des recommandations émises.

2. Méthodologie

Pour mener à bien notre démarche de rétroaction, notre équipe de chercheurs a sollicité la participation d'une cinquantaine d'ânés de la région d'Oshawa qui font partie du *Club Jeunesse d'hier* et de *L'Amicale* et les ont invités à venir discuter des résultats de l'étude qualitative exploratoire, à laquelle un certain nombre d'entre eux avait par ailleurs

¹ BOUCHARD, Louise, Marie-Hélène CHOMIENNE, Monique BENOIT, Françoise BOUDREAU, Manon LEMONDE et Suzanne DUFOR (2010) *Rapport de recherche pour le CNFS. Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire*, Ontario, 55 pages. Le sommaire des résultats de même que les recommandations émises sont exposés en **Annexe 1**.

participé. Le but de l'exercice était double : 1) diffuser les résultats de notre première enquête et 2) obtenir les rétroactions des personnes âgées invitées.

Le **Club Jeunesse d'hier**, fondé le 11 octobre 1981, est ouvert aux francophones de 50 ans et plus qui désirent se rencontrer, se connaître et participer à des activités diverses dans une atmosphère amicale. Les principaux objectifs du club sont :

- réunir les aînés francophones de la région de Durham en vue d'un appui mutuel dans les secteurs de la santé, des droits civils, du logement, de l'aide juridique et des loisirs;
- établir un réseau de communication afin de briser l'isolement et de prévenir la solitude;
- encourager les membres à participer activement aux affaires communautaires, municipales, provinciales et fédérales en exerçant leur droit d'électeur;
- mettre sur pied des services d'entraide permettant aux membres de demeurer une composante active de la société.

Une journée d'échange a été planifiée sous la forme de tables de discussion et a permis d'une part de diffuser les résultats de la première démarche exploratoire et d'autre part d'obtenir les rétroactions des aînés invités. Cette journée a eu lieu au Centre communautaire francophone *L'Amicale* à Oshawa, le 9 juin 2011.

L'Amicale, du Centre communautaire de la région de Durham (ACCFRD), invite les francophones et francophiles à se réunir pour échanger dans le cadre d'activités variées. *L'Amicale* est une corporation de charité sans but lucratif au profit de ses membres. Le mandat de *L'Amicale* est de gérer le centre communautaire comme lieu de rencontre pour la communauté.²

Dans un premier temps, les participants étaient informés de la totale confidentialité de la démarche et de l'enregistrement audio de leurs interventions dans le but d'en produire un *verbatim* qui servira aux analyses et à la production du présent rapport écrit. Ensuite, le sommaire des résultats de l'étude qualitative exploratoire leur a été exposé, notamment les principaux enjeux soulevés dans le cadre des entrevues initialement réalisées, afin qu'ils en prennent acte et pour stimuler leur participation. Les principaux enjeux soumis aux participants étaient :

- 1) l'enjeu du vieillissement;
- 2) l'enjeu des maladies chroniques;

² Informations tirées du site Internet de *L'Amicale* : <http://www.centreamicale.com/2001.html>.

- 3) l'enjeu socio-économique;
- 4) l'enjeu de la littératie³;
- 5) l'enjeu linguistique
- 6) l'enjeu de la santé émotionnelle.

Ensuite, par tables de discussion réunissant chacune cinq à dix personnes, des questions leur ont été adressées; pour chaque enjeu identifié correspondait une table où on invitait les participants à identifier :

- 1) Quelles sont ses manifestations sur la santé des personnes âgées francophones?
- 2) Quel est son impact sur l'accès aux services de santé?
- 3) Quelles sont les stratégies de solutions au niveau personnel et au niveau des services?
- 4) Quelles sont les lacunes à combler, les problèmes à régler, les obstacles?
- 5) Quelles sont vos recommandations relatives à cet enjeu?

Finalement, il leur a été demandé d'identifier des pistes potentielles de solutions quant à l'amélioration des services de santé en français qui leur sont desservis et/ou des avenues à investiguer davantage sur le plan de la recherche.

Au total, une cinquantaine d'aînés ont participé aux tables de discussion. Ils étaient âgés entre 65 et 85 ans et composés majoritairement de femmes.

³ Le terme «littératie» désigne «l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités»; Renald LEGENDRE (2005) *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 3^e éd., Montréal, Guérin Éditeur.

3. Résultats des ateliers de rétroaction

D'emblée, un constat s'impose : les enjeux identifiés sont apparus étroitement interreliés à travers les interventions des personnes âgées interrogées. Bien que nous ayons séparé par tables de discussions les enjeux soulevés dans le rapport de la première étape d'investigation, nous avons convenu ici de réunir les interventions par thèmes plutôt que par tables et ce pour mieux rendre compte de l'ensemble des résultats des rétroactions. Dans cette présentation des résultats des entretiens, tous les extraits émanant des interventions des personnes âgées apparaissent en *italique*, telles que formulées par celles-ci.

3.1 L'enjeu du vieillissement

Les manifestations

En tout premier lieu, les personnes âgées interrogées nous ont fait part d'inquiétudes qu'elles avaient par rapport au fait de vieillir. Ces inquiétudes peuvent provenir de leur expérience personnelle ou encore de l'expérience de proches, de parents. Un participant a ainsi souligné que *Quand on vieillit, on a des inquiétudes qu'on n'avait pas quand on était jeune [...] Qui va prendre soin de nous autres dans dix ans? Et un autre : Plus tu vieillis, plus t'es fragile. La peur de vivre dans une institution, d'avoir à quitter le domicile, a été également soulevée. Ces craintes ajoutent aux difficultés vécues, provoquant un stress de plus en plus difficile à vivre. Plus tu vieillis, plus le stress est difficile. Le vieillissement, pour plusieurs dont la santé se dégrade, apparaît comme une période de deuils. D'abord ceux des proches, parents et amis, qui disparaissent, diluant le soutien social : Quand on devient plus âgé, on perd nos amis, on perd la famille. Puis les deuils personnels : Tous les deuils qu'on fait des petites choses, des activités qu'on pouvait faire, qu'on fait plus.*

À plus d'une reprise aussi, les aînés ont lié les inquiétudes qu'ils avaient face au vieillissement à la perte d'autonomie qui l'accompagne : *on veut être autonome, a-t-on souligné. Par exemple, on a noté le choc que représente une perte d'autonomie particulièrement marquante chez les personnes âgées de leur génération : Le jour où n'importe quelle personne âgée ne peut plus conduire, ben là c'est un gros choc. La perte d'autonomie amenée par cette incapacité, conjuguée à l'adaptation nécessaire du mode de vie et à la dépendance envers autrui, est bien présente dans les préoccupations des personnes âgées.*

Une autre crainte sur laquelle les participants ont insisté est celle liée au fait d'être un poids pour les proches. Un point de vue, parmi d'autres, représente bien cette indisposition : *Moi, je ne me fierai pas sur mes enfants. J'ai eu de bons enfants. Ils ont assez de s'occuper d'eux autres. Cette crainte est notamment liée à la forte volonté de préserver son autonomie. Pour commencer, les enfants sont très, très occupés. Ils sont occupés puis comme parent on ne veut pas les déranger [...] on veut se débrouiller tout seul.*

Les impacts sur l'accès aux services de santé

Un premier impact lié au vieillissement quant à l'accès des services de santé concerne surtout les difficultés nouvelles de communication. Que ce soit pour des questions mnémoniques, notamment liées à certaines maladies chroniques comme l'Alzheimer, ou encore de communication, différents témoignages vont dans ce sens : *Moi, je n'ai pas assez de mémoire. À part de ça, quand je travaillais, il me semble que c'était plus facile pour moi de parler. Un autre renchérit : On en perd. Moi je vois ça, qu'avec l'âge on devient plus confus.*

En vieillissant aussi, nous a-t-on mentionné, *tu ne peux pas bouger comme tu voudrais, puis te déplacer.* La perte de mobilité, que ce soit pour la conduite automobile ou ne serait-ce que le déplacement piétonnier, fait craindre aux personnes âgées de voir leur accès aux services de santé précarisé. Qui plus est, ces craintes s'ajoutent à la crainte déjà mentionnée de perte d'autonomie : *Parce qu'on est obligé de demander ou de prendre un taxi. Donc, c'est vraiment une dépendance envers les autres encore.*

Les stratégies de solutions

Pour contrer les effets indésirables des conséquences du vieillissement, certains participants ont mentionné la prévoyance comme stratégie de solution. *Pour être plus autonome [...] il faut qu'on s'embarque pour organiser ses affaires [...] bien longtemps à l'avance.* Lors de nos échanges, les participants ont pu échanger sur leurs propres stratégies, notamment pour contrer le sentiment de dépendance, lié aux incapacités présentes et à venir, face à leurs proches : *Tu ne devrais pas en avoir un qui t'organise avec tes affaires [...] C'est mieux d'en avoir deux, trois, que d'en avoir juste un. Parce que si un part, il en reste d'autres.*

Le fait d'avoir un réseau social et familial a également été souligné comme important pour contrer les effets du vieillissement. *Moi je trouve que le soutien du mari, de la famille et les enfants, c'est pour beaucoup dans comment est-ce qu'on revient.*

Un réseau social, comme les personnes âgées interrogées l'ont souligné, ça s'entretient. Combattre l'isolement, voilà un défi important pour les personnes âgées aux prises avec des maladies chroniques. *En vieillissant, on devient confortable dans notre entourage, dans notre petit milieu [...] il faut sortir.* Un autre d'ajouter qu'il faut se forcer pour sortir quand on vieillit. L'isolement leur est en outre apparu lié à la santé, mentale et physique. *Si tu ne vois pas personne, que t'as pas d'ami, tu deviens malade.* Dans cette optique, les stratégies sont multiples : *Moi j'ai hâte d'aller à la messe le dimanche pour aller rencontrer tous mes amis. Somme toute, Un petit cercle d'amis, ça t'aide en vieillissant.*

Multiplier les possibilités d'échange avec les pairs a également été mentionné comme stratégie propre à combattre l'isolement. Un participant a ainsi fait part de son expérience : *Ça fait un an et demi qu'on a formé un groupe de discussion qu'on a une fois par mois, qu'on se rencontre [...] Ça nous aide en se parlant.*

Les lacunes et obstacles

D'abord, une lacune a été identifiée quant à la disponibilité des services en français, notamment pour les services à domicile. *Il y a une chose qui manque ici, c'est en vieillissant, si tu veux avoir du home care dans la maison, il y a aucun home care en français.*

Aussi, une participante a mentionné le défi que représente le combat contre l'isolement pour une génération de femmes et surtout d'hommes peu accoutumés à échanger sur ce qu'ils vivent, «à se plaindre». *Mon mari qui ne veut pas accepter de vieillir. Puis il est silencieux, il ne parle pas. Il faut que je devine.* Plus largement, l'isolement apparaît comme un important défi pour viser l'amélioration des conditions de vie et d'accès aux services de santé pour les personnes âgées. *Je crois que les personnes âgées s'isolent terriblement.*

Les recommandations

De prime abord, pour les personnes âgées, la présence d'un continuum de services et de soins est importante : *Tu veux avoir accès à des services. Chez nous, dans les institutions, entre les deux. Communautaires, comme des cliniques.*

Aux services à proprement parler s'ajoute le soutien de groupes destinés à contrer l'isolement des personnes âgées ainsi qu'un soutien aux personnes âgées vivant avec des maladies chroniques. Ainsi a-t-on formulé le souhait de voir *Augmenter les services, soit communautaires ou encore de santé, les clubs sociaux (comme l'Amicale).*

Finalement, des participants ont également mentionné qu'il serait opportun de faciliter l'accès aux points de services de santé spécifiquement pour les personnes âgées, par exemple en allongeant les délais des feux de circulation aux abords des centres hospitaliers, cliniques et autres points de service.

