



Comprendre l'expérience des soins de longue durée des minorités de langue officielle au Canada : état des lieux

D^{re} Amy T. Hsu, PhD

Institut de recherche Bruyère
Université d'Ottawa, Département de médecine familiale

Alixé Ménard, BHSc

Institut de recherche Bruyère
Université d'Ottawa, École interdisciplinaire des sciences de la santé

Mary Scott, BA MSc

Institut de recherche Bruyère

22 février 2022

Sommaire

Contexte

Les membres des communautés racisées et en situation minoritaire du Canada vivent souvent des disparités en matière de santé et de soins de santé. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, on a constaté que les personnes membres d'une minorité et les personnes racisées signalaient de moins bons résultats de santé et des barrières supplémentaires à l'accès aux soins de santé. Bien que l'on comprenne de plus en plus l'incidence de la COVID-19 sur les personnes vivant et travaillant dans des établissements de soins de longue durée (SLD) et dans d'autres établissements de soins collectifs, on a porté peu d'attention à l'examen des inégalités dans l'expérience des soins et des résultats liés aux soins auxquels font face les groupes en quête d'équité, y compris les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Il est clair qu'il faut apporter des changements systémiques au sein du secteur des SLD; la pandémie, surtout au cours de ses deux premières vagues, a mis en lumière plusieurs problèmes préexistants dans ce secteur. Pour assurer des soins de grande qualité et équitables pour tous les Canadien(ne)s âgés, ces changements au niveau du système doivent être fondés sur des données probantes.

Les révélations sur l'incidence de la pandémie ont incité le Groupe CSA (anciennement connu sous le nom d'Association canadienne de normalisation), l'Organisation des normes de santé (HSO) et le Conseil canadien des normes (CCN) à se réunir et à élaborer deux nouvelles normes nationales complémentaires et mises à jour pour les SLD : Le groupe CSA s'attaquera aux normes relatives à l'infrastructure sanitaire et à la conception environnementale des établissements de soins de longue durée en mettant l'accent sur les pratiques d'exploitation sécuritaires et sur la prévention et le contrôle des infections; tandis que la norme de HSO consistera en une révision de sa norme actuelle *Soins de longue durée* dans le but d'incorporer les exigences les plus récentes en matière de soins et de services de haute qualité, fondées sur des données probantes, centrées sur les résidents et la famille. Le CCN, société d'État fédérale, a établi le processus d'élaboration des normes, que HSO et le Groupe CSA suivent, et approuvera les normes finales. Ces organismes travailleront avec les gouvernements, les intervenants et les Canadien(ne)s à l'élaboration de normes nationales qui aideront à éclairer les dialogues et les stratégies en cours visant à améliorer la qualité de vie des personnes qui ont besoin de SLD. Ils se sont engagés à intégrer les considérations liées à la diversité (y compris les CLOSM) dans le cadre de leur processus. HSO et le groupe CSA ont publié leur ébauche respective de norme sur les SLD le 27 janvier 2022 et le 11 février 2022 pour examen public. Après leur diffusion publique respective, les Canadien(ne)s disposeront de 60 jours pour examiner et fournir des commentaires. Les deux organismes animeront également une série de séances de consultation pendant cette période.

Dans le cadre de son *Plan d'action pour les langues officielles – 2018-2023*, le gouvernement du Canada vise à améliorer l'accès des CLOSM aux services de santé afin d'accroître leur vitalité dans la langue officielle de leur choix, conformément aux objectifs énoncés dans la *Loi sur les langues officielles*. Le Programme pour les langues officielles en santé (PLOS), financé dans le cadre du *Plan d'action* pangouvernemental, se concentre à appuyer les initiatives visant à améliorer l'accès aux services pour les personnes de langue anglaise au Québec et aux francophones dans les douze autres provinces et territoires. Au sein de Santé Canada, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) est chargé d'appuyer la conception et la mise en œuvre d'initiatives dans le cadre du PLOS visant à améliorer l'accès aux services de santé offerts dans les deux langues officielles.

Une équipe de recherche dirigée par la D^{re} Amy Hsu, Université d'Ottawa, titulaire de la chaire de l'Institut de recherche sur le cerveau et l'esprit-Bruyère en soins de santé primaires en démence, et chercheure à l'Institut de recherche Bruyère, a été chargée par le BACLO de réaliser un état des lieux afin de comprendre les variations des soins et des résultats vécus par les minorités, en particulier les CLOSM, qui ont besoin de SLD au Canada. Plus précisément, les objectifs de cet état des lieux étaient les suivants :

1. Découvrir et résumer les ressources et les soutiens communautaires offerts aux CLOSM qui ont besoin de SLD au Canada;
2. Examiner les différences dans la prévalence de l'utilisation de SLD et les obstacles à l'accès rencontrés par les populations minoritaires et les personnes appartenant aux CLOSM, en particulier;
3. Souligner les différences observées dans les résultats liés aux soins vécus par les personnes appartenant à des minorités et les membres des CLOSM pendant qu'ils reçoivent des soins dans les établissements de SLD.

Principales constatations

- Même si des soutiens communautaires sont offerts aux membres des CLOSM, qui cherchent à obtenir des services de SLD, le client doit souvent effectuer des recherches indépendantes pour déterminer s'il est admissible aux services de SLD en établissement et connaître le processus de demande. Malheureusement, l'information et les ressources de soutien ne sont souvent pas disponibles dans les deux langues officielles.
- Des services de traduction et d'interprétation peuvent être demandés par le demandeur au cours de ce processus. Toutefois, il arrive plus souvent que ces besoins soient satisfaits de façon informelle, c'est-à-dire que le soutien linguistique peut être fourni par le coordonnateur des soins communautaires qui soutient le processus de placement en SLD ou avec l'aide d'un collègue ou d'un superviseur, qui parle la même langue que le

client. Le plus souvent, les membres de la famille et les partenaires de soins du client agissent comme interprète et traducteur.

- Une fois la personne placée sur la liste d'attente en SLD, le temps écoulé avant le placement tend à être plus long pour les personnes appartenant à des groupes minoritaires (p. ex. les immigrants et ceux qui attendent d'emménager dans un établissement ethnoculturel désigné).
- Dans l'ensemble, il y a un déficit dans le nombre de fournisseurs de soins de santé capables de fournir des services pour répondre aux besoins des personnes des CLOSM qui ont besoin de SLD.
- Une fois qu'une personne des CLOSM emménage en SLD, les membres de sa famille ou les partenaires aidants désignés jouent un rôle crucial en tant qu'interprète pour les résidents issus des CLOSM.
- L'ampleur de la coordination entre les ressources communautaires et les établissements de SLD et la disponibilité des ressources visant à répondre aux besoins linguistiques des résidents issus des CLOSM varient d'un établissement à l'autre.
- Les recherches existantes ont révélé des différences significatives dans les résultats axés sur le patient (p. ex. l'expérience de symptômes dépressifs, les signalements de douleurs fréquentes ou graves) dans les établissements où il y a discordance au niveau de la langue (c.-à-d. lorsque la principale langue parlée par le résident ne correspond pas à la langue prédominante parlée dans l'établissement de soins de longue durée).

Recommandations

Selon les constatations découlant de notre état des lieux, nous recommandons ce qui suit :

Recommandation 1 : Afin de s'assurer que les résidents des établissements de soins de longue durée et les membres de leur famille ou les partenaires de soins désignés comprennent leurs droits à des soins appropriés et de grande qualité, une copie de la Déclaration des droits des résidents, énoncée dans les lois provinciales et territoriales régissant la prestation de soins de longue durée et de soins en établissement, doit être remise à tous les résidents, aux membres de leur famille et aux partenaires de soins désignés dans leur *langue (officielle)* préférée, avant l'admission du résident ou au moment de celle-ci.

Recommandation 2 : Lors de l'élaboration de plans de soins individualisés pour les résidents, l'équipe devrait s'efforcer de mener des discussions sur les objectifs des soins et de présenter les options de soins disponibles aux résidents, aux familles ou aux partenaires de soins désignés dans leur *langue (officielle) préférée*.

Recommandation 3 : Afin de maintenir le respect de l'équité, de la diversité et de l'inclusion

des résidents, les méthodes d'amélioration de la qualité et les plans d'action élaborés et mis en œuvre par les dirigeants et les équipes organisationnels doivent évaluer régulièrement les différences dans les résultats liés aux soins entre les résidents appartenant à des groupes en quête d'équité, y compris les personnes appartenant aux CLOSM.

Recommandation 4 : Compte tenu de la question largement reconnue concernant la pénurie de travailleurs qualifiés en SLD, où l'offre de ressources humaines est peu susceptible de répondre aux besoins linguistiques et aux demandes de tous les résidents, les fournisseurs de SLD devraient s'efforcer de créer des possibilités de formation linguistique et sur la diversité pour le personnel de première ligne qui s'occupe des CLOSM et d'autres minorités en SLD.

Recommandation 5 : En reconnaissance de la contribution des familles et des partenaires de soins désignés à la qualité de vie des résidents en SLD et de leur rôle souvent assumé d'interprète et de soutien supplémentaire aux résidents, les fournisseurs devraient viser à créer des possibilités de formation pour les membres de la famille, les partenaires de soins désignés et les bénévoles qui souhaitent aider les résidents en SLD.

Conclusions

L'élaboration de solutions efficaces et durables pour corriger la situation des SLD exige une compréhension des lignes directrices réglementaires régissant la prestation de soins dans ce secteur, des pratiques et des défis opérationnels des établissements de SLD et de la population de plus en plus diversifiée d'adultes âgés qui ont besoin du soutien dans ce contexte et le reçoivent. Toutefois, il peut être particulièrement difficile d'élaborer des stratégies pour répondre adéquatement aux besoins des groupes en quête d'équité en SLD, étant donné le manque de recherche sur les populations minoritaires, en général, et le peu d'attention accordée à l'intersectionnalité des identités multiples qui contribuent aux disparités en matière de santé et de soins de santé. L'amélioration de la santé et des soins de santé pour les communautés en situation minoritaire du Canada, en particulier les communautés linguistiques en situation minoritaire, exige un changement majeur dans la pratique et dans l'investissement dans les soins et la recherche adaptés à la culture. Le présent état des lieux visait à éclairer la nouvelle norme de services nationale sur les SLD; pourtant, ce n'est que le début d'une tâche plus importante qui nous attend. En révélant les lacunes vécues par les communautés minoritaires lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de SLD, nous espérons que cette synthèse de données appuiera une approche équitable, diversifiée et inclusive de l'amélioration future des SLD au Canada.

Table des matières

1	Introduction	8
2	Contexte	9
2.1	Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM)	9
2.2	<i>Incidence de la pandémie de COVID-19</i>	10
2.3	<i>Objectifs</i>	11
3	Méthodologie	12
3.1	<i>Entrevues avec des informateurs clés</i>	12
3.2	<i>Examens systématiques de la littérature</i>	12
3.3	<i>Analyse des données administratives sur la santé</i>	14
4	Soins de santé pour les minorités linguistiques	15
4.1	<i>Défis pour les minorités linguistiques qui ont besoin de SLD</i>	16
5	Accès aux soins de longue durée	17
5.1	<i>Défis de l'accès aux SLD au Canada par les CLOSM</i>	17
5.2	<i>Trouver des renseignements sur les SLD dans leur langue préférée</i>	19
5.3	<i>L'accès des autres minorités linguistiques aux SLD au Canada</i>	20
6	Demande de soins de longue durée	20
6.1	<i>En attente d'un placement</i>	23
7	Recherche de soutien au sein des soins de longue durée	25
7.1	<i>Expériences et résultats des CLOSM recevant des services de SLD au Canada</i>	25
7.2	<i>Expériences et résultats dans d'autres minorités linguistiques recevant des SLD</i>	28
7.3	<i>Le rôle des familles et des aidants naturels en SLD</i>	28
8	Recommandations	30
9	Conclusions	37
	Références	41
	Remerciements	46
	Annexe I : Lois et politiques touchant l'accès aux services et aux soutiens dont ont besoin les CLOSM au Canada	48
	Annexe II : Résumé des conclusions des examens systématiques	51
	<i>Accès, attentes et préférences pour toute population de minorité visible</i>	51
	<i>Résultats liés aux soins des populations minoritaires dans les établissements de soins de longue durée</i>	61

Abréviations

Groupe CSA (auparavant appelé : Association canadienne de normalisation [CSA Group])

HSO : Organisation des normes de santé

SLD : Soins de longue durée [LTC]

BACLO : Bureau d'appui aux communautés de langue officielle [OLCDB]

PLOS : Programme pour les langues officielles en santé [OLHP]

CLOSM : Communautés de langue officielle en situation minoritaire [OLMC]

CCN : Conseil canadien des normes [SCC]

1 Introduction

Dans son *Plan d'action pour les langues officielles – 2018-2023*, le gouvernement du Canada vise à améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) afin d'accroître leur vitalité dans la langue officielle de leur choix, conformément aux objectifs énoncés à l'article 41 (partie VII) de la *Loi sur les langues officielles*. Le Programme pour les langues officielles en santé (PLOS), financé dans le cadre du Plan d'action pangouvernemental, vise à appuyer les initiatives qui améliorent l'accès aux services pour les personnes de langue anglaise au Québec et de langue française dans les douze autres provinces et territoires. Plus précisément, le PLOS comprend trois composantes programmatiques : la formation et le maintien en poste de professionnels de la santé bilingues; le soutien au réseautage en santé entre les collectivités, les décideurs, les gestionnaires de la santé, les professionnels de la santé et les établissements postsecondaires; et les projets d'accès aux services de santé comportant des approches novatrices pour améliorer l'accès aux services de santé pour les CLOSM. Au sein de Santé Canada, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) est chargé d'appuyer la conception et la mise en œuvre d'initiatives dans le cadre du PLOS visant à améliorer l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles du Canada, le français et l'anglais (Santé Canada, 2013).

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les communautés racisées et en situation minoritaire du Canada auraient connu des résultats de santé moins favorables et rencontré des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de santé. Toutefois, l'expérience des disparités en matière de santé et de soins de santé chez les membres des minorités et des groupes marginalisés n'est pas nouvelle. Bien que l'on connaisse l'incidence de la COVID-19 sur les personnes vivant et travaillant dans des établissements de soins de longue durée et dans d'autres établissements de soins collectifs, on a porté peu d'attention à l'examen des inégalités dans l'expérience des soins et des résultats liés aux soins auxquels font face les groupes en quête d'équité, y compris les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Il est clair qu'il faut apporter des changements systémiques au sein du secteur des SLD; la pandémie, surtout au cours de ses deux premières vagues, a mis en lumière plusieurs problèmes préexistants dans ce secteur. Pour assurer des soins de grande qualité et équitables pour tous les Canadiens âgés, ces changements au niveau du système doivent être fondés sur des données probantes.

Une équipe de recherche dirigée par la D^{re} Amy Hsu, Université d'Ottawa, titulaire de la chaire

de l'Institut de recherche sur le cerveau et l'esprit-Bruyère en soins de santé primaires en démence, et chercheure à l'Institut de recherche Bruyère, a été chargée par le BACLO de réaliser un état des lieux afin de comprendre les variations dans les soins et les résultats vécus par les minorités, en particulier les CLOSM, qui reçoivent des SLD. Cela comprenait un examen des obstacles potentiels à l'accès auxquels se heurtent les minorités et les membres des CLOSM qui souhaitent avoir accès aux SLD au Canada, ainsi que les différences dans les résultats liés aux soins vécus par les minorités et les membres des CLOSM pendant leur séjour en SLD. En faisant la synthèse de ces données probantes, nous avons cherché à fournir une perspective nationale et fondée sur des données probantes qui puisse éclairer la nouvelle norme nationale de services pour les SLD qui serait fondée sur les principes d'équité, de qualité des services et de sécurité des patients.

À cette fin, nous avons examiné le large éventail de défis auxquels font face les personnes ayant besoin de SLD, propres à n'importe quelle langue, à n'importe quelle minorité ethnique ou culturelle. Cette approche a été choisie compte tenu des rares recherches menées sur ce sujet au Canada. Dans la mesure du possible, nous avons stratifié et mis en évidence les défis uniques que rencontrent les membres des CLOSM au Canada, en nous fondant sur la documentation canadienne disponible et sur les entrevues auprès d'informateurs clés.

2 Contexte

2.1 Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM)

Les communautés linguistiques en situation minoritaire au Canada comprennent les CLOSM, les communautés des Premières Nations et des Inuits, les communautés de personnes malentendantes et de personnes muettes et les nouveaux arrivants au Canada (immigrants et réfugiés). Ces quatre groupes sont tous des groupes connus au Canada qui peuvent être confrontés à des obstacles supplémentaires lorsqu'ils ont accès aux soins de santé en raison de la discordance linguistique. Aux fins du présent rapport, les CLOSM sont définies comme des communautés francophones en situation minoritaire hors du Québec et des communautés anglophones au Québec et comprennent ces communautés.

La *Loi sur les langues officielles* a été adoptée pour la première fois en 1969 et a été établie pour assurer l'accès aux services fédéraux en français et en anglais pour tous les citoyens

canadiens. Toutefois, en l'état actuel, la *Loi sur les langues officielles* n'a pas de spécificité en ce qui concerne l'accès aux services de santé et la prestation des soins dans les deux langues officielles. Elle ne s'applique qu'aux institutions fédérales et ne peut s'appliquer aux gouvernements provinciaux ou aux administrations municipales. Néanmoins, plusieurs provinces et territoires ont mis en place des secrétariats et des assemblées aux affaires francophones au cœur de leurs pouvoirs afin de favoriser l'épanouissement de la langue française et l'accès aux services essentiels dans les deux langues officielles (voir l'**annexe I** pour un résumé du rôle des lois ou des politiques en vigueur, qui peuvent influencer sur l'accès aux services et au soutien dont ont besoin les CLOSM partout au Canada).

Bien que ces entités provinciales et territoriales travaillent à protéger les droits et à promouvoir les intérêts de leurs communautés de langue officielle en situation minoritaire, la plupart ne jouent pas un rôle de premier plan dans la prestation de services de santé en langue française à l'extérieur du Québec et dans la prestation de services de santé en langue anglaise au Québec. Par conséquent, la disponibilité des services de santé dans la langue officielle de la minorité varie considérablement, ce qui crée des obstacles pour le premier contact pour les services de santé dans ces systèmes (Bowen, 2003).

2.2 Incidence de la pandémie de COVID-19

Au 30 janvier 2022, 33 722 Canadiens sont morts de la COVID-19. Une grande majorité des décès ont eu lieu dans les établissements de SLD et les résidences pour personnes âgées, surtout au cours des deux premières vagues (environ 69 % du nombre total de décès) de la pandémie (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2022). L'incidence de la COVID-19 sur la population en SLD est tragique, et cela va au-delà du décompte de mortalité. Même les résidents des établissements qui ne sont pas directement touchés par la maladie ont connu un isolement social extrême et des services réduits, qui ont contribué au déclin global de leur santé et de leur bien-être. Dans le discours du Trône de 2020, le gouvernement du Canada s'est engagé à collaborer avec les provinces et les territoires pour établir de nouvelles normes nationales pour les SLD afin que les Canadien(ne)s reçoivent les meilleurs soins possibles au fur et à mesure qu'ils vieillissent.