3.2 L'enjeu des maladies chroniques

Les manifestations

Aux difficultés liées au vieillissement s'ajoutent, pour les personnes interrogées dans nos ateliers de discussion, les difficultés que comporte le fait de vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Les manifestations des maladies chroniques affectent la qualité de vie de manière générale. *Ça nous limite [...] On est plus fatigué. On a moins d'énergie.* L'impact est de surcroît à la fois physique et psychologique : *Moi je crois qu'on s'habitue pas,* a souligné un participant. La crainte de voir la maladie chronique évoluer ou encore d'en voir une autre apparaître est pour plusieurs omniprésente : *[la maladie] peut devenir d'autres choses. Une maladie, une autre maladie.* L'impact des maladies chroniques, en vérité, ne doit pas être négligé. *Des fois, les maladies chroniques... des personnes qui veulent se suicider. Se sont suicidées parce qu'elles ont des maladies chroniques trop graves.*

Les impacts sur l'accès aux services de santé

Les maladies chroniques amènent leur lot de limitations : *T'es moins autonome*. Cette perte d'autonomie complique l'accès aux services de santé. Aussi, le fait d'apprendre qu'on a une maladie chronique (de surcroît dans une langue seconde) apporte son lot de stress, ce qui complique encore la communication, la compréhension de son état de santé : *Quand tu as une maladie, tu es réellement stressé. Tu ne comprends pas toujours qu'est-ce que c'est qu'il [le médecin, le spécialiste] dit, mais même si tu comprenais, dans ce moment-là ta pensée est un peu partout*.

Qui plus est, pour certaines maladies qui affectent la mémoire, il peut y avoir diminution et limitation des capacités de communication puis d'accès à des services et ce tout particulièrement en milieu linguistique minoritaire : *Des fois, s'ils ont eu des pertes de mémoire à cause d'une maladie, ils ne se souviennent plus de leur anglais [...] Tu retournes à l'enfance [...] à ta langue maternelle*.

Les stratégies de solutions

Pour contrer les effets limitatifs des maladies chroniques, les personnes interrogées nous ont fait part de l'importance de la communication et des échanges. Que ce soit avec des professionnels de la santé (physique et psychologique), avec des proches ou avec d'autres personnes souffrant des mêmes maux, l'échange apparaît pour cet enjeu des maladies chroniques tout aussi garant de mieux-être et d'une meilleure connaissance de la maladie, de ses implications, que pour l'enjeu du vieillissement. Il s'agit là d'un moyen de combattre à la fois le stress et l'isolement que peuvent amener les maladies chroniques.

Finalement, pour ceux pour qui c'est possible, on a également souligné que le fait d'être accompagné et soutenu par un proche peut également être rassurant dans le suivi médical d'une maladie chronique.

Les lacunes et obstacles

Comme cela avait été mentionné pour le vieillissement, le fait de vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques peut contribuer à l'isolement : *Ça cause l'isolement les maladies chroniques [...] On ne va pas déranger les autres*.

L'impact des maladies chroniques, notamment en situation linguistique minoritaire, alimente aussi certaines craintes des aînés interrogés. L'un d'entre eux s'est ainsi questionné : *Qu'est-ce qui se passe avec les gens qui ont pas beaucoup d'entourage, quelque chose comme ça [séquelles d'une crise cardiaque, d'une embolie, Alzheimer] et puis qui se retrouvent dans des situations où ils perdent une langue puis les gens autour d'eux ne comprennent rien parce qu'ils ne savent pas?*

Les recommandations

Une recommandation visant à améliorer l'accès aux services de santé concernant l'enjeu des maladies chroniques a été celui d'un «bouton d'alerte», relié à une centrale d'urgence pouvant idéalement offrir des services et des informations en français, et ce le plus largement possible, c'est-à-dire sans frais ou à moindre coût. *Si t'as une maladie chronique, à 60 ans, tu devrais en avoir un.*

Les participants ont également mentionné l'importance du soutien psychologique dans l'expérience de la maladie chronique : *Une aide psychologique, oui ce serait important [...] par exemple aux gens qui viennent d'apprendre qu'ils ont une maladie chronique.* L'orientation des personnes souffrant de maladies chroniques vers de tels groupes a aussi été soulevée comme piste de solution : *Comme présenter les groupes de soutien, pour certaines maladies chroniques.*

3.3 L'enjeu socio-économique

Les manifestations

L'enjeu économique est bien présent à l'esprit de certaines personnes âgées interrogées au cours de nos ateliers. Au premier chef, en parlant d'eux-mêmes ou de leur entourage, des aînés ont souligné le stress et les craintes liés aux ressources financières : *Inquiétudes de ne pas avoir assez d'argent, de plus avoir accès à des services non couverts par l'assurance-maladie, à savoir services d'un dentiste, chiropraticien, réflexologue, massothérapeute, optométriste, etc.*

La perte d'autonomie, notamment quant à la mobilité, a été soulevée par un participant : *Notre cœur est jeune, c'est la machine autour qui change. Le jour où n'importe quelle personne âgée ne peut plus conduire, ben là c'est un gros choc... Ça crée un problème de couple, puis ça crée un problème d'indépendance... C'est une perte d'autonomie.* Un autre, sur ce sujet, a ajouté que *de perdre son permis de conduire, ça va avoir des impacts au niveau social. Tu vois beaucoup moins tes amis que tu voyais avant.*

La principale crainte mentionnée est celle de voir l'accessibilité aux services de santé diminuée par des limitations financières : *Si t'as pas d'argent, t'es pas capable de faire rien. Bref, il ne faut pas tomber pauvre.* Ces limitations financières, comme l'a souligné un participant, ne sont pas faciles à accepter : *je pense qu'on ne veut pas réellement admettre qu'on en est rendu à ce point là. Que réellement, on a besoin d'aide, mais on ne veut pas, parce qu'on se dit qu'on va se débrouiller... Mais vient un temps qu'on se débrouille moins bien... qu'à un moment donné, quant on est rendu à un point où est-ce qu'à cause de notre état de santé, on est obligé de faire des choix.*

Un participant a soulevé, au sujet de l'accessibilité aux services de santé, l'importance d'offrir des soins à domicile accessibles et de qualité : *Moi je sais que les soins à domicile sont pas assez, parce qu'il y a du monde qui en ont besoin. Je connais des personnes, puis il devrait y*

en avoir plus, puis ils ne sont pas juste à la moitié de ce qu'on doit avoir. Ils peuvent juste lui donner. Ça c'est quelque chose qu'on n'a pas... parce que c'est subventionné jusqu'à un certain point.

La question financière a également été liée au cours de nos entretiens aux défis que représentent la perte d'autonomie entraînée par le vieillissement et les maladies chroniques. L'entretien ménager, la tenue d'une maison peut dans un tel contexte représenter un défi de taille : *Question de continuer à prendre soin de la maison [...] Puis si on a besoin d'aide, si l'argent n'est pas là [...] c'est des coûts supplémentaires [...] tu ne peux plus prendre soin de ta maison, il faut que la vendes la maison. Ben là c'est un gros déchirement. C'est tout à cause du vieillissement. Puis c'est soit que tu paies pour faire faire toutes ces choses [...] C'est la perte d'un mode de vie.* Le choix de rester à la maison, dans une situation de perte d'autonomie, entraîne d'importantes dépenses : *On disait on a le choix de déménager puis on a le choix de rester à la maison. Puis à la maison... mais de rester ça comporte beaucoup de coûts aussi... Comme là maintenant, je paie quelqu'un pour la cour et avant ça c'est quelque chose qu'on faisait [...] ça fait des frais supplémentaires.*

Les impacts sur l'accès aux services de santé

Le lien entre les ressources financières et la qualité des soins de santé est bien réel pour certains participants : *tu meurs plus vite si t'es pauvre*, considérait l'un d'eux. Parfois limitées dans leurs déplacements, les personnes âgées aux prises avec des maladies chroniques sont conscientes des limitations (services ménagers, soins à domicile, etc.) que peuvent entraîner la précarité financière : *Tu veux qu'ils viennent chez vous si c'est possible [...] Mais si t'en as pas d'argent, tu n'as pas de service.*

Parmi les participants, certains ont illustré ce que pouvait représenter les limitations financières quant à l'accès aux soins : *Les gens qui vont avoir des moyens financiers plus avancés, ou qui ont une pension avec des bénéfices, vont pouvoir se payer des massages, vont pouvoir se payer des traitements supplémentaires. Des choses qui facilitent, qui aident à la santé dans un sens, même si c'est juste au point de vue émotionnel. Mais les gens qui sont totalement démunis, ou bien qui sont très «de base» au point de vue économique, ne peuvent pas se permettre ça [...] Ça coûte cher.*

D'autres ont souligné des limitations financières que l'on pourrait qualifier d'«afférentes» quant à l'accès aux services de santé, comme les différents coûts devant être défrayés à l'hôpital : *Un pauvre qui va à l'hôpital, qui parque son char. Il va être encore plus pauvre quand il va sortir de là. Tu rentres là cinq minutes puis c'est huit piastres.* Et à ce chapitre, pour un participant, l'avenir n'est pas prometteur : *Ça va coûter de plus en plus cher.*

Les stratégies de solutions

Au cours de nos entretiens, quelques stratégies propres à contrer les effets néfastes de la précarité financière sont ressorties. On peut d'abord rappeler ici que combattre l'isolement, qui peut parfois être lié à des difficultés financières, s'avère pour plusieurs une approche positive face au vieillissement et à la maladie. Le soutien des amis et de la spiritualité a été

mentionné. La solution peut également résider dans un soutien professionnel externe, par exemple d'un préposé aux services de soutien personnel (PSW : *personal support worker*). À ce propos, et plus largement quant à la question des services de santé, la langue de communication s'avère importante : *De l'aide à la maison, puis en français. Ça serait bien qu'on ait tout ça en français. Mais ce n'est pas là. Il faudrait avoir les effectifs. Des gens de travail qui sont français, puis ce n'est pas là. Même les médecins. C'est bon d'avoir un médecin en français. Il n'y en a pas. Tu sais, je veux dire ça serait bien de pouvoir l'avoir, mais il semble qu'on ne l'a pas. Il n'est pas là.*

Des participants ont également soulevé l'importance de demander des services en français : *[...] on pourrait parler des stratégies de solutions personnelles, à toutes les fois qu'on va quelque part, de le faire, essayer de le demander en français... en tout cas je ne me souviens plus de ce qui est arrivé, j'ai dit quelque chose en français, puis ils ont dit «eh, justement on a une technicienne qui est francophone», ça fait que c'est la technicienne francophone qui m'a passé mon échographie. Si j'avais juste parlé en anglais, j'aurais... Donc, de première main, peut-être toujours le demander.*

Les lacunes et obstacles

Les difficultés financières, nous souligne un aîné, peuvent avoir des conséquences néfastes sur les personnes âgées, notamment l'isolement : *On s'isole davantage, à cause... comment on pourrait expliquer ça vraiment? ... C'est une fierté. Fierté et indépendance.*

La précarité financière nuit à l'accès aux services et soins de santé, mais nuit également à la santé elle-même en limitant les saines habitudes de vie, selon une participante. Elle explique cette affirmation par un exemple : *Au lieu d'acheter des pilules, vas-tu prendre des fruits frais? Tu vas acheter tes pilules, pis t'auras pas tes fruits frais.*

Les recommandations

Au sujet des recommandations de nature financière, les participants à nos ateliers de discussion sont demeurés plutôt peu loquaces. On a certes mentionné la possibilité d'une assistance publique, mais qu'à demi-mots : *Si on a de l'argent, ça va nous aider. Mais sinon les bobos puis tout ça vont rester latents encore. Puis ça va juste peut-être empirer.* Cet état de fait, ce nous semble, est à relier à deux valeurs chères aux personnes âgées : *fierté et indépendance.*

Un participant a toutefois insisté sur l'importance de pouvoir trouver du soutien, dans sa langue, pour pouvoir aborder ses difficultés financières en confiance : *[...] Puis nous autres, il ne faut pas oublier qu'on est francophones là-dedans. Est-ce que, si on mettait sur pied, un genre de... pas de comité, mais de soutien quelque part. Quelques personnes qui... C'est sûr qu'on n'a pas envie de raconter notre vie à tout le monde, mais qui pourraient peut-être nous aider, nous conseiller. Des fois, quand on est dans une situation, pis qu'on voit plus clair.*

Enfin, un participant a souligné que *pour augmenter les soins à domicile, il faudrait essayer de trouver une façon de valoriser ces métiers là* [services de soutien personnel / PSW].