Les révélations sur l'incidence de la pandémie ont incité le Groupe CSA (anciennement connu sous le nom d'Association canadienne de normalisation), l'Organisation des normes de santé (HSO) et le Conseil canadien des normes (CCN) à se réunir et à élaborer deux nouvelles normes nationales complémentaires et mises à jour pour les SLD. La norme élaborée par le

Groupe CSA portera sur l'infrastructure de santé et la conception environnementale des établissements de SLD en mettant l'accent sur les pratiques d'exploitation sécuritaires et la prévention et le contrôle des infections. La norme de services de HSO consistera en une révision de sa norme *Soins de longue durée* actuelle (dont la dernière mise à jour remonte à août 2020) dans le but d'incorporer les exigences les plus récentes en matière de soins et de services de haute qualité, fondées sur des données probantes, centrées sur les résidents et la famille. Le CCN, une société d'État fédérale, a établi le processus d'élaboration des normes, que le HSO et le Groupe CSA suivent, et approuvera les normes finales. Ces organismes travailleront avec les gouvernements, les intervenants et les Canadien(ne)s pour élaborer des normes nationales qui aideront à éclairer les dialogues et les stratégies en cours visant à améliorer la qualité de vie des résidents en SLD. Ils se sont engagés à intégrer les considérations liées à la diversité (y compris les CLOSM) dans le cadre de leur processus. Le projet de norme sur les SLD de HSO a été publié le 27 janvier 2022 aux fins d'examen public. De même, le Groupe CSA a publié son projet de norme le 11 février 2022. Après leur diffusion publique respective, les Canadien(ne)s disposeront de 60 jours pour examiner et fournir des commentaires. Les deux organismes animeront également une série de séances de consultation pendant cette période.

2.3 Objectifs

L'expérience que nous avons acquise de cette pandémie a une fois de plus mis en évidence le fait que les groupes minoritaires et racisés sont confrontés à d'importantes inégalités en matière de santé et de soins de santé, dans la communauté ainsi que dans les soins en établissement. Afin de mieux comprendre les variations dans les résultats en matière de santé et de soins de santé vécus par les personnes appartenant à des groupes en quête d'équité, en particulier les personnes issues des CLOSM, en SLD, nous nous sommes engagés à faire ce qui suit :

1. Déterminer et résumer les ressources et les soutiens communautaires offerts aux CLOSM qui ont besoin de SLD au Canada;
2. Examiner les différences dans la prévalence de l'utilisation de SLD et les obstacles à l'accès rencontrés par les populations minoritaires et les personnes appartenant aux CLOSM, en particulier;
3. Souligner les différences observées dans les résultats liés aux soins vécus par les personnes appartenant à des minorités et les membres des CLOSM pendant qu'ils reçoivent des soins dans les établissements de SLD.

3 Méthodologie

3.1 Entrevues avec des informateurs clés

Afin de mieux comprendre les lacunes en matière de services vécues par les personnes membres de CLOSM au Canada, nous avons mené des entrevues auprès d'informateurs clés entre juillet 2021 et janvier 2022 auprès d'organismes communautaires et de fournisseurs de soins de longue durée qui soutiennent les CLOSM.

Dans le cadre des recherches préalables aux entrevues, nous avons examiné les articles d'universitaires, la littérature grise ainsi que les sites Web et les rapports du gouvernement et d'organismes pertinents concernant le processus de planification et de demande de SLD en établissement au Canada. Des informateurs clés de partout au pays ont été contactés pour vérifier les conclusions de l'équipe de recherche en ce qui a trait aux ressources communautaires disponibles qui appuient l'accès des CLOSM aux SLD. On a également demandé aux personnes interrogées de contribuer à déterminer les soutiens supplémentaires disponibles pour les personnes des CLOSM qui résident actuellement dans un établissement de soins de longue durée.

3.2 Examens systématiques de la littérature

Afin de fournir un aperçu général des défis connus auxquels les populations minoritaires peuvent faire face, nous avons effectué deux examens systématiques de la littérature internationale publiée sur les barrières à l'accès aux SLD et les résultats liés à la santé au sein des établissements de SLD.

3.2.1 Accès, attentes et préférences pour les populations minoritaires

Le premier examen systématique portait sur les obstacles et les facilitateurs de l'accès aux SLD chez les populations minoritaires. Le protocole complet est publié et peut être trouvé sur PROSPERO (CRD42018038662).

Notre recherche comprenait toutes les études réalisées en français ou en anglais, qui ont évalué l'accès aux SLD dans les populations minoritaires et qui ont été publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2021. Nous avons consulté un informaticien et mené une recherche d'articles pertinents à partir de 10 bases de données.

Nous avons inclus des études quantitatives et qualitatives qui ont : (1) examiné l'admission aux soins de longue durée en établissement ou l'influence du statut de minorité au moment de l'admission, ou (2) examiné les obstacles et les facilitateurs de l'admission des populations minoritaires. Une limite d'âge de 65 ans ou plus a été appliquée au premier groupe; toutefois, nous n'avons pas imposé de restriction d'âge aux études sur les préférences, y compris aux études qui évaluaient les perceptions des participants qui utiliseraient des établissements à l'avenir.

Les titres et les résumés ont été examinés indépendamment par au moins deux chercheurs pour en déterminer la pertinence. Après consensus, des articles en texte intégral ont été obtenus et téléchargés sur Mendeley. Deux membres de l'équipe ont examiné chaque article de façon indépendante. Les désaccords ont été résolus par la discussion et la participation d'un troisième membre de l'équipe, au besoin. Par la suite, un membre de l'équipe a extrait des données de tous les articles pertinents à l'aide d'un formulaire spécialement conçu et testé au préalable pour l'étude.

3.2.2 Résultats liés aux soins des populations en situation minoritaire dans les établissements de soins de longue durée

Le deuxième examen systématique portait sur des études qui examinaient les différences dans les résultats liés aux soins (p. ex. symptômes des clients ou des patients, utilisation des soins de santé, données médicales, qualité de vie, satisfaction à l'égard des soins) vécus par les populations en situation minoritaire dans les établissements de SLD par rapport aux populations non-minoritaires, qui reçoivent des soins dans le même établissement. Le protocole complet est publié et peut être trouvé sur PROSPERO (CRD42021269489).

Pour cet examen, nous avons inclus toutes les études rédigées en français ou en anglais, qui ont évalué les différences observées dans les résultats relatifs aux soins chez les minorités en établissement de SLD publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 24 septembre 2021.

Notre recherche comprenait de la littérature qualitative et quantitative expérimentale et d'observation examinée par des pairs (c.-à-d. transversales, de cohorte, d'essais contrôlés, de contrôle des cas) sur les résidents en SLD, qui appartenaient à une population en situation minoritaire déterminée. Nous avons exclu les rapports de cas ou les recherches qui ne faisaient que comparer deux populations en situation minoritaire sans comparer les résultats liés aux soins observés chez les personnes faisant partie de la population majoritaire

spécifique au contexte.

Une stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide d'un informaticien et 10 bases de données ont été recherchées pour trouver des articles pertinents : MEDLINE, Embase, CINAHL, CENTRAL, PsycINFO, Web of Science, EconLit, ProQuest Dissertations & Theses Global, Érudite/Persée, Repère, et Banque de données santé publique (BDSP). Un total de 11 254 articles ont été identifiés et les 30 premiers articles ont été examinés par chaque responsable de l'examen afin d'établir un consensus sur les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les titres et les résumés ont été examinés indépendamment par au moins deux chercheurs pour en déterminer la pertinence. Après consensus, des articles en texte intégral ont été obtenus et téléchargés sur Covidence. Deux membres de l'équipe ont examiné chaque article de façon indépendante. Les désaccords ont été résolus par la discussion et la participation d'un troisième membre de l'équipe, au besoin. Par la suite, un membre de l'équipe a extrait des données de tous les articles pertinents à l'aide d'un formulaire spécialement conçu et testé au préalable pour l'étude.

3.3 Analyse des données administratives sur la santé

Nous avons couplé plusieurs bases de données contenant des renseignements sur les résidents en SLD au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal (RAI-MDS) et des données individuelles liées aux admissions à l'hôpital (Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et sur les visites à l'urgence (Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS). Les indicateurs de la qualité des soins ont été tirés des données du RAI-MDS et comprenaient : 1) la prescription de médicaments antipsychotiques au cours des sept derniers jours, même s'il n'y a pas de diagnostic de psychose; 2) l'aggravation des symptômes dépressifs depuis leur dernière évaluation au moyen du RAI-MDS; 3) l'expérience de douleurs modérées quotidiennes ou de douleurs graves au cours des sept derniers jours; 4) le fait de faire moins une chute au cours des 30 derniers jours; 5) la contention physique quotidienne.

L'analyse portait principalement sur les résidents en SLD dont la langue maternelle parlée (c.-à-d. le français) n'était pas représentative de la majorité de la population résidente de leur établissement de SLD. Étant donné que les données sur la langue des fournisseurs de services dans les établissements ne sont pas disponibles, nous avons déterminé la langue

prédominante de l'établissement en calculant la proportion du total de journées-bénéficiaires fournies par les résidents qui parlaient français ou anglais. La langue qui représentait au moins 50 % du nombre total de journées-bénéficiaires dans le cadre de notre période d'étude a été classée comme la langue prédominante de l'établissement.

Nous avons estimé des modèles à risques proportionnels de Cox pour examiner le temps d'hospitalisation, la première visite à l'urgence et la mortalité dans l'année suivant l'admission en SLD. Nous avons utilisé des modèles de régression logistique avec des équations d'estimation généralisées pour examiner l'effet du langage sur les indicateurs de qualité. Tous les modèles ont été ajustés en fonction de la démographie et de la santé des résidents (y compris l'âge, le sexe, la langue, le revenu du quartier avant l'admission et les conditions chroniques), ainsi que des variables au niveau des établissements (p. ex., l'urbanité, la propriété, la taille de l'établissement et la région, le cas échéant). On a aussi examiné les interactions croisées entre la langue principale parlée par le résident et la langue prédominante de l'établissement (en tant que substitut de la discordance linguistique).

4 Soins de santé pour les minorités linguistiques

Les personnes membres des CLOSM rencontrent souvent des obstacles qui nuisent à leur capacité d'accéder aux services de santé dans la langue officielle de leur choix (Bouchard et Desmeules, 2013). Une étude qualitative menée dans quatre provinces canadiennes a révélé que les francophones ont fait état d'une faible confiance envers les soins de santé lorsque l'on a décelé une discordance linguistique et qu'ils étaient plus susceptibles de subir des effets indésirables, notamment une mauvaise évaluation du patient, un mauvais diagnostic et un retard de traitement (de Moissac et Bowen, 2019). Ces défis en matière de communication ont également eu une incidence directe sur l'accès en temps opportun aux soins appropriés (Dressler et Pils, 2009), et l'écart pourrait être encore exacerbé chez les personnes âgées des CLOSM. De plus, des recherches ont révélé que l'appartenance à plus d'une communauté minoritaire, ou le statut de minorité, peut avoir des effets multiplicateurs et négatifs sur la santé des individus (Palència et coll., 2014). À ce titre, bien que le présent rapport porte sur l'identité de la minorité linguistique, nous tenons à souligner que le statut de minorité linguistique doit être considéré de même que tous les désavantages pour tenir compte de l'incidence cumulative et des obstacles aux soins auxquels font face de nombreux groupes en quête d'équité. Par exemple, l'immigration est un élément essentiel du maintien de la vitalité des CLOSM, en particulier des communautés francophones au Canada (Immigration, Réfugiés et

Citoyenneté Canada, 2021). Pourtant, on sait très peu de chose des expériences en matière de soins de santé des immigrants et des non immigrants qui parlent français, ni s'il existe des différences entre ces derniers. Des options de soins appropriées et adaptées à la culture et des politiques inclusives sont primordiales, particulièrement au fur et à mesure que la population canadienne continue de vieillir et de croître dans la diversité (Emploi et Développement social Canada, 2016; Statistique Canada, 2020).

4.1 Défis pour les minorités linguistiques qui ont besoin de SLD

Les défis auxquels sont confrontées les personnes membres de minorités qui cherchent à avoir accès à des SLD n'ont pas été bien étudiés. Les recherches sur les obstacles à l'accès aux SLD pour cette population sont rares, les sources étant, pour la plupart, à l'échelon international; des études limitées ont été menées au Canada (un résumé des études pertinentes se trouve à l'**annexe II**). De plus, aucune synthèse n'a été publiée de la documentation sur les résultats liés aux soins pour les personnes appartenant à des populations minoritaires ayant besoin de SLD.

Les établissements de soins de longue durée, souvent appelés foyers de soins de longue durée ou maisons de soins, se spécialisent dans la prestation d'un soutien 24 heures par jour aux personnes fragiles ayant des besoins complexes en soins, qui ne peuvent être offerts en toute sécurité dans leur logement privé. On a estimé qu'environ 87 % des résidents de SLD ont une forme ou une autre de déficience cognitive attribuable à la démence, à une légère déficience cognitive (LDC) et à d'autres affections connexes, comme les accidents vasculaires cérébraux ou les traumatismes (ICIS, 2016). Le déclin cognitif a des répercussions négatives sur les capacités physiques et les fonctions exécutives, y compris les capacités linguistiques. La perte de capacités linguistiques est un symptôme fréquent chez les personnes atteintes de démence, surtout au fur et à mesure que la maladie progresse et passe d'un stade modéré à sévère. Cela peut nuire à leur capacité à exprimer leurs besoins et leurs souhaits en matière de soins. Dans la plupart des cas, les locuteurs bilingues atteints de démence ont tendance à revenir à leur langue maternelle au fur et à mesure que leur cognition se détériore.

La discordance linguistique survient lorsque le fournisseur ne parle pas la langue préférée du patient ou du résident, ce qui rend particulièrement difficile la prise en charge des personnes vivant en situation minoritaire atteintes de démence (Sagbakken et coll., 2018). La communication autour des objectifs en matière de soins, de préférences et de désirs sociaux peut être perdue, car les résidents sont confrontés à la détérioration de la santé pendant leur

séjour en SLD.

5 Accès aux soins de longue durée

5.1 Défis de l'accès aux SLD au Canada par les CLOSM

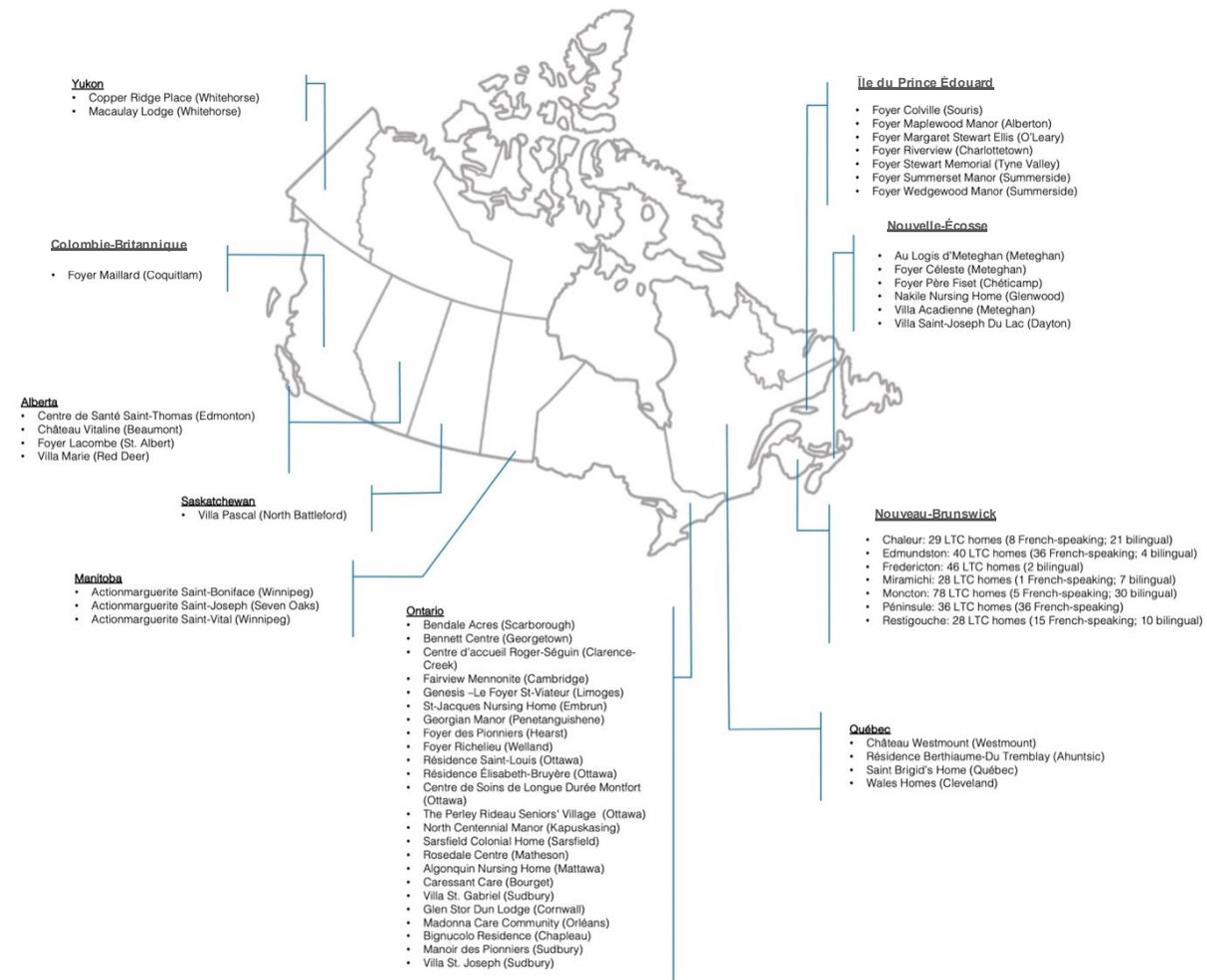
Il y a une rareté notable de données probantes sur l'accès aux services de SLD par les CLOSM au Canada. Un rapport commandé par Bowen en 2003 indique qu'il existe des obstacles importants aux soins de santé, particulièrement dans les établissements de soins de longue durée, pour les CLOSM et d'autres minorités linguistiques. Le rapport souligne qu'il faut faire davantage de recherches pour mieux comprendre les défis auxquels ces populations sont confrontées au fur et à mesure qu'elles vieillissent (Bowen, 2003). Malheureusement, cette constatation et cette recommandation demeurent inchangées par rapport à ce que nous avons découvert dans notre analyse environnementale, 20 ans plus tard. Notre examen systématique de la littérature ne comportait qu'une étude, publiée par Forgues et coll., qui portait sur l'accès au SLD pour les minorités francophones au Canada (plus précisément, dans la province du Nouveau-Brunswick). Les auteurs ont mené une enquête géographique sur la disponibilité des établissements de SLD dans la province et ont conclu qu'il y avait un accès limité aux SLD pour les francophones et ont observé des limites d'accès particulières dans certaines régions comportant une densité de population plus élevées (Forgues et coll., 2011).

L'une des approches pour évaluer l'offre actuelle de soins appropriés sur le plan linguistique est le rapport des fournisseurs de soins de santé pouvant offrir des services dans une langue minoritaire par 1 000 habitants. Dans l'ensemble du Canada, on a observé un déficit dans cette mesure (Statistique Canada, 2017). Selon un rapport de Statistique Canada, le nombre et la capacité des fournisseurs de soins de santé équipés pour offrir des services aux CLOSM étaient inférieurs au nombre de ceux qui appartiennent aux CLOSM dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf en Colombie-Britannique (Statistique Canada, 2017).

Dans le secteur des SLD, il y a un manque d'information et de collecte systématique de données sur les options de soins offertes aux minorités linguistiques, y compris celles qui se trouvent dans les CLOSM. Les données administratives sur la santé au Canada ne recueillent pas systématiquement des renseignements sur la langue parlée par les fournisseurs de soins de santé dans les établissements de SLD, ce qui rend l'évaluation de l'incidence linguistique et de la discordance linguistique difficile d'accès au niveau de la population. À partir de notre

analyse environnementale, de la consultation avec les informateurs clés et des sources de données administratives sur la santé, nous avons pu déterminer 227 établissements de soins de longue durée (**figure 1**) qui étaient, soit des établissements ethnoculturels désignés, soit des établissements où un soutien supplémentaire est fourni par l'établissement aux CLOSM.