3.4 L'enjeu de la littératie

Les manifestations

Les principales manifestations de l'enjeu de la littératie liées au vieillissement et aux maladies chroniques ont toutes trait à l'incompréhension. Les situations qui comportent des incompréhensions sont multiples. Elles peuvent d'abord concerner, en un premier temps, des réalités liées au vieillissement. Une personne s'est ainsi questionnée : *C'est quoi ça, «mets tes papiers en ordre»? [...] L'autre qui dit met tes papiers en ordre, où c'est que tu commences?* À sa question, on lui répond qu'il s'agit de prendre charge de ses préparations funéraires. Et là, *Ils nous donnent des grandes feuilles à remplir*. Dans une telle situation, l'incompréhension face à des préparatifs pour lesquels certaines personnes âgées sont peu outillées, amène un stress supplémentaire.

Que ce soit en raison du niveau d'éducation ou encore du niveau de bilinguisme, l'incompréhension représente un handicap pour les personnes âgées. Dans certaines situations, le fait de ne pas comprendre ce qui nous arrive, ce qu'on signe, peut avoir d'importantes conséquences émotives, voire éthiques. Différents témoignages ont ainsi concerné le fait de signer des formulaires de consentement exclusivement en anglais, sans tout à fait comprendre de quoi il s'agit. *Où j'ai un problème, c'est l'écriture. Moi, j'ai toujours été à l'école en français [...] Et puis là, on me dit «On va te donner un traitement, là, mais il faut que tu signes, comme quoi, tu acceptes», et puis on me présente toujours les choses en anglais. C'est un handicap pour moi. J'aimerais beaucoup comprendre, dans ma langue, c'est quoi que je signe*. Un autre ajoute : *On ne sait pas ce qu'on signe. Après ça, on a peur... l'anxiété reliée à ça*.

Enfin, l'incompréhension peut également être liée au manque d'informations, au manque de temps pris par le médecin pour expliquer les choses : *La seule chose qu'elle [la médecin] me donne, un papier, une prescription, puis elle pourrait me répéter, ce qu'elle m'a dit. Elle ne va pas. C'est le temps... c'est le temps qu'elle n'a pas [...] C'est in and out*.

Les impacts sur l'accès aux services de santé

La compréhension est particulièrement importante lorsqu'il est question de santé. Comme on nous l'a mentionné, *T'es beaucoup plus à ton aise quand tu sais tout*. À l'inverse, l'incompréhension amène ses difficultés, ses inconforts, ses risques de complications au niveau de la santé : *C'est qu'on vit dans l'incertitude et c'est angoissant*. De fait, dans nos échanges concernant cet enjeu, une personne âgée s'est même indignée : *Moi je dis c'est terrible quelqu'un qui sort de l'hôpital puis qui a pas compris la moitié de ce qui se passe. Moi je trouve que ça n'a pas d'allure*. Certaines personnes âgées ont semblé se reconnaître : *Puis t'arrive chez vous et puis t'es toute mêlée. Qu'est-ce qui me dit ce que je vais faire?*

Quand on parle de compréhension, dans un contexte linguistique minoritaire, la question de la langue de services s'avère importante. Parmi les personnes âgées francophones interrogées, certaines ont indiqué qu'elles préféreraient avoir les explications relatives à leur état de santé en anglais, langue dans laquelle ils ont appris à se débrouiller : *Moi, j'ai un médecin anglais. Je ne pourrais pas aller chez un médecin français parce que je suis meilleure en anglais [...] Je préfère me faire expliquer en anglais.* À l'inverse, d'autres considèrent qu'ils comprendraient mieux en français, leur langue maternelle : *Mon docteur pour les yeux, il est anglais, puis j'ai de la misère à le comprendre.*

Les stratégies de solutions

Les personnes âgées francophones qui ont participé à nos ateliers d'échange ont, pour plusieurs d'entre elles, développé des stratégies pour contrer les limitations liées au niveau de littératie. À plusieurs reprises, on nous a souligné l'importance de poser des questions à son médecin, aux spécialistes, et même de les préparer d'avance. *Moi, mes questions sont toutes là [...] Si je ne suis pas satisfaite, je demande, jusqu'à temps que je sois satisfaite.* Préparer, puis écrire ses questions, pour s'en souvenir, a été avancé comme piste de solution pour contrer l'incompréhension : *Je l'écris là, en bout, pour pas oublier. Puis les autres questions que je veux savoir, que je veux lui demander. J'ai toujours la moitié d'une feuille de questions.* En demandant, il est parfois possible d'avoir des suppléments d'information, sous forme écrite, qu'on peut consulter chez soi : *Je l'ai eu par le «mail», moi, l'affaire [...] Il faut demander.*

Les stratégies peuvent en outre être simples : *Il faut les faire répéter.* Parfois aussi, il faut questionner et aller même jusqu'à insister : *Il faut que tu tiennes ton bout [...] Il faut que tu lui demandes [...] Il faut tenir son bout. Insister [...] jusqu'à temps que tu sois satisfaite.*

Insister, demander, poser des questions, ce ne sont pas toujours des réflexes pour les personnes âgées que nous avons rencontrées. Une dame nous a raconté comment elle s'est sentie dans une situation où elle a dû vaincre sa peur de demander davantage d'informations : *Quand mon mari a été opéré [...] il fallait que je fasse les pansements quand il est arrivé à la maison, puis il fallait que je fasse ci, puis que je fasse ça [...] J'ai demandé aussi. J'y suis allée voir comment on fait les pansements [...] Si je ne l'avais pas demandé, peut-être qu'il me l'aurait pas donné [l'information, la marche à suivre]. Il faut que tu demandes. Au commencement, je n'étais pas sûre de la réaction. Tu sais j'avais peur de demander ça, parce que c'était le docteur.*

En plus de poser des questions, plusieurs répondants nous ont souligné qu'il leur apparaissait important de s'informer. *Je lis beaucoup à propos de tout, la médecine, et j'adore ça, alors j'ai appris beaucoup.* S'informer, ce peut être dans les livres, à la télévision. Pour certains, la proximité d'un dictionnaire fait partie de leur stratégie : *Écouter la télévision. RDI santé [...] avec mon dictionnaire.* Certaines personnes âgées s'informent, en français, sur Internet : *Moi, ma stratégie, c'est d'aller sur Internet, puis en français.* Une autre a aussi mentionné qu'elle utilisait Internet pour s'informer : *Je vais à l'Internet. Même pour les diagnostics.* Suite à cette affirmation, une autre personne âgée est intervenue : [Internet],

c'est une bonne affaire pour faire des erreurs, soulignant la grande quantité d'informations sur Internet et le peu de fiabilité de certaines sources. Somme toute, s'informer c'est prendre sa place dans le suivi de sa propre santé : «Knowledge is power». Quand tu sais là, ben tu peux parler.

Enfin, certains participants nous ont indiqué qu'ils se faisaient accompagner lors de leurs entretiens médicaux.

Les lacunes et obstacles

Parmi les obstacles amenés par les différentes conséquences des lacunes de littératie, le manque d'information a été mentionné. *Il y en a du monde qui n'a pas l'information qu'il faut [...] il y a du monde qui sait pas, par exemple, que Old Age Pension, quand tu meurs, ils te donnent 2500 piastres pour la famille [...] il faut avoir accès à cette information là.* Dans un contexte de consultation médicale, le manque d'information est également présent : *On nous donne beaucoup de tests. Et puis on a de la misère à avoir des explications.*

Qui plus est, dans certaines situations particulières, comme mentionné ci-haut, le fait de ne pas avoir accès à des informations en français limite tout particulièrement la compréhension. On a ainsi mentionné qu'*Il y a beaucoup de dépliants ou d'annonces qui démontrent les deux langues. Quand tu ouvres un médicament, c'est les deux langues et là tu peux lire, mais dans les formulaires que tu dois remplir, c'est souvent une lacune qui a pas de français.*

Les recommandations

Pour contrer les effets néfastes de l'incompréhension liée au niveau de littératie des personnes âgées francophones, un participant a proposé, à l'adresse des médecins, de converser davantage, de prendre le temps d'expliquer : *Converser, parler plus simplement. Expliquer. Nous autres on est pas des docteurs. Même si on est au courant de bien des choses, de se faire expliquer, ça c'est important.*

Pour favoriser une meilleure compréhension des enjeux liés aux maladies chroniques, on a plaidé pour de meilleurs outils d'information. En un premier temps, on a relevé le fait que cette information manque parfois : *Dans les salles d'attente, il y a juste des petites revues, des magazines qui ont rien à faire avec la maladie, pour vous informer.*

Pour les personnes se faisant accompagner par un membre de leur famille pour être certaines de bien comprendre les indications médicales, les délais d'attente peuvent représenter un obstacle. Dans ce sens, un participant a plaidé pour une meilleure organisation des rendez-vous : *Peut-être que leur horaire n'est pas bien organisé. Ils devraient nous faire venir un peu plus tard. [On devrait considérer] Qu'une personne de la famille est pas toujours disponible et que ça exige, c'est très exigeant pour les membres de la famille de venir avec vous : ils ont un travail, ils ont un horaire.*

3.5 L'enjeu linguistique

Les manifestations

Les problèmes rencontrés par les personnes âgées francophones interrogées ont souvent concerné l'enjeu linguistique, particulier à leur situation minoritaire. *On a de la misère à se faire comprendre. Les docteurs, les spécialistes... l'histoire de la langue.*

Les impacts sur l'accès aux services de santé

Les limitations linguistiques peuvent également représenter un facteur de stress supplémentaire pour certaines personnes âgées francophones interrogées : *Il faut que t'aïlles sur le dictionnaire, pour voir comment ça [se] dit. C'est déjà pas trop facile de comprendre qu'est-ce qu'on a souvent parce qu'on est préoccupé et tout ça alors ça devient plus difficile.* Les incompréhensions, pour certains aînés francophones confrontés à un médecin unilingue anglophone, sont multiples. *'Is it a sharp pain or dull pain?' [...] je savais pas du tout ce qu'il voulait dire, je pensais à un couteau [...] pour moi ça n'avait aucun sens avec la santé.*

Un témoignage, livré par une participante à notre atelier, illustre bien l'impact de l'incompréhension, puis celui de la compréhension et du sentiment de confiance qu'elle apporte : *[...] ça ne marchait pas et puis alors je me suis mise à pleurer puis j'ai eu honte de moi [...] ils m'ont remis à une autre date et quand je suis allée, ben la personne, le médecin qui était là pour me voir, elle, elle me parlait en français. Elle parlait français, c'était une anglophone mais elle parlait français. Puis je veux dire que oui, je me suis sentie à l'aise.* Une autre participante a fait part d'une situation semblable : *Ce médecin là, que j'ai vue, moi je lui ai pas parlé en français. C'est elle qui a parlé [en français] parce qu'elle a vu que j'étais tendue.*

Finalement, on a souligné la dégradation des services de santé lorsqu'ils ne sont pas disponibles en français : *Il y a beaucoup de francophones qui se retrouvent dans des maisons de personnes âgées, mais ils sont très mal servis parce qu'il n'y a pas de services en français.*

Les stratégies de solutions

Parmi les personnes âgées qui ont participé à nos ateliers, certaines ont mentionné demander des services en français, auprès du personnel hospitalier et médical. Parmi celles-ci, certaines ont dit souhaiter voir *plus de pression de la population pour avoir des services en français.* Au fur et à mesure des échanges, certains aînés ont ainsi réalisé l'importance de la langue et ont résolu de faire leur part pour s'identifier, pour s'affirmer comme francophone : *Mon GP [médecin généraliste] je vais lui dire que je veux que tu mettes dans mon dossier, une des premières choses importantes que tu mettes, spécifie que «ma première langue est le français».*

Pour d'autres, le manque de ressources francophones et dans le système de santé en général les décourage d'emblée de demander des services en français : *Ça peut [ne pas] donner grand chose, parce qu'y en a pas, y en a pas assez de médecins et en plus de ça de*

demander un médecins qui parle français... La crainte est de voir les délais déjà importants allongés par une telle demande : Tu n'iras pas demander pour un spécialiste qui parle français. Automatiquement, tu vas l'accepter : ils t'en ont trouvé un!