Figure 1. Établissements ethnoculturels de SLD désignés et non désignés, qui appuient les CLOSM dans chaque province et territoire



*La liste complète des foyers de soins spéciaux dans chaque région du Nouveau-Brunswick se trouve sur le site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick : https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/foyers_de_soins_speciaux/foyers_de_soins_speciaux.html

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une liste exhaustive, il est clair que l'offre actuelle ne répond pas à la demande potentielle de soins par les personnes âgées des CLOSM. Sur les quelque 2 076 établissements de soins de longue durée au Canada, les établissements que nous avons cernés à la **figure 1** ne représentent que 11 % de tous les établissements. Cette observation est étayée par les données régionales disponibles. En Ontario, par exemple, un rapport publié en 2020 par le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (aujourd'hui appelé Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de l'Est de l'Ontario) a déterminé un total de neuf établissements francophones désignés, ce qui est bien inférieur au nombre de francophones de la région, qui ont un besoin prévu de SLD, ce qui représente un écart de 405 lits (Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario, 2020). Des rapports comme celui-ci indiquent que la demande de SLD dans les CLOSM peut ne pas être satisfaite par l'offre actuelle.

5.2 Trouver des renseignements sur les SLD dans leur langue préférée

Les membres des CLOSM qui planifient les SLD sont souvent confrontés à des obstacles pour accéder à des renseignements appropriés, dans la langue officielle de leur choix, en ce qui concerne le processus de demande de SLD. Les renseignements accessibles au public sur le processus de placement en SLD ne sont pas toujours disponibles dans les deux langues officielles. Les aînés des CLOSM qui cherchent à obtenir des SLD doivent souvent mener des recherches approfondies eux-mêmes pour trouver des ressources comparables. Cela suppose que les aînés ont une connaissance préliminaire des SLD et qu'ils peuvent également naviguer dans les étapes initiales de la demande sans soutien linguistique.

Bien qu'il existe des organismes communautaires qui appuient les personnes des CLOSM qui cherchent des services de santé dans toutes les provinces et tous les territoires (voir le **tableau 1**), bon nombre de ces organismes fonctionnent indépendamment des services de soins à domicile et communautaires financés par l'État, et il est rare que les représentants de ces organismes participent directement au processus de demande de SLD. À ce titre, nous avons constaté une sous-utilisation de ces ressources linguistiques et culturelles existantes, alors que les personnes des CLOSM présentent une demande de SLD, qu'elles font la transition vers les SLD ou lorsqu'elles reçoivent des soins dans les établissements de SLD.

5.3 L'accès des autres minorités linguistiques aux SLD au Canada

Bien qu'il y ait davantage d'études sur l'expérience des allophones (c.-à-d. ceux qui parlent d'autres langues que l'anglais et le français) au Canada, des recherches qui se sont penchées sur les différences entre les allophones et les anglophones étaient également limitées (**annexe II**). Les trois seules études publiées ont fait état de l'expérience des Canadiens d'origine japonaise, des Canadiens d'origine chinoise et des Canadiens d'origine chinoise ayant des parents âgés en Chine, qui ont discuté des attentes et des préférences des résidents ou des SLD pour eux-mêmes ou leurs parents (Gui et Koropecykj-Cox, 2016; Lai, 2008; Metz, 2004). Ces études ont indiqué que la langue était un obstacle à l'accès et à la compréhension des renseignements sur les SLD, à la réception de soins ou à la communication avec les fournisseurs pendant qu'ils reçoivent des soins dans un établissement de SLD et à la possibilité de participer de façon significative à des activités sociales pendant qu'ils sont dans un établissement de SLD.

6 Demande de soins de longue durée

Lorsqu'une personne doit avoir accès à des SLD au Canada, le processus commence souvent par son fournisseur de services de soins à domicile et en milieu communautaire régional ou local, qui amorce le processus de demande en planifiant une évaluation des besoins (**figure 2**). Les personnes peuvent également avoir accès à des SLD au moyen d'un processus d'autoaiguillage ou d'un processus de congé de l'hôpital, où elles sont affectées à un coordonnateur des soins, qui examine le demandeur et effectue une évaluation des besoins. Les CLOSM sont confrontées à des obstacles linguistiques immédiats à ce processus. Certains services sont offerts aux aînés des CLOSM qui ont besoin d'un soutien tout au long du processus de demande. Par exemple, le demandeur peut demander des services d'interprétation et de traduction s'il a besoin d'un soutien linguistique. Toutefois, plus couramment, le soutien linguistique est fourni par le coordonnateur des soins (s'il a une certaine maîtrise de la première langue parlée par le client) ou avec l'appui d'un collègue ou d'un superviseur, qui est en mesure de fournir de l'aide. Souvent, cette responsabilité incombe aux familles et aux aidants naturels. De plus, comme certaines régions n'offrent pas l'accès aux services de soins à domicile dans les deux langues officielles, il est possible que le besoin de SLD soit accéléré chez les personnes des CLOSM afin de recevoir l'aide dont elles ont besoin

parce qu'elles ne peuvent pas vivre de façon autonome à domicile.

Tableau 1 Structures communautaires soutenant l'accès des CLOSM aux SLD

Province/territoire	Structures communautaires
Terre-Neuve-et-Labrador	<ul style="list-style-type: none"> - Fédération des francophones de Terre-Neuve et du Labrador - Association francophone de Saint-Jean - ConnectAînés
Île-du-Prince-Édouard	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau Santé en français Î.-P.-E.
Nouvelle-Écosse	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau-Santé Nouvelle-Écosse
Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau-action Communautaire - Réseau du Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick - Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Accès Résidences - Seniors Action Québec - Québec Community Groups Network - English Coalition of Caregivers of Montréal
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> - Services de soutien à domicile et en milieu communautaire du Nord-Ouest - Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario - Entité 4 - AdvantAge Ontario - Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario - Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario - Fondation Hélène Lavoie Tremblay - Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario
Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Accès Résidences - Aînés Action Québec - Québec Community Groups Network - English Coalition of Caregivers of Montréal
Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> - Santé en français
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau Santé en français de la Saskatchewan - Vitalité 55+ - Bonjour Saskatchewan
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau Santé Alberta - Fédération des aînés franco-albertains
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> - RésoSanté Colombie-Britannique - Fédération des francophones de la Colombie-Britannique - La Maison de la Francophonie de Vancouver
Yukon	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat communauté en santé
Territoires du Nord-Ouest	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau TNO Santé
Nunavut	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau Santé en français au Nunavut - Association des francophones du Nunavut

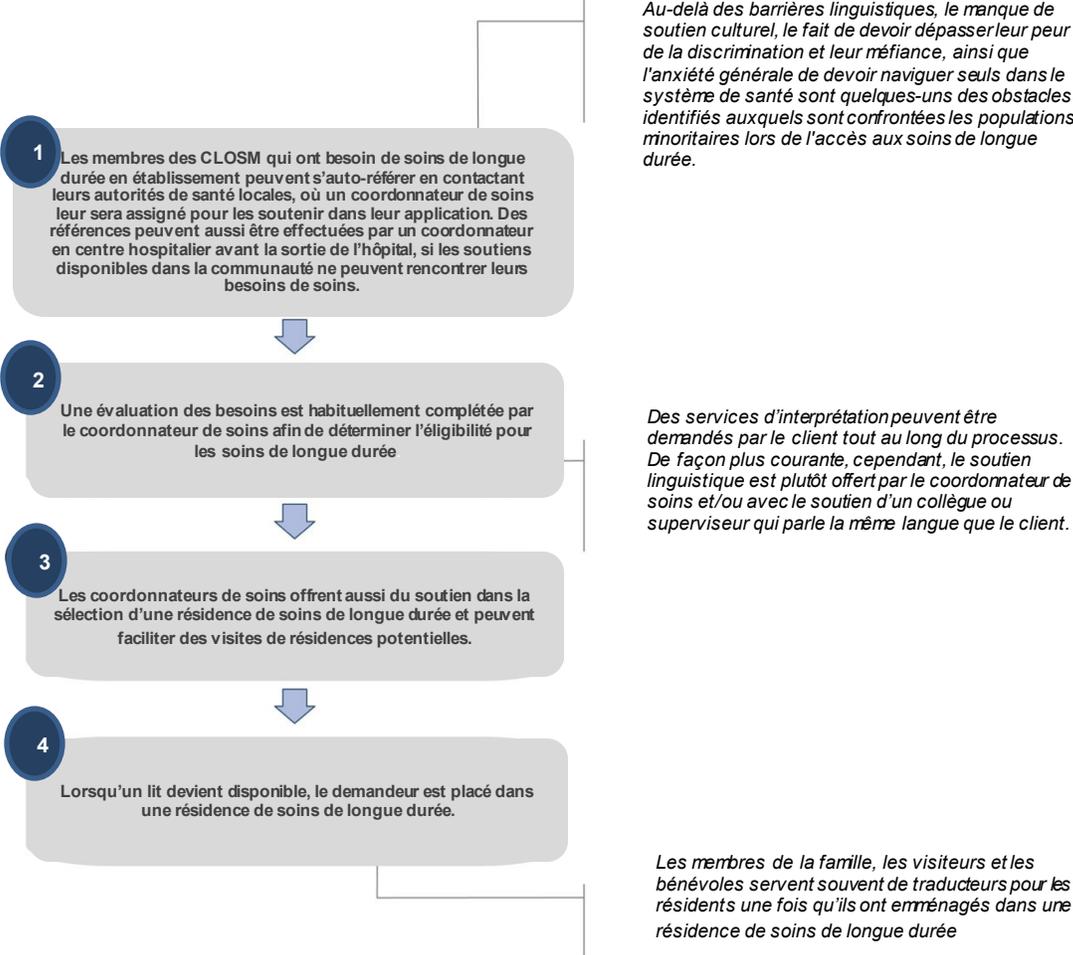
Le dépistage et l'évaluation (y compris l'examen des antécédents médicaux) sont généralement effectués par un coordonnateur des soins à domicile et en milieu communautaire. Dans certaines juridictions, les coordonnateurs de soins peuvent organiser une visite prévue dans des établissements de SLD éventuels, où la personne souhaite être placée. Le client est alors placé sur une liste d'attente jusqu'à ce qu'un lit soit disponible dans l'un des cinq établissements choisis. Lorsqu'un lit devient disponible dans l'un des établissements, les clients sont généralement tenus de répondre à l'offre dans un délai de 24 heures.

6.1 En attente d'un placement

Une fois la demande présentée et l'évaluation des besoins terminée, il y a souvent une période d'attente avant qu'un lit ne soit disponible pour les personnes qui ont besoin de SLD. Le temps d'attente dépend d'un certain nombre de facteurs, dont l'emplacement géographique, les besoins en soins et le choix de l'établissement préféré par le résident éventuel.

Des études utilisant des données administratives sur la santé en Ontario ont révélé que les personnes âgées (définies comme des personnes de plus de 65 ans) ayant le revenu le plus faible, et celles provenant de populations diversifiées sur les plans ethnique et linguistique, étaient parmi celles qui attendaient le plus longtemps pour leur établissement de choix (Um, 2016; Um et Lightman, 2017). Dans une autre étude menée par notre équipe de recherche, nous avons constaté que les délais d'attente pour l'entrée en SLD dans l'ensemble de l'Ontario étaient beaucoup plus longs pour les immigrants récents et ceux qui attendaient un lit désigné spécifique à la culture ou à l'ethnie (y compris les établissements désignés comme offrant des services en français dans la province). Plus précisément, le fait d'être un immigrant récent ou d'attendre un établissement spécifique à la culture ou à l'ethnie a augmenté de façon significative le temps d'attente moyen pour un placement en soins de longue durée de 1,22 (IC à 95 % : 1,15-1,30) et 1,32 (IC à 95 % : 1,11-1,56) par rapport aux résidents de longue date, respectivement (Qureshi et coll., 2021).

Figure 2. Processus général d'accès aux SLD au Canada, et ressources et obstacles auxquels sont confrontées les personnes des CLOSM qui ont besoin de soins



7 Recherche de soutien au sein des soins de longue durée

Une fois qu'une personne est installée en SLD, les services linguistiques sont le plus souvent fournis par les visiteurs (p. ex. membres de la famille, parents et amis) ou des bénévoles, à moins que le résident ne soit placé dans un établissement de SLD de langue française ou ethnique désigné. En Ontario, il y a 35 établissements de soins de longue durée désignés culturels ou ethniques (y compris les établissements désignés de langue française) dans l'ensemble de la province; cela représente moins de 5 % des établissements en Ontario. Certains établissements de soins de longue durée ne sont pas officiellement reconnus comme un établissement désigné ethnique ou culturel, mais ils peuvent être situés dans des quartiers où il y a une forte concentration de groupes racisés et d'autres groupes minoritaires. À l'intérieur de ces établissements, les fournisseurs de SLD visent souvent à faire correspondre le ratio personnel/résidents par leur représentation linguistique (p. ex. dans une maison où la moitié des résidents sont francophones, la maison s'efforcera de faire correspondre sa dotation de telle sorte que la moitié des employés sont francophones). Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'accès à ces établissements est limité et les personnes en attente d'un placement doivent composer avec des temps d'attente beaucoup plus longs.

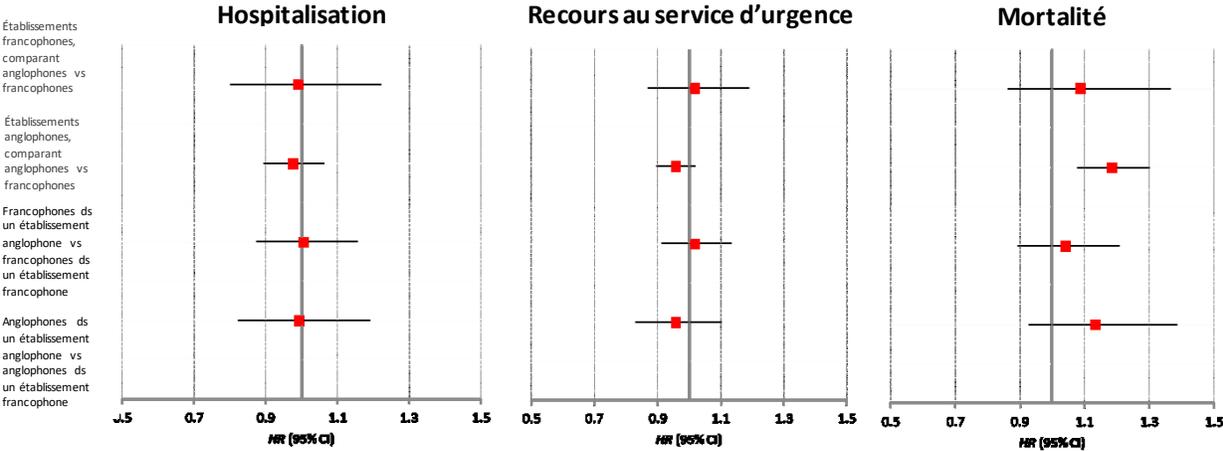
Comme c'est le cas pour la phase de demande, les services de traduction et d'interprétation sont offerts dans la plupart des provinces et des territoires. Il existe de nombreux soutiens dans la collectivité, comme le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick, le Réseau Santé en Français au Nunavut, le Réseau santé francophone du Yukon, les Services de santé en français de l'Alberta, le Réseau Santé Nouvelle-Écosse. Toutefois, le lien entre ces efforts communautaires et les établissements de SLD n'est pas clair et varie selon l'accès de chaque établissement à ces soutiens régionaux. Par conséquent, ils ne sont pas couramment recherchés ou fournis aux résidents en SLD.

7.1 Expériences et résultats des CLOSM recevant des services en SLD au Canada

Afin de mieux comprendre l'expérience des résidents des CLOSM au Canada, nous avons utilisé les données administratives sur la santé en Ontario pour examiner l'incidence de la discordance

linguistique sur les résultats liés aux soins. Notre analyse, qui a utilisé les données du RAI-MDS entre 2010 et 2016, a révélé que le taux d’hospitalisation et de visite à l’urgence des francophones dans les établissements francophones était 5 % inférieur à celui des francophones dans les établissements principalement anglophones (**figure 3**, Batista et coll., 2019). De plus, les francophones dans des établissements francophones ont connu des taux de mortalité plus faibles que les francophones dans des établissements majoritairement anglophones. Toutefois, ces différences n’étaient pas statistiquement significatives. Cela peut être attribuable, du moins en partie, aux efforts concertés visant à réduire les transferts à l’urgence et les hospitalisations inutiles au sein des SLD. Par conséquent, puisque seuls les transferts nécessaires sont effectués, ces résultats peuvent être moins sensibles à l’influence de la discordance linguistique. De même, la mortalité est le plus fortement influencée par l’âge et la morbidité, et la discordance linguistique peut avoir un effet limité sur le statut vital du résident. Néanmoins, ce sont des observations importantes qui méritent une enquête plus approfondie.

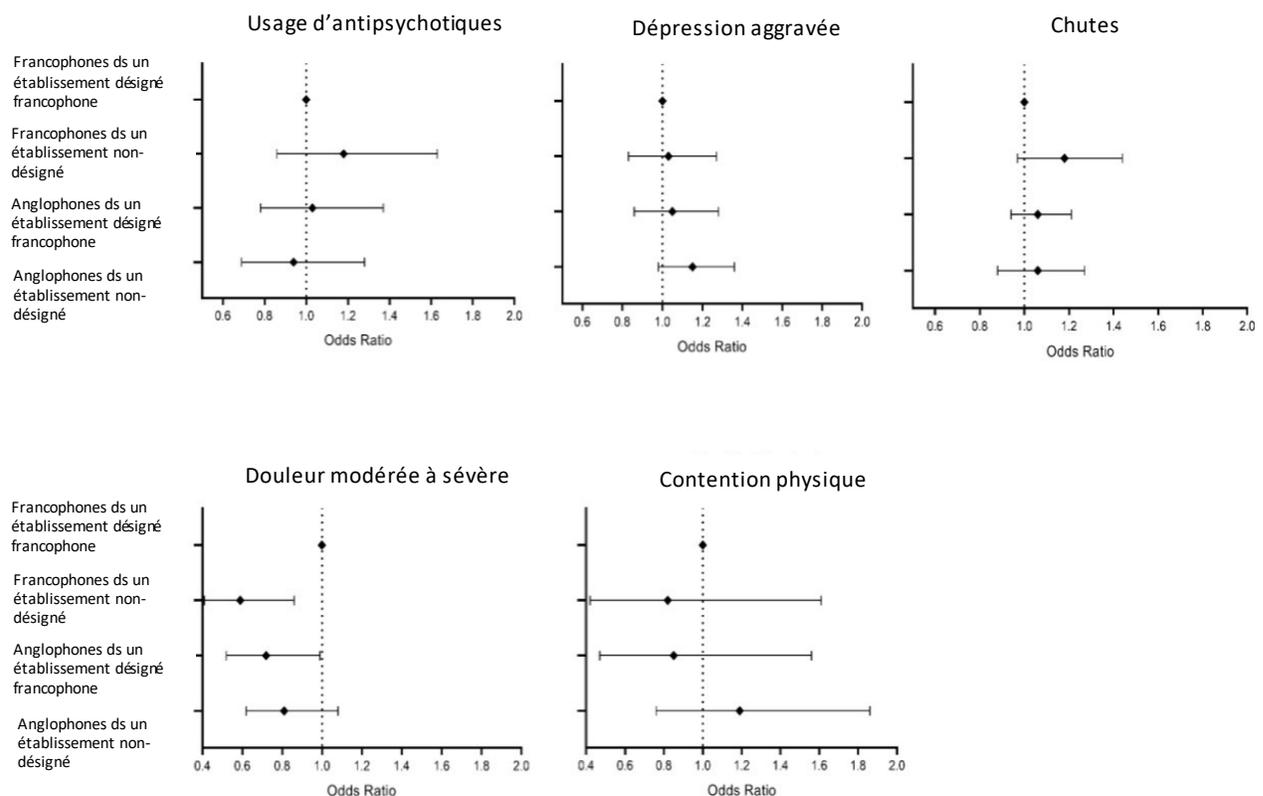
Figure 3. Incidence de la discordance linguistique sur les résultats cliniques (hospitalisation, visites à l’urgence et mortalité) au cours des 12 mois suivant l’admission dans un établissement de SLD



Dans une deuxième analyse, lorsque nous avons examiné les principaux indicateurs provinciaux de qualité chez les résidents des CLOSM dans les établissements de soins de longue durée de l’Ontario, nous avons observé qu’une plus faible proportion de francophones dans les établissements à prédominance de langue française (ou les établissements

francophones désignés par les provinces) connaissaient une aggravation des symptômes dépressifs (21,6 % par rapport à 23,6 %, $P < .001$) ou se faisaient prescrire des antipsychotiques même s'ils n'avaient pas reçu de diagnostic de psychose (19,1 % vs 23,3 %, $P = .001$) que les francophones dans les établissements non désignés (**figure 4**, Batista et coll., 2021). Les résidents francophones des établissements francophones ont également connu moins de chutes que leurs homologues des établissements non désignés (14,5 % par rapport à 16,2 %, $P = ,076$), alors que l'usage de la contrainte physique chez les francophones n'a pas été affecté par la langue prédominante parlée dans l'établissement ($P = 0,295$).