Les lacunes et obstacles

La première lacune identifiée quant à l'enjeu linguistique est celle du manque de médecins francophones : [...] *s'il y en avait plus de docteurs français... il n'y en a pas beaucoup*; ou à tout le moins bilingues : *Ils [les médecins] devraient parler français/anglais [...] ils devraient parler les deux langues.*

Sur la langue utilisée par leur médecin, certains aînés ont mentionné ne pas demander des services en français même s'ils savent que leur médecin est francophone : *Je ne pense pas qu'ici [...] il y a beaucoup de services en français [...] mon médecin de famille supposément parle français, mais moi je lui parle jamais en français.* Cette posture, soulignons-le, est plus souvent qu'autrement celle de francophones se débrouillant bien en anglais : *Pour moi, ce n'est pas de problème [...] je suis bilingue.* Qui plus est, au-delà de la langue, pour nombre d'entre eux, la qualité de la relation avec le médecin prime : *Il y a la question de la langue, puis il y a la question aussi de la chimie entre le médecin et toi. La chimie, si on s'entend bien, si on est sur les mêmes longueurs d'ondes... oui c'est ça, être à l'aise.*

L'absence de documentation en français a été soulevée par plusieurs répondants comme une importante lacune. Conjuguée aux limitations de littératie, l'adaptation linguistique apparaît comme un obstacle : *Ce n'est pas juste au point de vue de la maladie, là, c'est tous les papiers là, que tu peux avoir. C'est moi qui lis tout ça; mon mari ne s'occupe pas de ça. En anglais là, ça me fâche. Je suis obligée de remplir les choses en anglais.*

J'aimerais indiquer qu'il y a une lacune lorsque c'est les services à domicile, puis que c'est le service en français.

Les recommandations

Informées, les personnes âgées s'interrogent quant à l'accessibilité de services de santé en français en Ontario : *Les deux langues officielles, en fin de compte, c'est le français et l'anglais. Le gouvernement est obligé de donner des services dans les deux langues officielles, de la même manière et avec la même qualité.*

Ainsi, comme l'a mentionné une personne âgée interrogée, *L'idéal, pour l'accès aux services en santé, ça serait d'avoir plus de médecins bilingues, c'est sûr.* Plus largement, pour un autre participant, *il faudrait qu'il y ait une augmentation des services en français : des renseignements, des services... On a également plaidé pour une coopération entre les médecins et les professionnels, ceux qui sont anglais/français, et pour l'identification des professionnels (Ça devrait être annoncé qu'ils parlent français) et patients francophones.*

- *Est-ce qu'avec la carte santé, est-ce que ça indique qu'on est francophone?*

- *Non.*

- *Ça devrait être là.*

Parmi les interventions, plusieurs ont plaidé pour l'augmentation de services en français et ce pour différents services :

Moi, je recommanderais un budget pour offrir des personnes bilingues aux services. Embaucher plus de francophones ou des bilingues.

On devrait avoir un centre [d'hébergement] en français.

Si t'as une urgence, puis la garde-malade parle français, qu'il y ait des services comme ça, ça serait bon.

De manière générale aussi, les personnes âgées ont identifié une piste pour contrer l'obstacle linguistique : *Ça nous prend un centre d'information [...] On veut savoir s'il y a des services disponibles.* L'idée d'un tel centre est ressortie à plusieurs ateliers et les applications possibles étaient nombreuses : *avoir un répertoire de médecins, de professionnels bilingues, de l'information sur la maladie, en français, des petits boutons d'emergency [...] Ils vont savoir quand tu pèses sur le bouton, que tu parles français,* etc. En bref, il s'agit de *créer des outils de communication en français.*

Pour certains d'entre eux aussi, l'amélioration des services de santé en français passe par une meilleure formation des professionnels : *il s'agit donc de développer plus les écoles en français, plus de programmes en français, plus de places dans les programmes en français, de mettre ça [l'apprentissage du français] dans le curriculum des médecins.*

Finalement, on a identifié *l'Offre active des services en français de la part du ministère, ou du gouvernement, ou du système de santé* comme une piste de solution quant à l'accès aux services de santé en français.

3.6 L'enjeu de la santé émotionnelle

Les manifestations

Dans un contexte de vieillissement, nous a-t-on souligné, l'impact d'une ou plusieurs maladies chroniques peut être important quant à la santé émotive. Face aux problèmes de vieillissement et des maladies chroniques, *On peut souffrir de dépression.* Pour un grand nombre de maladies chroniques, et ce pour plusieurs personnes âgées interrogées, le stress est omniprésent : *C'est un stress de vivre avec cette maladie-là.* Dans certains cas, on associe le stress à la dégradation de son état de santé : *Là je me suis inquiétée. Là j'étais émotive énormément [...] Ça m'a [tant] inquiétée qu'une semaine après, j'ai fait une attaque du cœur [...] Le stress peut avancer des maladies comme en créer.*

Le stress peut être vécu face à sa propre situation qui est de vivre avec un ou des problèmes de santé chroniques, mais également face à l'état de santé d'un proche. Une dame nous a fait

part de son expérience : *Quand on va se faire soigner, je vais toujours avec lui, parce que mon mari, il porte des choses pour les oreilles et il ne comprend pas et c'est tout en anglais. Moi ça me stress. Le stress, l'isolement, la maladie chronique sont des facteurs qui peuvent diminuer la qualité de vie.*

Plus tu vieillis, plus le stress est difficile, mais en même temps il y a de grosses raisons pour avoir le stress. Ce n'est pas parce que vous êtes plus âgé, mais c'est de la façon dont notre physiologie réagit, puis lorsqu'on est un peu plus âgé, on n'a peut-être pas autant la stamina, la force de... 'go get it'.

Le fait de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue, pour certains, représente un frein à la confiance nécessaire pour révéler son état de santé, notamment émotionnel : *C'est plus facile de pleurer en français. Les larmes ne nous feraient pas si mal aux yeux. Pour une participante, C'est la langue émotionnelle en français. Somme toute, un bon nombre des participants s'entendent pour dire qu'on s'exprime toujours mieux dans notre langue maternelle.*

Enfin, certaines personnes âgées nous ont mentionné se sentir quelque peu délaissées dans leur suivi médical : *Moi, j'étais un numéro. Se sentir pressé par le temps alloué par le médecin n'est pas pour rassurer : Ici, on arrive et puis [...] tu te penses un numéro. Tu bénéficies de tant de minutes et tu sens là un peu qu'il faut que tu te dépêches.*

Les impacts sur l'accès aux services de santé

Certaines personnes âgées ont mentionné que le fait de pouvoir s'exprimer en français avec les professionnels pour faire état de leur vécu émotif favorisait une meilleure qualité d'échanges avec les professionnels et, ultimement, de meilleurs soins. À l'inverse, devoir exprimer leurs émotions dans une langue seconde apparaissait pour certains comme une limitation, un impact négatif à la livraison de soins de qualité. De fait, une communication lacunaire amène une insécurité, un stress supplémentaire : *On nous donne beaucoup de tests. Et puis on a de la misère à avoir des explications.*

Les stratégies de solutions

Dans leurs interventions, les personnes âgées francophones ont identifié quelques pistes de solutions pour maintenir leur équilibre émotionnel, leur moral : *des cours de relaxation, pour éviter... moins de stress... la dépression. Garder le moral, pour certains, passe par la pensée positive : Pensée positive; c'est bon ça. Pour d'autres, se faire plaisir, voire même tricher (par exemple sur la diète alimentaire), représentent des stratégies d'équilibre. Assez largement aussi, plusieurs participants ont souligné l'importance de sortir de l'isolement, de multiplier les occasions d'échanges. Les groupes de discussion, c'est très bon. Puis je les recommanderais à n'importe qui. Même les francophones qu'on ait des groupes de discussion sur nos maladies.*

Les lacunes et obstacles

Au cours des entretiens, plusieurs aînés ont souligné qu'il n'était pas courant d'être interrogé par les professionnels sur leur état émotionnel, et ce même en anglais. En français encore moins. Ils ont poursuivi en indiquant qu'ils n'étaient pas toujours à l'aise d'initier la discussion à ce sujet, surtout lorsqu'ils se sentent pressés. *Il [le médecin] demande seulement la question qui l'intéresse, puis le restant... Ils ont jamais essayé de demander comment qu'on vit et les médecins que tu connais pas... Ils ne communiquent pas ensemble. Il n'y a pas de communication; cela crée du stress.* Aussi, on a mentionné la réticence de plusieurs personnes âgées, notamment les hommes, à parler ouvertement de leur état émotif, plus habituées qu'elles sont de passer outre.

Un obstacle notoire a été soulevé : celui de la langue de communication, s'ajoutant à des facteurs de stress déjà nombreux. Une dame a témoigné : *C'est moi qui faut qui aille avec lui. C'est moi qui conduis l'auto. C'est moi qui remplis tous les papiers. Et puis rendu là, je suis écoeurée de tout ça. Ça me rend malade. Du point de vue de la langue française... Ce n'est pas juste au point de vue de la maladie là, c'est tous les papiers là, que tu peux avoir... C'est moi qui lis tout ça. Mon mari ne s'occupe pas de ça. En anglais là, ça me fâche. Je suis obligée de remplir les choses en anglais.*

Les recommandations

D'abord, les personnes âgées ont formulé le souhait d'un plus grand soutien psychologique dans le traitement et le suivi de leur santé. Qui plus est, on a souhaité voir davantage de professionnels aptes à s'exprimer en français : *Spécialistes en français. Psychiatre en français.* On souhaite par ailleurs que ces professionnels s'affichent en tant que personnes parlant français. Comme l'a présenté un participant, il faut *annoncer les services en français. Je suis allée à mon cardiologue... il parle très bien français... Mais j'ai dit il n'y a personne qui le sait. Mais ils ne le disent pas, juste à moi.*

Le suivi psychologique de la part des professionnels de la santé devrait également considérer la clientèle spécifique des personnes âgées, à savoir en s'enquérant activement de l'état émotif des aînés au lieu d'attendre qu'ils en fassent eux-mêmes part. Un participant a aussi reconnu l'importance pour les personnes âgées de se livrer émotionnellement aux professionnels de la santé : *Ben, si on feel qu'on a, il faut parler. Parce que le dialogue est de là... Si on ne le dit pas...* Un autre a ajouté l'importance de se préparer en vue d'une rencontre avec le médecin : *Peut-être que le patient pourrait parler un peu plus. Prendre des notes avant d'aller voir le médecin.*

Au final, un participant a bien souligné l'importance de la communication dans un domaine aussi crucial qu'est celui de la santé : *[...] c'est bien plus important de comprendre au niveau de la santé que si tu vas magasiner ou que si t'as besoin de quelque chose, alors tu peux lire sur... même si elle n'est pas en français, même que tu ne comprends pas exactement. Ce n'est pas pareil comme de la santé. La santé c'est plus important de tout.*

4. Interprétation et analyse des résultats

Les différents thèmes abordés dans l'ensemble de nos ateliers de discussion, puis en plénière, profitent à être davantage contextualisés. De fait, les impacts du vieillissement, des maladies chroniques, de la précarité financière, des lacunes de littératie, de la langue et de la santé émotionnelle sont nombreux, avérés et documentés.

Le vieillissement de la population et les dangers de l'âgisme

Il est convenu qu'avec le **vieillissement** de la population, une augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** est à prévoir. Toutefois, un mauvais état de santé de même qu'une qualité de vie moindre sont évitables. En cultivant des habitudes de vie propres à maintenir une bonne santé (bonne alimentation, saines habitudes de vie), à éloigner le stress, à demeurer actifs et entourés, tout porte à croire que le vieillissement peut rimer avec santé et qualité de vie.