Figure 4. Probabilités de recevoir des soins de mauvaise qualité chez les résidents d'établissement de SLD en fonction du facteur de la langue : effet de la discordance linguistique (interaction croisée) sur les indicateurs de qualité



Ces résultats suggèrent que la concordance linguistique pourrait jouer un rôle plus grand et plus important dans l'incidence de l'expérience et la qualité des soins (c.-à-d. la gestion de la douleur et des symptômes) pour les résidents des CLOSM en SLD, mais pas nécessairement au niveau de la morbidité (c.-à-d. hospitalisations ou décès).

7.2 Expériences et résultats dans d'autres minorités linguistiques recevant des SLD

Seules quelques études de la littérature existante ont examiné les variations entre les minorités linguistiques ou les minorités ethniques et culturelles, au lieu des minorités raciales (comme c'est souvent le cas des études menées aux États-Unis). Aucune étude ne s'est penchée sur les expériences et les résultats des minorités linguistiques autres que les CLOSM au Canada (**annexe II**).

Les données probantes sur l'accès des minorités linguistiques à la santé ont mis en évidence l'importance de la langue pour le maintien de l'identité et de la culture des individus, et la façon dont une mauvaise interprétation linguistique peut avoir de graves conséquences cliniques. En dehors de la littérature canadienne, seule une étude de l'Australie a examiné les minorités linguistiques en SLD (Low et LoGiudice, 2018). Elle a constaté que les résidents nés dans des pays non anglophones avaient tendance à avoir des besoins plus élevés en matière de soins que les résidents nés dans des pays anglophones après avoir tenu compte de l'âge, du sexe, de l'éloignement et de la taille de l'établissement. Les auteurs ont laissé entendre que cela pourrait être dû à la réticence ou à la difficulté d'avoir accès à des SLD et que, par conséquent, les résidents nés dans des pays non anglophones entrent en SLD plus tard dans la progression de leurs besoins en soins.

7.3 Le rôle des familles et des aidants naturels en SLD

Une observation constante faite dans le cadre des entrevues auprès des informateurs était le rôle joué par les membres de la famille et les partenaires de soins désignés pour appuyer les résidents des CLOSM. La participation de la famille aux soins se poursuit souvent après l'admission en SLD (Ross et coll., 2001). En règle générale, les parents et les amis des résidents en SLD ont tendance à visiter fréquemment leurs proches (Ross et coll., 2001) et participent à plusieurs aspects des soins dispensés au résident, comme se porter à la défense

du résident, surveiller les soins prodigués au résident par le personnel de SLD et offrir des soins personnels directs non rémunérés (p. ex. aide pour faire la toilette, les repas, l'habillement.) au résident (Keating et coll. 001).

D'après nos entrevues avec des informateurs clés, nous avons appris que les aidants naturels jouent un rôle essentiel d'interprète auprès des résidents des CLOSM. Au cours de la pandémie de COVID-19, les mesures de santé publique, comme les décrets visant à restreindre l'accès aux visiteurs, destinées à limiter la transmission virale et l'incidence de la COVID-19 sur cette population fragile, ont également eu des conséquences inattendues. Par exemple, des études récentes ont révélé une augmentation de la solitude et de l'isolement social, ainsi qu'une mauvaise santé physique et mentale chez les résidents en SLD (Hwang et coll., 2020). Ce défi a mené à la prise de conscience que les aidants naturels non rémunérés, leurs contributions aux soins ainsi que le temps qu'ils consacrent aux soins de leur être cher en SLD n'ont pas encore été correctement définis (Excellence en santé Canada, 2020). Lorsque le personnel de l'établissement peut sous-estimer la participation de la famille et des amis aux soins des résidents (Cohen et coll., 2014), une appréciation de l'ampleur et de la nature de leur participation aux SLD pourrait favoriser les efforts des fournisseurs pour s'assurer que les familles et les amis se sentent soutenus et ne sont pas dépassés par leurs contributions aux soins.

Les aidants naturels devraient avoir accès à une formation et à des ressources qui peuvent les aider à administrer les soins et à fournir des services d'interprétation ainsi que d'autres services de soutien de façon sécuritaire et efficace. Un exemple de cette formation est le Programme de partenaires de soins désignés (PSD) créé à Bruyère en collaboration avec l'Organisme de soutien des aidants naturels de l'Ontario (OSANO, 2022). Les résidents ou leur mandataire spécial peuvent déterminer qui ils souhaitent désigner comme partenaire en soins désigné. Il peut s'agir d'un mandataire spécial, d'un proche, d'un ami ou d'une autre personne de soutien selon le choix du patient ou du résident. Au moment de la sélection, les partenaires de soins désignés doivent terminer une séance d'orientation et de formation avant de commencer leur rôle, ce qui peut comporter de prodiguer des soins physiques, d'assurer le bien-être mental et émotionnel d'un résident; d'aider le résident à s'alimenter lors de repas, à se déplacer ou à faire ses soins personnels; d'aider le résident à communiquer s'il a un trouble auditif, visuel, de la parole, de la mémoire ou un déficit cognitif ou intellectuel; de porter assistance au résident s'il est handicapé; et d'aider le résident à prendre des décisions (Soins continus Bruyère, 2022).

En plus d'offrir une formation aux partenaires de soins des résidents, le Programme de PSD comprend également des politiques, des processus et une formation du personnel que les fournisseurs de SLD peuvent utiliser pour intégrer et soutenir les aidants naturels comme partenaires de soins. Le Programme de PSD a été élaboré à partir de la trousse d'outils *Partenaires de soins : trousse de pandémie* de l'OSANO, qui comprend la carte d'identification des aidants naturels comme outil permettant de reconnaître officiellement les partenaires de soins désignés. L'OSAN a également établi l'apprentissage collaboratif en pandémie relatif aux partenaires de soins, en tant que forum pour le partage des ressources et l'échange de connaissances entre les organismes qui ont mis en œuvre le Programme du PSD. D'autres programmes de ce genre assureront la préparation des aidants naturels et augmenteront les possibilités de participation sécuritaire des familles, des aidants naturels et des bénévoles aux SLD (Excellence en santé Canada, 2021).

8 Recommandations

En réponse à l'expérience observée dans le secteur des SLD au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, plusieurs enquêtes et rapports ont été commandés pour analyser l'état de préparation des fournisseurs de ce secteur pour faire face à une pandémie (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2021); Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, 2021; Commission sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, 2021). Il n'est donc pas surprenant que les problèmes systémiques et les problèmes de ressources humaines en santé observés depuis des décennies avant la pandémie de COVID-19 aient refait surface en tant que fautifs et aient amplifié leur répercussion sur la santé et la mortalité des personnes âgées vulnérables qui vivent et reçoivent des soins dans ce contexte. Grâce à l'effort de collaboration du CCN, de HSO et du Groupe CSA, deux nouvelles normes nationales complémentaires pour les SLD ont été élaborées. Une de ces normes est une révision critique de la norme antérieure *Soins de longue durée* de HSO et reflète les plus récentes exigences en matière de soins et de services de haute qualité, fondées sur des données probantes et axées sur les résidents et la famille.

Nous avons examiné la nouvelle norme *Soins de longue durée* (2022) de HSO, publiée le 27 janvier 2022, et déterminé cinq sous-sections, où les besoins divers des résidents en SLD de langue officielle et d'autres minorités linguistiques peuvent être examinés directement. Nous reconnaissons que la nouvelle norme de HSO « encourage les établissements de soins de

santé et de services sociaux à s'engager envers les principes d'équité, de diversité et d'inclusion [...] dans leurs approches de la conception intégrée et de la prestation intégrée de soins et services équitables » (Health Standards Organization, 2022); toutefois, ces principes peuvent ne pas être adoptés uniformément entre tous les fournisseurs de services. La variabilité dans la mise en œuvre de ces principes, même si elle est bien intentionnée, expose les résidents appartenant aux CLOSM et aux autres groupes minoritaires au risque d'inégalités en matière de soins. Nos recommandations spécifiques sont décrites ci-dessous.

Recommandation 1 : Afin de s'assurer que les résidents des établissements de soins de longue durée et les membres de leur famille ou des partenaires de soins désignés comprennent leurs droits à des soins appropriés et de grande qualité, une copie de la Déclaration des droits des résidents, énoncée dans les lois provinciales et territoriales régissant la prestation de soins de longue durée et de soins en établissement, doit être fournie à tous les résidents, aux membres de leur famille et aux partenaires de soins désignés ***dans leur langue (officielle) préférée***, avant l'admission du résident ou au moment de celle-ci.

Afin d'assurer le respect des droits des résidents et du ou des proches aidants, les fournisseurs doivent s'assurer que les résidents et le ou les proches aidants comprennent leurs droits et leurs responsabilités. Toutefois, comme nous l'avons démontré dans le présent rapport, les renseignements concernant les droits et les responsabilités des résidents et de leurs proches aidants ne sont pas toujours disponibles dans leur langue préférée, ce qui peut constituer un obstacle à leur compréhension.