[...] un mauvais état de santé pendant les années de vieillesse n'est pas inévitable, et la modification de certains facteurs de risque peut non seulement prolonger la vie, mais aussi permettre aux aînés de vivre de nombreuses années en bonne santé [...] Faire de l'exercice fréquemment, boire modérément, manger des fruits et des légumes souvent, avoir un indice de masse corporelle (IMC) normal, ressentir peu de stress et éprouver un sentiment d'appartenance à la collectivité sont tous des facteurs qui jouent un rôle important dans le bon état de santé général des aînés.⁴

Ceci dit, à l'abord des résultats recueillis et en nous questionnant sur les mesures à prendre pour améliorer l'accès aux services de santé aux personnes âgées ayant une ou plusieurs maladies chroniques, ici sans égard à la langue d'usage, il nous apparaît nécessaire de souligner les dangers de l'«**âgisme**».

Le terme «**âgisme**» se rapporte à deux types de comportements ayant un effet négatif sur les aînés. Le premier est une interprétation fautive des effets du vieillissement, faite de préjugés et de stéréotypes à l'endroit des personnes âgées. Le second est une tendance à vouloir structurer la société sur la présupposition que tout le monde est jeune, de sorte que l'on n'arrive pas à répondre adéquatement aux besoins réels des personnes âgées [...] La Commission [ontarienne des droits de la personne] a entendu plusieurs exemples de la deuxième forme d'âgisme, notamment notre façon de ne pas tenir compte des besoins réels des personnes âgées et de ne pas mettre en place des services et systèmes qui leur conviennent.⁵

⁴ Statistique Canada (2006) *Rapport sur la santé. La santé de la population canadienne*. Numéro spécial, supplément au volume 16, no 82-003-SIF, 6 février 2006. [En ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/4251477-fra.pdf>.

⁵ Commission ontarienne des droits de la personne (2006) *Il est temps d'agir : Faire respecter les droits des personnes âgées en Ontario*, «**Âgisme**». Nous soulignons. [En ligne] : http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policy/TimeForActionFRANCAIS?page=TimeForActionFRANCAIS-Acirc_g.html.

Dans nos entretiens, l'«âgisme» (pris dans le second sens exprimé ci-haut) n'a pas été mentionné comme tel mais de nombreuses inquiétudes y étant liées ont transparues. Que ce soit dans les craintes liées à l'accès aux soins (feux de circulation à proximité des hôpitaux, difficulté d'obtenir des services à domicile), à la qualité des soins (explications posologiques lacunaires, peu de temps pour poser des questions, communications impersonnelles) ou encore quant aux besoins spécifiques de certaines personnes âgées francophones en milieu minoritaire (informations, posologies, formulaires – notamment de consentement – unilingues), de nombreux indices nous laissent croire qu'une attitude âgiste avérée inquiète les personnes âgées que nous avons interrogées.

Pour contrer les effets pervers d'une telle posture, il nous apparaît pertinent de rappeler ici les préceptes d'une approche novatrice (bien qu'elle date de plus de 25 ans déjà⁶) : celle des **déterminants sociaux de la santé**.

L'importance des déterminants sociaux de la santé

«[...] il existe un grand nombre de conditions et facteurs sociaux, notamment le revenu, l'emploi et l'éducation, qui influencent la santé des gens et des collectivités. En 1998, Santé Canada a dressé une liste exhaustive de ces facteurs que l'on a nommé les **déterminants sociaux de la santé** : le revenu, le soutien social, l'éducation et l'alphabétisme [voire la littératie], l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux et physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture [...]»⁷

Cette approche, dépassant les cadres traditionnels d'analyse d'état de santé attachés aux facteurs exclusivement physiques, propose d'élargir la perspective en prenant en compte l'ensemble de facteurs (économiques, démographiques, psychologiques, culturels, etc.) qui influent sur les états de santé. L'approche des déterminants de la santé, entre autres, permet une meilleure appréciation des entraves avérées de la **précarité financière** sur l'état de santé de nombreux aînés.

L'accès universel aux soins de santé reste dans une très large mesure sans lien avec les revenus. Toutefois, un grand nombre de Canadiens à faibles revenus et à revenus moyens ont un accès limité ou pas d'accès du tout à des services de santé comme les soins ophtalmologiques, les soins dentaires, les conseils en santé mentale et les médicaments d'ordonnance.⁸

⁶ On associe souvent l'adoption de la Charte d'Ottawa, en 1986, comme le moment fondateur de cette approche internationale en santé publique.

⁷ Ontario Chronic Disease Prevention Alliance (2007) *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, août 2007. Souligné dans le texte. [En ligne] : <http://www.ocdpa.on.ca/OCDPA/docs/PrimertoAction-FR.pdf>.

⁸ Agence de la santé publique du Canada. [En ligne] : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants2-fraphp#status>.

De fait, «[...] il est de plus en plus évident que la santé d'une population est aussi étroitement liée à des variables économiques et sociales. Beaucoup considèrent le statut socioéconomique, par exemple, comme un prédicteur fondamental de l'état de santé.»⁹

Les impacts d'une situation financière précaire sur l'équilibre psychologique, et ultimement sur la santé tout court, sont avérés et d'autant plus importants dans des situations de vulnérabilités spécifiques aux personnes âgées aux prises avec des maladies chroniques. Que la diminution du stress et l'autonomisation des individus apparaissent comme des moyens privilégiés de préserver un bon état de santé plaident encore davantage pour une approche tenant compte des besoins spécifiques des personnes âgées sous ces créneaux, à savoir un soutien pour l'accès aux services de santé complémentaires.

La sécurité financière favorise l'autonomie, le contrôle de sa vie et la capacité de faire des choix. L'incertitude que présente pour certains aînés les coûts des services et mesures de soutien leur cause un grand stress. Ceux qui n'ont pas les moyens de payer des services nécessaires mais non subventionnés par l'État (comme bon nombre des services d'auxiliaires familiales, du matériel et des fournitures, des frais de transport, des médicaments, des réparations au foyer, etc.) peuvent faire de l'anxiété.¹⁰

Ces considérations économiques, notamment pour ce qui est des services complémentaires, idéalement en français pour le cas qui nous occupe, ont été soulevées à plus d'une reprises et ce à plus d'une table de discussions, témoignant en cela de l'importance de la question.

Pour une approche écologique de la santé des personnes âgées francophones

En vérité, pour un abord constructif de la santé des personnes âgées, il nous semble opportun d'insister sur l'impératif d'une **approche «écologique»** davantage attachée aux déterminants sociaux-environnementaux.

Le mouvement de la promotion de la santé, influencé par les préceptes de la charte d'Ottawa, se construit autour d'une vision «socio-écologique» de la santé, prenant en compte les déterminants individuels mais aussi socio-environnementaux de la santé dans des stratégies d'intervention [...] La participation sociale est un déterminant-clé de la santé et de la qualité de vie des aînés [...] L'aménagement de l'environnement au plus près des besoins des personnes âgées ouvre la voie à des mobilités et à des temporalités qui leur permettent de mieux s'approprier un espace de vie [...]¹¹

⁹ Paul ROBERTS et Gail FAWCETT (1998) *Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes. Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*. Centre de statistiques internationales au Conseil canadien de développement social. Ministère de l'industrie, Ottawa, Canada. [En ligne] : http://www.college-merici.qc.ca/collection/stat_can/personnes_risques.pdf.

¹⁰ Malcolm ANDERSON, Karen PARENT et Linda HUESTIS (2002) *Favoriser la santé mentale des personnes âgées*. Association canadienne pour la santé mentale, Toronto, Ontario. [En ligne] : http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/214_smhhc_hcguide.pdf.

¹¹ Lucette BARTHÉLÉMY, *et al.* (2011) «Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés», *Le Bloc-notes*, 29 avril 2011, vol. 14, no 1. [En ligne] : <http://www.leblocnotes.ca/node/3699>.

Une telle approche socio-écologique a le mérite d'élargir le spectre des analyses de santé, en y intégrant notamment l'environnement social, les données socio-économiques mais également des facteurs malheureusement moins usités en santé publique, à savoir le niveau de littératie ou encore les facteurs linguistiques et culturels.

Effectivement, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent tenir compte des déterminants socio-économiques et environnementaux dans leurs plans de traitement et de suivi. Par exemple, ils doivent déterminer si les personnes âgées sont financièrement en mesure d'accéder aux programmes qui leur sont suggérés, tels des programmes de physiothérapie. S'ils ne sont pas en mesure d'y accéder, ils doivent aider les personnes âgées à obtenir de l'aide financière pour qu'elles puissent se prévaloir de ces programmes.

Enjeux de littératie et linguistiques

Les professionnels doivent également être attentifs aux besoins spécifiques des personnes âgées quant à leur **niveau de littératie** et ce d'autant plus avec une clientèle francophone en milieu minoritaire.

Littératie : *aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités.*¹²

Rappelons ici que la littératie concerne des informations de base, leur compréhension et, plus spécifiquement dans le domaine qui nous occupe, la compréhension de termes et d'indications spécialisés au domaine de la santé : «La littératie en matière de santé est le degré auquel les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre de l'information de base sur la santé et d'obtenir les services nécessaires pour prendre des décisions appropriées.»¹³ Pertinemment, le rapport de la DEAAC reprend quelques points amenés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la littératie en santé :

- *Une personne doit être capable d'obtenir de l'information sur la santé.*
- *Une personne doit être capable de comprendre l'information.*
- *Une personne doit utiliser l'information pour améliorer sa santé ou la santé de sa famille ou de sa collectivité.*
- *Une personne n'est pas toujours obligée de lire ou d'écrire pour obtenir de l'information sur la santé pour l'utiliser.*¹⁴

¹² Renald LEGENDRE, *op. cit.*

¹³ Direction de l'éducation des adultes et de l'action communautaire (DEAAC), Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Gouvernement du Québec) (2008) *Rapport de recherche : Étude exploratoire sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population*, p. 12.

¹⁴ *Ibid.*

Le niveau de littératie est relié à la capacité de comprendre, dans un premier temps, mais également au contrôle que l'on exerce sur sa propre expérience. De fait, les auteurs Petch, Ronson et Rootman¹⁵, comme le présente le rapport de la DEAAC, considèrent deux types d'impacts d'une littératie lacunaire sur la santé, soient des impacts directs et indirects.

*Si les répercussions [d'une littératie en santé lacunaire] directes sont plus évidentes [par exemple l'incapacité de lire et de comprendre une ordonnance] [...], les conséquences indirectes ne sont pas moins importantes. Il est alors question [...] de stress, de vulnérabilité, de mauvaises habitudes de vie et de périodes d'hospitalisation plus longues et plus fréquentes.*¹⁶

Comme le rapport du Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) de 2008 le souligne, la question de la littératie touche plus particulièrement les personnes âgées.

Au Canada, on s'attend à ce que la population de personnes âgées (66 ans et plus) augmente rapidement pour atteindre 4 838 000 personnes en 2031, soit une croissance de 135% par rapport à 2001. Par ailleurs, la proportion de cette population affichant un faible niveau de littératie chutera de 12%, passant de 85% en 2011 à 73% en 2031. En dépit de cette diminution, le nombre absolu de personnes âgées dont le niveau de littératie est inférieur à 3 [niveau reconnu à l'échelle internationale représentant le seuil minimal pour faire face aux exigences de la société actuelle] doublera : de 3 059 000 en 2011, il passera à 6 204 000 en 2031.¹⁷

Qui plus est, dans un contexte où les échanges avec les professionnels de la santé ont grande chance de se dérouler dans une langue seconde, force est de constater que l'enjeu de la littératie revêt une importance accrue.

Il existe très peu de littérature sur la littératie francophone hors Québec. Les francophones se sentent souvent isolés, surtout dans les régions où ils sont peu nombreux. Apprendre le français peut les aider à développer un sentiment d'appartenance à une communauté de personnes qui s'expriment en français. Cela leur permet de renouer avec leur culture et renforcer les compétences et les connaissances qu'ils ont acquises. Il est important d'assurer que les francophones aient la possibilité d'apprendre en français peu importe où ils habitent au Canada.¹⁸

À plus d'une reprise en effet, les participants à nos ateliers de discussions ont soulevé l'inconfort et l'insécurité qu'ils vivent dans une situation d'incompréhension face à leur santé où celle d'un proche. L'incapacité d'obtenir des informations qui peuvent être comprises, notamment par l'entremise de questions aux médecins, affecte sans aucun doute la qualité des soins et services et, ultimement, la santé même des personnes âgées francophones en situation minoritaire. À ce titre, on doit également considérer le sentiment de perte de contrôle vécu par les aînés confrontés à de telles barrières linguistiques. Cela est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'obtenir le consentement éclairé d'une personne

¹⁵ PETCH, Elsie, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN (2004) Rapport de recherche : *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

¹⁶ DEAAC (2008) *op. cit.*, p. 20.

¹⁷ Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) (2008) *Lire l'avenir : pour répondre aux besoins futurs du Canada en matière de littératie*, Ottawa. [En ligne] : <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/ReadingFuture/LiteracyReadingFutureReportE.pdf>.

¹⁸ *Idem*.

âgée quant aux traitements à recevoir. Il s'agit là d'un problème d'ordre légal et d'éthique professionnelle d'importance.

Pour contrer les effets pervers d'un bas niveau de littératie, il y a lieu de se questionner également sur les sources d'informations offertes aux personnes âgées et ce dans les deux langues officielles : c'est là, rappelons-le, une obligation reconnue par la Loi sur les services en français de l'Ontario (Loi 8). De fait, les exercices de vulgarisation ne sont pas fortuits : «Si la langue employée dans les documents d'information est déjà à un niveau élevé, une personne faiblement alphabétisée ne pourra sans doute ni comprendre ni observer dans toute sa complexité un régime posologique comportant plusieurs médicaments»¹⁹, comme c'est souvent le cas lorsqu'on marie vieillissement, maladies chroniques et langue seconde.

Par ailleurs, la vulgarisation en santé est généralement populaire : les nombreuses mentions que nous avons relevées lors de nos ateliers sur la qualité d'émissions télévisées comme *Les Docteurs* (Télévision de Radio-Canada) ou *RDI santé* (Réseau de l'information – Radio-Canada) en font foi.

Des informations de qualité, en des quantités bien dosées et intégrées par les différents professionnels de la santé, voilà la formule d'une vulgarisation opportune pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques :

*Les éléments clés [d'une posologie, d'une pharmacothérapie, etc.], s'ils sont présentés dans un style clair et soulignés par le médecin, le pharmacien et les fournisseurs de soins, suffisent souvent à aider les patients à comprendre leur médication. Lorsque ces «interventions multiples» sont renforcées par des imprimés en style clair et simple, les patients faiblement alphabétisés sont beaucoup plus susceptibles de comprendre leur état de santé et de prendre leurs médicaments correctement. Les aînés, surtout, en retirent un meilleur niveau de santé et de bien-être.*²⁰

Aux éléments de compréhension liés au niveau de littératie, il importe, dans le sujet qui nous intéresse ici, de bien marquer également l'importance de la concordance linguistique pour une meilleure compréhension et un sentiment accru de sécurité chez une clientèle âgée francophone en milieu minoritaire. Ainsi, **l'enjeu linguistique**, et plus spécifiquement celui de la «concordance linguistique», existante ou non, entre les personnes ayant un problème de santé chronique et les participants, constitue un point central de la présente étude et de la démarche plus large dans laquelle il s'inscrit.

Dans un contexte de francophonie minoritaire, nos recherches²¹ ont démontré que ce ne sont pas nécessairement toutes les personnes âgées ayant le français comme langue maternelle qui désirent obtenir des services dans leur langue : pour certains, cette condition n'est qu'accessoire, ces derniers privilégiant davantage de bons rapports interpersonnels avec les participants de la santé et ce sans égard à la langue. Pourtant, au-delà de ce constat et du droit reconnu à des services en français en Ontario, une question

¹⁹ DEAAC (2008) *op. cit.*, p. 30.

²⁰ *Idem.*

²¹ La présente démarche et celle qui l'a précédée : voir BOUCHARD *et. al.* (2010), *op. cit.*

centrale demeure : les personnes âgées désirant des services de santé en français ont-elles véritablement accès à ceux-ci?

Pour une offre active de services en français

À l'importance de demander des services en français soulevée par certains participants à notre enquête, nous ajoutons celle d'une **offre active** de services en français par le personnel et intervenants de la santé. Voyons-en une définition :

Essentiellement, le concept de l'offre active est une indication claire aux citoyens que, peu importe où ils se trouvent, ils peuvent recevoir des services en français puisque le nom de l'établissement ainsi que toutes les affiches, pancartes, dépliants, documents, etc., sont soit bilingues, soit offerts visuellement en anglais et en français. De plus, le personnel au comptoir ou au téléphone offre activement, dès la première interaction, un service dans ces deux langues. En somme, il s'agit de créer un environnement qui suscite la demande et anticipe les besoins spécifiques des francophones et de leur communauté.²²

L'importance de l'offre active dans un contexte linguistique minoritaire, soulignée à plusieurs reprises par le Commissariat aux services en français²³, nous semble encore plus prioritaire lorsqu'on a affaire à une clientèle âgée. Que ce soit pour l'accès aux services, pour la qualité des soins ou pour les impératifs éthiques inhérents aux besoins de santé (nous pensons ici à l'obtention du consentement éclairé des patients) et d'information des personnes âgées francophones, l'offre active s'avère une approche de choix. Car en définitive, comme c'est le cas pour nombre des enjeux soulevés dans notre enquête, il est clair qu'une communication entravée par des barrières linguistiques ne fait qu'ajouter au stress vécu par les personnes âgées francophones, minant à terme leur santé émotionnelle, voire globale.

L'enjeu central de la santé émotionnelle

Le dernier enjeu, celui de la **santé émotionnelle** est une composante essentielle de la santé et est central dans l'abord de la santé des personnes âgées francophones interrogées. Le texte constitutif de l'OMS définit la santé comme suit : «La santé est un état de complet **bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de

²² Commissariat aux services en français (CSF) (2010) *Rapport 2009-2010 : L'accès aux solutions*. [En ligne] : <http://www.flsc.gov.on.ca/files/files/FLSC-AnnualReport2010-Web-21mai.pdf>.

²³ CSF (2011) *Rapport 2010-2011 : Un engagement partagé*. [En ligne] : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/files/CSF-rapport-annuel-2010-2011.pdf>; CSF (2010) *op. cit.*; CSF (2009) *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*. [En ligne] : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/Rapport.pdf>; CSF (2009) *Rapport 2008-2009 : Une voix, des changements*. [En ligne] : http://www.flsc.gov.on.ca/files/FR_csf_rapport_annuel_08_09.pdf; voir aussi Louise BOUCHARD *et al.* (2011) *L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité*. [En ligne] : http://www.rasfo.ca/recherche/publications/OFFRE_ACTIVE_rapport%20final20111.pdf.

maladie ou d'infirmité.»²⁴ Cette définition marque clairement que la santé mentale est davantage que la simple absence de maladies, de troubles ou de handicaps mentaux.

*La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.*²⁵

La santé mentale est souvent synonyme d'une adaptation réussie et, pour la personne âgée, d'un vieillissement heureux. Avec justesse, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a ciblé des facteurs qui ont une incidence sur la santé mentale des personnes âgées :

Les principaux facteurs qui ont une influence positive sont l'autonomie et le sentiment de contrôle sur sa vie, le sentiment de dignité et le fait d'avoir un but, la santé physique, les rapports sociaux, la spiritualité, l'aptitude à composer avec le sentiment de perte et l'expérience de vie. Il existe également un certain nombre de facteurs situationnels plus larges qui contribuent à la santé mentale, notamment la qualité du milieu de vie, la sécurité financière, le transport, l'accès facile et en temps opportun aux services (**y compris les services adaptés à la culture et à la langue au besoin**), le rôle du fournisseur de soins et la souplesse en matière de prestation des services.²⁶

La santé mentale, dans la vieillesse, est basée sur «l'habileté à jouer des rôles appropriés, à accepter de nouveaux défis, à s'adapter aux pertes et aux changements reliés à l'âge.»²⁷ Une personne âgée en bonne santé mentale est capable de vivre et d'exprimer ses émotions d'une manière adéquate, possède un bon jugement, entretient des relations satisfaisantes avec son milieu et exerce son pouvoir de décision personnel et social.²⁸ Il a également été avancé que

[c]hez les personnes âgées, les taux de diagnostics de dépression varient en fonction du milieu de soins, les plus bas étant observés chez les personnes vivant dans la collectivité (de 1 à 5%) et les plus élevés étant signalés chez les résidents d'établissements de soins de longue durée (de 14 à 42%).²⁹

²⁴ OMS (2004) *Investir dans la santé mentale*. [En ligne] :

http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf. Nous soulignons.

²⁵ N. JOUBERT et J. RAEBURN (1998) «Mental Health Promotion : People, Power and Passion», *International Journal of Mental Health Promotions*, numéro inaugural. Cette définition a été établie lors d'un atelier international organisé en 1996 par le Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto et par l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada.

²⁶ ANDERSON, *op. cit.*

²⁷ WILSON et KNEISL (1982), cité dans *Qu'est-ce qu'une personne âgée en bonne santé mentale?* ACSM Chaudière-Appalaches). [En ligne] : <http://www.acsm-ca.gc.ca/virage/personne-agee/en-bonne-sante-mentale.html>. Voir DUBÉ, Denis (1996) *Humaniser la vieillesse*, Éditions MultiMondes.

²⁸ ACSM Chaudière-Appalaches, *op. cit.*

²⁹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010) *Près de 45% des personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement souffrent de dépression ou présentent des symptômes de la maladie*, 20 mai 2010. [En ligne] : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/release_20may2010.

De là l'intérêt de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées aux prises avec une ou plusieurs maladies chroniques.

Pour que les professionnels de la santé puissent prendre acte de l'état de santé émotionnelle des patients, il importe grandement qu'ils consacrent le temps nécessaire à l'écoute de ceux-ci. Face à une clientèle âgée, l'écoute s'avère d'autant plus importante.

«Il est possible que les personnes âgées ne veuillent pas dire qu'elles sont déprimées. Elles pensent peut-être que la dépression fait partie du processus de vieillissement et qu'elles devraient pouvoir s'en sortir toutes seules. Il se peut qu'elles aient peur d'avoir l'air faibles ou paresseuses ou de perdre leur autonomie parce que les autres pensent qu'elles ne peuvent pas se débrouiller toutes seules. Il faut du temps pour établir un climat de confiance avec la personne âgée, et il lui faut du courage pour exprimer ses émotions.»³⁰

Prendre connaissance de l'état de santé émotionnelle prend du temps, de l'écoute et du savoir-faire. Il existe par ailleurs des outils : l'Échelle de dépression gériatrique (EDG)³¹, traduction de la *Geriatric Depression Scale*.³² L'utilisation de tels outils «peut apporter une aide dans la démarche diagnostique et dans l'évaluation de la dépression du sujet âgé. Dans ce cadre, la GDS [EDG] est l'échelle de référence. Validée, fiable et facile d'utilisation, il s'agit d'un autoquestionnaire de 30 questions qui peuvent être lues au patient.»³³

Un danger qui guette plus particulièrement les personnes âgées, et ce d'autant plus lorsque des facteurs de précarité économique, de perte de mobilité ou encore d'isolement linguistique s'y conjuguent, est celui de l'isolement. L'isolement, les participants à nos tables d'échange l'ont confirmé, a une importante incidence sur l'état de santé global. L'impératif de briser l'isolement est de fait très présent à l'esprit des personnes âgées francophones aux prises avec des maladies chroniques, tout comme l'aspiration à l'autonomie. La littérature abonde également dans ce sens.

Les problèmes de santé peuvent limiter la mobilité des personnes et, du fait même, réduire leurs contacts sociaux et, possiblement, précipiter des problèmes de santé mentale. La présence d'un réseau de soutien social est reliée à une meilleure santé. Et toute modification des réseaux de soutien peut occasionner des défis et se répercuter sur les personnes âgées de maintes façons, notamment en faisant augmenter les risques de problèmes de santé mentale. Les réseaux de

³⁰ Centre de toxicomanie et de santé mentale (2006) *Dépression. Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu*, Toronto, Ontario. [En ligne] : http://wwwsecure.cih.ca/cihiweb/products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf.

³¹ Voir BOURQUE, Paul, Louis BLANCHARD et Jean VÉZINA (1990) *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 9, pp. 348-355. [En ligne] : <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7784879>.

³² «Primary care physicians can use tools such as the Geriatric Depression Scale (GDS), a self-administered questionnaire, to assess the level of psychological distress in an elderly patient. This test involves answering questions about feelings of helplessness, restlessness and energy level.» Duke Medicine News and Communications (2006) *Poor Emotional Health is Barrier to Preventive*, 1st February, 2006. [En ligne] : http://www.dukehealth.org/health_library/news/9471.

³³ Voir [en ligne] : <http://homepage.mac.com/danielbalas/GERONTO/outieval/outieval.pdf>.

soutien social des personnes âgées peuvent surtout se transformer dans trois contextes, soit la fourniture de soins, le décès du conjoint et l'isolement social.³⁴

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent sont les indicateurs de pauvreté, notamment pour les personnes ayant un faible niveau d'instruction.³⁵ On y voit ainsi les intrications nombreuses quant à l'enjeu économique, à l'enjeu de la langue et à celui de la littératie. «En outre, les barrières linguistiques, les différences culturelles, le statut de minorité et les services restreints accentuent les problèmes auxquels les aînés sont confrontés.»³⁶

Dans une approche «écologique» de la santé des aînés francophones souffrant de maladies chroniques, il nous apparaît tout à fait indiqué de reconnaître les besoins spécifiques de cette communauté quant à leur appartenance culturelle et linguistique. De fait, il est avéré que «[l]e soutien social, si important pour la santé mentale, peut donc faire défaut dans certaines communautés culturelles. Les barrières linguistiques et culturelles peuvent ajouter à l'isolement et au manque d'information sur des services fondamentaux.»³⁷

Le fait d'accepter ses limites et ses forces personnelles suggère un rapport direct entre l'estime de soi et la santé mentale des personnes âgées. Les personnes âgées sont habituellement en mesure de faire leurs propres choix, en toute autonomie. Le fait d'atteindre le plus haut niveau de réalisation possible suppose que le bénévolat, l'entraide, la participation à des expériences nouvelles et toutes les occupations maintenues par les personnes âgées contribuent à la croissance continue de celles-ci.³⁸

De nos entretiens, plusieurs éléments ont été identifiés pour définir l'équilibre, la santé mentale : la confiance en soi, la liberté, l'autonomie, le respect. Avoir la liberté d'être et de faire ce que l'on entend tel qu'on l'entend, occuper une place dans la société, se sentir aimé et utile, ce sont là autant d'éléments propres à entretenir une bonne santé émotionnelle.

³⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto et Bureau de santé publique de Toronto (2010) *Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans et plus*. [En ligne] : https://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_older_adults/Documents/mhp_55plus_fr.pdf.

³⁵ OMS (2010) *La santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire No 220. Septembre 2010, Genève, Suisse. [En ligne] : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

³⁶ MACCOURT, P. (2008) *Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association. [En ligne] : [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/2009/1634%20PM%20SMHPL%20FRENCH%202009%20Toolkit4%20\(2\).pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/2009/1634%20PM%20SMHPL%20FRENCH%202009%20Toolkit4%20(2).pdf).

³⁷ Claire MILLETTE (1999) *Bien vivre avec son âge*. *Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, Québec. [En ligne] : <http://publications/msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-246.pdf>.

³⁸ WILSON et KNEISL, *op. cit.*

Aussi, d'autres facteurs pouvant influencer sur la santé mentale ont été soulignés. Au premier chef, la sécurité a été mentionnée par les personnes âgées comme facteur qui influe sur la santé mentale. L'insécurité, nous avons pu le constater, émane de peurs aux multiples visages : autant certains ont affirmé avoir peur *de se faire mettre dans une place de vieux*, en parlant du placement en résidence, que d'autres ont souligné craindre *de pas avoir assez d'argent, de plus avoir accès à des services*.

La vie conjugale et/ou affective a également ses impacts sur l'équilibre émotionnel de toute personne, notamment en référence à l'expérience du deuil, du veuvage, des réalités de plus en plus présentes et non pas moins éprouvantes avec le vieillissement.

Au final, à l'abord de cet enjeu, force est de constater le manque d'efforts consentis au renforcement des possibilités de soutien psychologique et social pour les aînés. Comme d'autres, nous en appelons à un retournement de paradigme :

Les politiques actuelles en matière de santé mentale des aînés (ainsi que leur financement) s'inscrivent en général à l'intérieur d'un modèle biomédical qui met l'accent sur la pathologie individuelle, de sorte que les services et les programmes offerts sont axés avant tout sur le diagnostic et le traitement de la maladie. Bien que les besoins de nombreux aînés soient chroniques et souvent reliés à une incapacité ou à une faille de leur système ou leur cadre de soutien social, on met avant tout l'accent sur la guérison et les soins aigus. Assez peu d'efforts (ou de fonds) ont été consacrés aux interventions non médicales ou aux services communautaires de promotion ou de soutien de la santé mentale des aînés, comme les programmes visant à réduire l'isolement ou à appuyer les fournisseurs de soins.³⁹

Dans un tel contexte, nous joignons notre voix à celle de nombreux participants de notre enquête qui ont souligné l'importance des groupes de soutien, d'échange, d'animation communautaire, en français. De fait, l'impact d'une approche «écologique» en santé mentale, selon nous, n'est pas à négliger.

«Il a été démontré que la promotion et le maintien de la santé mentale avaient des répercussions positives sur la santé et le bien-être général des personnes âgées et jouaient un rôle important dans leur qualité de vie. On a également démontré que la santé mentale avait un effet sur la santé physique et l'utilisation des services de santé. Une étude a entre autres révélé que les visites à domicile axées sur la surveillance, le soutien, la promotion de la santé et la prévention de la maladie (toutes des mesures ayant une composante de santé mentale) sont associées à une réduction considérable de mortalité et des admissions en soins de longue durée chez les personnes âgées.»⁴⁰

³⁹ MACCOURT, P. (2008), *op. cit.*

⁴⁰ PARENT, Karen, Malcolm ANDERSON et Linda HUESTIS (2002) *Favoriser la santé mentale des personnes âgées grâce aux soins à domicile. Guide d'élaboration des politiques*. Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. [En ligne] : http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/215_smhhc_polguide.pdf.

5. Conclusion

Suite à l'analyse des résultats de notre enquête, force est de constater les nombreuses intrications existantes entre les différents enjeux traités par les participants. Des problématiques comme celle de l'isolement social des personnes âgées, de l'incompréhension de la documentation et des explications en santé, du manque de soutien, etc. ont leurs effets sur plusieurs aspects de la vie des personnes âgées et, ce faisant, sur les différents enjeux soulevés comme bases de notre enquête.

De fait, le vieillissement amène son lot d'inquiétudes. Les personnes âgées craignent effectivement la perte d'autonomie et l'isolement. Dans un contexte linguistique minoritaire, ces craintes sont d'autant plus avérées lorsqu'on doute de l'accessibilité de services de santé en français. À ce titre, l'importance du réseau social et/ou familial a été soulignée à plusieurs reprises. Pouvoir échanger, être soutenu, accompagné, etc. dans ce qu'implique le vieillissement et les maladies chroniques en situation minoritaire apparaissent comme des pistes de solution à privilégier.

Car en plus des problèmes liés au vieillissement, dont au premier chef les maladies chroniques et leurs indéniables effets contraignants, les personnes âgées francophones en situation minoritaire ont de surcroît à faire face à des problèmes de communication importants. Ces problèmes de communication en une langue seconde, conjugués à une littératie lacunaire, entraînent un stress supplémentaire aux personnes âgées francophones. À l'évidence, l'incompréhension amène des inquiétudes qui à leur tour ont leurs conséquences sur la santé émotionnelle. Les participants ont ainsi souligné l'importance de s'informer, de préparer des questions et de les poser, de s'éduquer, d'échanger entre eux sur les questions de santé, de demander des précisions et d'exiger que les professionnels et médecins prennent le temps.

La communication est importante entre la personne âgée et le personnel soignant. Que les professionnels de santé offrent activement les services en français, notamment en identifiant leurs membres pouvant offrir des services en français serait sans doute une mesure favorisant un meilleur suivi de soins chez les personnes âgées francophones. Il apparaît également important que les professionnels de la santé soient formés pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées francophones, notamment en ce qui a trait à leur santé émotionnelle. De fait, l'importance de prendre le temps, d'expliquer de manière à être compris, d'offrir une écoute attentive, etc. et ce en français, sont tous des moyens propres à assurer la qualité des soins aux personnes âgées francophones. C'est aussi là un impératif éthique car la compréhension du patient, particulièrement lorsqu'il est question de consentement éclairé, est en définitive non négociable.

Il nous apparaît ainsi important de préconiser l'adoption d'une approche «écologique» s'appuyant sur les déterminants sociaux de la santé. Il s'agit, en dernière analyse, de replacer le patient au centre des soins, d'intégrer la dimension humaine aux soins de santé. Pour terminer et étant donné de leur pertinence, nous nous permettons de citer *in extenso*

les commentaires émis en conclusion du *Symposium national sur la participation des patients* du Conseil canadien de la santé :

Nous devons mettre en place un système axé sur les patients. Ce système doit être suffisamment souple pour tenir compte des changements d'attentes d'une population vieillissante, en proie aux maladies chroniques, dont la santé doit être régie et non pas rétablie [...] Pour placer les patients au cœur du système de santé, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les prestataires de soins doivent être à l'écoute des patients et de leur famille. C'est ainsi qu'une dimension humaine sera intégrée à la planification et à la conception des soins [...]⁴¹

⁴¹ Conseil canadien de la santé (2012) *Passer du savoir à l'action : commentaires à propos du Symposium national sur la participation des patients*, février 2012. [En ligne] : http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/NatSymp_Comm_FRE_WEB8.pdf.

6. Recommandations

Les résultats de notre enquête, qui consistait en un premier temps en un retour sur les résultats de notre enquête provinciale, nous amènent à réitérer les recommandations émises alors, à savoir :

- 1) **L'offre active de services en français.** Plus de personnes âgées francophones oseraient parler leur langue si on s'adressait à elles en français et si la documentation ou l'affichage dans les institutions démontraient l'égalité de statut des deux langues officielles.
- 2) **La formation et le financement de «facilitateurs»** pouvant offrir des services d'accompagnement et de traduction culturellement adaptés et faciliter l'orientation des personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques dans leurs rencontres avec les professionnels de la santé et leur cheminement dans le système de santé.
- 3) **La création, l'évaluation et l'adaptation d'outils de communications, écrits ou sur Internet**, dans un langage adapté – pensons, entre autres, à de la documentation qui cible différentes maladies chroniques dont souffrent les populations âgées.
- 4) **La poursuite de l'effort de rapprochement des populations** en créant véritablement des services de proximité incluant (surtout pour les personnes âgées) des services à domicile coordonnés, intégrés, souples et linguistiquement adaptés.
- 5) **La formation des intervenants aux droits linguistiques** et aux différents contextes culturels et expérientiels des francophones minoritaires.
- 6) **Un dictionnaire, lexique en ligne ou papier**, d'usage facile, qui contiendrait des termes médicaux de maladies courantes chez les personnes âgées, en anglais et en français, avec une définition du genre : «les mots utilisés par votre médecin et ce qu'ils veulent dire».

À celles-ci, nous ajoutons, à la lumière des considérations des personnes âgées francophones recueillies en une deuxième étape, dans la région de Durham :

- 7) Dans une perspective large, nous préconisons **l'adoption d'une approche «écologique» prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé** à l'abord des problématiques de santé vécues par les personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques en milieu minoritaire.
- 8) **La création et le soutien de groupes sociaux et d'entraide pour personnes âgées francophones**, comme c'est le cas notamment du *Club Jeunesse d'hier* et de *L'Amicale*, dans la région de Durham. Il s'agit là d'un moyen propre à briser l'isolement des personnes âgées, de leur permettre d'échanger et de s'informer, de se

reconnaître dans leurs spécificités linguistiques et culturelles et finalement de faire connaître leurs besoins particuliers.

- 9) **L'élargissement des services à domicile pour les besoins de santé et domestiques** des personnes âgées francophones ayant une ou plusieurs maladies chroniques.
- 10) **La création d'une centrale d'urgence santé francophone** pour informer les patients des services de santé offerts en français; identifier les professionnels pouvant pratiquer en français; identifier les points de services périphériques offerts en français, etc.

7. Bibliographie

L'Amicale [en ligne] : <http://www.centreamicale.com/2001.html>.

ANDERSON, Malcolm, Karen PARENT et Linda HUESTIS (2002) *Favoriser la santé mentale des personnes âgées*. Association canadienne pour la santé mentale, Toronto, Ontario. [En ligne] : http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/214_smhhc_hcguide.pdf.

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) (Chaudière – Appalaches) *Qu'est qu'une personne âgée en bonne santé mentale?* [En ligne] : <http://www.acsm-ca.gc.ca/virage/personne-agee/en-bonne-sante-mentale.html>.

Agence de la santé publique du Canada. [En ligne] : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants2-fraphp#status>.

BARTHÉLÉMY, Lucette, *et. al.* (2011) «Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés», *Le Bloc-notes*, 29 avril 2011, vol. 14, no 1. [En ligne] : <http://www.leblocnotes.ca/node/3699>.

BOUCHARD, Louise, Marielle BEAULIEU et Martin DESMEULES (2011) *L'offre active de services de santé en français en Ontario: une mesure d'équité*. [En ligne] : http://www.rrasfo.ca/recherche/publications/OFFRE_ACTIVE_rapport%20final20111.pdf.

BOUCHARD, Louise, Marie-Hélène CHOMIENNE, Monique BENOIT, Françoise BOUDREAU, Manon LEMONDE et Suzanne DUFOUR (2010) *Rapport de recherche pour le CNFS. Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire*, Ontario.

BOURQUE, Paul, Louis BLANCHARD et Jean VÉZINA (1990) *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 9, pp. 348-355. [En ligne] : <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7784879>.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2006) *Dépression. Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu*, Toronto, Ontario. [En ligne] : http://wwwsecure.cihi.ca/cihiweb/products/ccrs_depression_among_seniors_f.pdf.

Centre de toxicomanie et de santé mentale / Dalla Lana School of Public Health / Université de Toronto / Bureau de santé publique de Toronto (2010) *Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans et plus*. [En ligne] : https://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_older_adults/Documents/mhp_55plus_fr.pdf.

- Charte d'Ottawa (1986) [en ligne] : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>.
- Commissariat aux services en français (CFS) (2011) *Rapport 2010-2011 : Un engagement partagé*. [En ligne] : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/files/CSF-rapport-annuel-2010-2011.pdf>.
- Commissariat aux services en français (CSF) (2010) *Rapport 2009-2010 : L'accès aux solutions*. [En ligne] : <http://www.flsc.gov.on.ca/files/files/FLSC-AnnualReport2010-Web-21mai.pdf>.
- Commissariat aux services en français (CSF) (2009) *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*. [En ligne] : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/Rapport.pdf>.
- Commissariat aux services en français (CSF) (2009) *Rapport 2008-2009 : Une voix, des changements*. [En ligne] : http://www.flsc.gov.on.ca/files/FR_csf_rapport_annuel_08_09.pdf.
- Commission ontarienne des droits de la personne (2006) *Il est temps d'agir : Faire respecter les droits des personnes âgées en Ontario*, «Âgisme». [En ligne] : http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policy/TimeForActionFRANCAIS?page=TimeForActionFRANCAIS-Acirc_g.html.
- Conseil canadien de la santé (2012) *Passer du savoir à l'action : commentaires à propos du Symposium national sur la participation des patients*, février 2012. [En ligne] : http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/NatSymp_Comm_FRE_WEB8.pdf.
- Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) (2008) *Lire l'avenir : pour répondre aux besoins futurs du Canada en matière de littératie*, Ottawa. [En ligne] : <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/ReadingFuture/LiteracyReadingFutureReportF.pdf>.
- Direction de l'éducation des adultes et de l'action communautaire (DEAAC), Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Gouvernement du Québec) (2008) *Rapport de recherche : Étude exploratoire sur l'analphabétisme en lien avec la santé et le vieillissement de la population*.
- DUBÉ, Denis (1996) *Humaniser la vieillesse*, Éditions MultiMondes.
- Duke Medicine New and Communications (2006) *Poor Emotional Health is Barrier to Preventive*, 1st February, 2006. [En ligne] : http://www.dukehealth.org/health_library/news/9471.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010) *Près de 45% des personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement souffrent de dépression ou présentent des symptômes de la maladie*, 20 mai 2010. [En ligne] : <http://www.cihi.ca/cihi-ext->

portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/release_20may2010.

JOUBERT, N. et J. RAEBURN (1998) «Mental Health Promotion : People, Power and Passion», *International Journal of Mental Health Promotions*, numéro inaugural.

LEGENDTRE, Renald (2005) *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 3^e édition, Montréal, Guérin Éditeur.

MACCOURT, P. (2008) *Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association. [En ligne] :
[http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/2009/1634%20PM%20SMHPL%20FRENCH%202009%20Toolkit4%20\(2\).pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/2009/1634%20PM%20SMHPL%20FRENCH%202009%20Toolkit4%20(2).pdf)

MILLETTE, Claire (1999) *Bien vivre avec son âge. Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, Québec. [En ligne] :
<http://publications/msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-246.pdf>.

Ontario Chronic Disease Prevention Alliance (2007) *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, août 2007. [En ligne] :
<http://www.ocdpa.on.ca/OCDPA/docs/PrimertoAction-FR.pdf>.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010) *La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire No 220*. Septembre 2010, Genève, Suisse. [En ligne] :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004) *Investir dans la santé mentale*. [En ligne] :
http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf.

PARENT, Karen, Malcolm ANDERSON et Linda HUESTIS (2002) *Favoriser la santé mentale des personnes âgées grâce aux soins à domicile. Guide d'élaboration des politiques*. Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. [En ligne] :
http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/215_smhhc_polguide.pdf.

PETCH, Elsie, Barbara RONSON et Irving ROOTMAN (2004) Rapport de recherche : *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

ROBERTS, Paul et Gail FAWCETT (1998) *Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes. Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*. Centre de statistiques internationales au Conseil canadien de développement social. Ministère de l'industrie, Ottawa, Canada. [En ligne] :
http://www.college-merici.qc.ca/collection/stat_can/personnes_risques.pdf.

Statistique Canada (2006) *Rapport sur la santé. La santé de la population canadienne.* Numéro spécial, supplément au volume 16, no 82-003-SIF, 6 février 2006. [En ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/4251477-fra.pdf>.

WILSON et KNEISL (1982), dans *Qu'est-ce qu'une personne âgée en bonne santé mentale?* ACSM (Chaudière-Appalaches). [En ligne] : <http://www.acsm-ca.gc.ca/virage/personne-agee/en-bonne-sante-mentale.html>.

ANNEXE

Annexe 1

Résultats et recommandations de l'étude qualitative exploratoire (2010)

Dans le cadre d'une première étape qui a consisté en une étude qualitative exploratoire, six enjeux et six recommandations ont été identifiés.

La rétroaction ici présentée émanant de cette première étape, voici le sommaire des résultats colligés de même que les recommandations formulées dans l'étude exploratoire en question.

Sommaire des résultats

L'objectif principal de l'étude exploratoire était d'explorer l'impact perçu des barrières linguistiques vécues par des personnes âgées francophones vivant dans trois régions différentes de l'Ontario et souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques, sur la qualité des soins.

Des résultats obtenus suite aux entrevues semi-dirigées auprès de 25 personnes âgées (13 hommes et 12 femmes) souffrant de maladies chroniques, six enjeux ont ressorti quant à la perception des soins en situation minoritaire :

- l'enjeu de la maladie chronique;
- l'enjeu du vieillissement;
- l'enjeu linguistique;
- l'enjeu de littératie;
- l'enjeu socio-économique;
- l'enjeu émotif.

Pour les enjeux de la maladie chronique, du vieillissement, socio-économique et émotif, l'étude n'a pas cerné de différences marquées entre le vécu des personnes âgées souffrant de maladies chroniques d'expression française et ce que la littérature nous révèle de l'expérience des personnes âgées en général aux prises avec les mêmes problèmes de santé. Ces enjeux, s'ils peuvent influencer sur la perception de la qualité des soins reçus, sont, chez les francophones, davantage corollaires aux enjeux linguistiques et de littératie.

L'étude a permis de cerner des impacts particuliers sur la perception de la qualité des soins reçus par la population âgée francophone en rapport aux enjeux linguistique et de littératie.

L'accès aux professionnels de la santé s'exprimant en français est bel et bien limité et ce particulièrement en région rurale où sont concentrées certaines populations francophones. Cet accès difficile a un impact sur la qualité des échanges et la confiance d'une majorité de répondants. Que ce soit pour le stress ou la peur occasionnés par une rencontre se

déroulant en anglais (enjeu émotif) ou pour les inquiétudes liées aux frais (de transport, de logement) plus importants pour obtenir un service dans sa langue (enjeu socio-économique), l'enjeu linguistique représente un facteur limitatif central. Pour certains des répondants, le fait d'être servi en français n'est pas un impératif puisqu'ils affirment avoir appris la terminologie médicale en anglais. Ces derniers affirment par ailleurs que l'impératif d'une relation de confiance avec le médecin ou le professionnel prime sur celui d'être servi en français.

Le faible niveau de littératie et l'analphabétisme, plus marqués pour la population francophone hors Québec que pour la population canadienne en général, ont aussi leur impact sur la qualité des soins reçus. Ces lacunes affectent leur compréhension et leur communication avec les professionnels de la santé, et possiblement la relation de confiance avec ces derniers. De fait, les limitations de littératie affectent tout particulièrement les personnes âgées francophones : à l'insécurité face au langage spécialisé de la médecine s'ajoute l'insécurité liée à la non concordance linguistique.

Recommandations

- 1) **L'offre active de services en français.** Plus de personnes âgées francophones oseraient parler leur langue si on s'adressait à elles en français et si la documentation ou l'affichage dans les institutions démontraient l'égalité de statut des deux langues officielles.
- 2) **La formation et le financement de «facilitateurs»** pouvant offrir des services d'accompagnement et de traduction culturellement adaptés et faciliter l'orientation des personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques dans leurs rencontres avec les professionnels de la santé et leur cheminement dans le système de santé.
- 3) **La création, l'évaluation et l'adaptation d'outils de communications, écrits ou sur Internet**, dans un langage adapté – pensons, entre autres, à de la documentation qui cible différentes maladies chroniques dont souffrent les populations âgées.
- 4) **La poursuite de l'effort de rapprochement des populations** en créant véritablement des services de proximité incluant (surtout pour les personnes âgées) des services à domicile coordonnés, intégrés, souples et linguistiquement adaptés.
- 5) **La formation des intervenants aux droits linguistiques** et aux différents contextes culturels et expérientiels des francophones minoritaires.
- 6) **Un dictionnaire, lexique en ligne ou papier**, d'usage facile, qui contiendrait des termes médicaux de maladies courantes chez les personnes âgées, en anglais et en français, avec une définition du genre : «les mots utilisés par votre médecin et ce qu'ils veulent dire».