En vertu de la Constitution du Canada et de la *Loi sur les langues officielles*, le français et l'anglais sont les langues officielles du Canada et ont un statut et des droits et privilèges égaux quant à leur utilisation. Bien que les dispositions des lois actuelles portent principalement sur la réception de services dans l'une ou l'autre des langues officielles par les institutions du Parlement ou du gouvernement du Canada, la norme *Soins de longue durée* de HSO devrait favoriser et établir l'attente que tous(tes) les Canadien(ne)s qui ont besoin de SLD ont un droit fondamental à des soins sécuritaires et de grande qualité. Par conséquent, pour faciliter la compréhension par les minorités de langue officielle de leurs droits et responsabilités au sein des SLD, au minimum, toutes les personnes des CLOSM qui reçoivent des soins dans des établissements de soins de longue durée, les membres de leur famille ou les partenaires de soins désignés devraient recevoir une copie de la Déclaration des droits des résidents de leur province ou territoire dans leur langue officielle préférée avant l'admission du résident ou au

moment de celle-ci. Les mêmes renseignements devraient également être facilement accessibles et fournis sur le site Web de l'établissement de SLD, dans les deux langues officielles. Pour cette raison, nous recommandons les modifications suivantes aux normes 2.3.3 et 4.1.2 :

*2.3.3 L'équipe fournit aux proches aidants des informations sur les droits et les responsabilités des proches aidants, **dans leur langue officielle préférée**, en fonction de leur implication dans les soins du résident.*

*4.1.2 L'équipe applique la procédure de l'établissement pour communiquer aux résidents des informations concernant leurs droits et leurs responsabilités en temps opportun, **dans leur langue officielle préférée**.*

Bien que de telles dispositions ne soient pas accessibles à toutes les personnes appartenant à une minorité linguistique en SLD, les fournisseurs devraient s'efforcer de mettre ces ressources à la disposition des résidents, des familles ou des partenaires de soins désignés dans leur langue préférée. Par exemple, à partir de notre état des lieux, nous avons découvert une initiative communautaire visant à accroître l'accès à la Déclaration des droits des résidents traduite dans différentes langues (Ontario Association of Residents' Council, 2012). Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient appuyer des efforts semblables dans le cadre de leur réponse à la question des inégalités observées dans les soins offerts aux minorités linguistiques en SLD.

Recommandation 2 : Lors de l'élaboration de plans de soins individualisés pour les résidents, l'équipe devrait s'efforcer de mener des discussions sur les objectifs des soins et de présenter les options de soins disponibles aux résidents, aux familles ou aux partenaires de soins désignés dans leur *langue (officielle) préférée*.

Selon les données probantes existantes, la perte de compétences linguistiques est un symptôme fréquent des personnes atteintes de démence et peut entraver leur capacité à exprimer leurs besoins et leurs souhaits en matière de soins. Le décalage entre les souhaits et les préférences en matière de soins des résidents et les déficits cognitifs et leur résultat en matière de soins est souvent exacerbé par la discordance linguistique; c'est-à-dire lorsque le fournisseur ne parle pas la langue préférée du patient ou du résident. On a démontré que la discordance linguistique résulte en une qualité de soins inférieure et des résultats

sous-optimaux en matière de soins, comme des transitions plus lourdes (p. ex. les transferts à l'hôpital) et une mauvaise gestion de la douleur et d'autres symptômes de fin de vie. Alors que la norme 2.4.6 stipule que les fournisseurs devraient faciliter l'accès à des services de traduction et d'interprétation, nos entrevues avec les informateurs clés des SLD ont révélé que l'interprétation est le plus souvent assurée par les familles des résidents ou les proches aidants, qui peuvent ne pas avoir la capacité ou le vocabulaire nécessaires pour fournir une interprétation exacte lors des conversations sur les objectifs des soins. Elles peuvent également être incapables de détacher leurs propres valeurs, préférences et préjugés du processus d'aide au résident pour élaborer son plan de soins individualisé.

Par conséquent, nous recommandons qu'une disposition des lignes directrices de la section 6.2 comprenne des considérations relatives aux conversations essentielles concernant les objectifs en matière de soins et la planification préalable des soins pour les résidents des minorités linguistiques, pour que ces conversations se tiennent dans leur langue préférée. À tout le moins, les résidents des CLOSM devraient recevoir un soutien approprié dans leur langue officielle préférée. Cette disposition peut réduire au minimum la probabilité que les résidents appartenant à des minorités linguistiques reçoivent des soins non conformes à leurs objectifs.

Recommandation 3 : Afin de maintenir le respect de l'équité, de la diversité et de l'inclusion des résidents, les méthodes d'amélioration de la qualité et les plans d'action élaborés et mis en œuvre par les dirigeants et les équipes organisationnels doivent évaluer régulièrement les différences dans les résultats liés aux soins entre les résidents appartenant à des groupes en quête d'équité, y compris les personnes appartenant aux CLOSM.

Nos recherches ont révélé des écarts importants dans la qualité des soins et les résultats des résidents lorsque la discordance linguistique est présente dans les établissements de soins de longue durée. À ce titre, afin de s'assurer que tous les résidents en SLD reçoivent les mêmes soins de grande qualité et les mêmes résultats en matière de soins, nous proposons d'ajouter une norme supplémentaire à l'article 10, stipulant que :

Les gestionnaires de l'établissement et les équipes utilisent des méthodes d'amélioration de la qualité fondées sur des données probantes pour agir sur les renseignements pertinents à propos des variations de la qualité des soins des résidents attribuables aux disparités sociales, économiques, linguistiques

et structurelles.

Recommandation 4 : Compte tenu de la question largement reconnue concernant la pénurie de travailleurs qualifiés en SLD, où l'offre de ressources humaines est peu susceptible de répondre aux besoins linguistiques et aux demandes de tous les résidents, les fournisseurs de SLD devraient s'efforcer de créer des possibilités de formation linguistique et sur la diversité pour le personnel de première ligne, qui s'occupe des CLOSM et d'autres minorités en SLD.

Nous félicitons la Commission sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario de sa recommandation concernant l'élargissement de la prestation des services en français en SLD en Ontario. Dans notre examen des commissions et des enquêtes récentes sur les SLD, il s'agissait du seul rapport qui ait reconnu l'écart de service qui existe actuellement dans notre système de SLD pour les minorités linguistiques de langue officielle et les autres minorités linguistiques. Plus précisément, la Commission a recommandé que :

Pour protéger les droits des francophones dans les établissements de soins de longue durée (SLD), le ministère des Soins de longue durée [Ontario] devrait :

- a. Concevoir et mettre en œuvre une stratégie provinciale visant à accroître les services de SLD en français et à augmenter le nombre de lits dont l'occupante ou l'occupant peut être servi en français, en accordant la priorité aux désignations en vertu de la Loi sur les services en français, et aux désignations culturelles en vertu de l'article 173 du Règlement 79/10 de l'Ontario;*
- b. Adopter une définition claire des « lits occupés par des francophones » qui exclut les établissements de SLD n'ayant pas démontré leur capacité à fournir des services en français.*

Bien que la création de lits dont les occupants peuvent être servis en français soit un objectif vital, puisque nous continuons de renforcer les capacités pour soutenir notre population vieillissante, le développement de cette stratégie et de cette infrastructure prendra des années à venir. De plus, bien que l'Ontario ait récemment adopté la *Loi de 2021 visant à offrir davantage de soins, à protéger les personnes âgées et à ouvrir plus de lits*, les règlements pris en application de cette loi ne visent pas à améliorer les services offerts aux résidents

francophones, malgré les recommandations de la Commission sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée (Radio-Canada, 2021).

Les stratégies axées sur l'éducation et le perfectionnement professionnel de nos employés actuels pourraient mieux répondre aux besoins immédiats des résidents de langue officielle et d'autres minorités ethniques en SLD.

Notre état des lieux a révélé que la disponibilité de ces ressources et services varie considérablement d'une province à l'autre. Le rapport final, qui est intitulé « Commentaires reçus, Rapport final » de janvier 2022 du Groupe CSA a souligné l'importance de fournir des soins culturellement sûrs en SLD ainsi que la nécessité d'accroître l'éducation et la formation de la direction, du personnel, des résidents et des familles afin de permettre de meilleurs soins (Groupe CSA, 2020). Comme notre système actuel repose fortement sur la disponibilité de relations sociales étroites (y compris les membres de la famille et les amis) et le concours de circonstances du personnel multilingue en vue d'offrir un soutien linguistique, nous croyons que l'ajout aux dispositions de la section 9 *Offrir des conditions favorables pour assurer une main-d'œuvre compétente et en santé*, de la nouvelle norme Soins de longue durée de HSO pour renforcer les connaissances et la compétence des travailleurs afin de répondre aux divers besoins linguistiques et culturels des résidents en SLD est essentiel pour rehausser la qualité des soins fournis dans ce cadre. À ce titre, nous recommandons d'inclure la formation sur la diversité dans le cadre du perfectionnement continu des compétences pour les employés des établissements de SLD :

9.1.8 Les gestionnaires de l'établissement démontrent leur soutien à la main-d'œuvre pour les opportunités de formation continue et le cheminement de carrière, ainsi que pour la formation sur la diversité.

En élargissant l'appui à la formation linguistique et culturelle de base et en utilisant des outils comme la *Trousse Embrasser la diversité* des Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (CARI, 2020), il est possible d'accroître les capacités actuelles des SLD afin de répondre aux besoins des résidents des minorités, alors que des établissements plus spécifiques à l'ethnie ou à la langue sont en cours de développement.

Recommandation 5 : En reconnaissance de la contribution des familles et des partenaires de soins désignés à la qualité de vie des résidents en SLD et de leur rôle souvent assumé

d'interprète et de soutien supplémentaire aux résidents, les fournisseurs devraient viser à créer des possibilités de formation pour les familles, les partenaires de soins désignés et les bénévoles qui souhaitent aider les résidents en SLD.

Une des premières mesures stratégiques à être mises en œuvre dans les établissements de SLD au début de la pandémie de COVID-19 était d'interdire aux visiteurs non essentiels d'entrer dans un établissement. La famille et les amis jouent sans aucun doute un rôle important dans la santé et le bien-être général des résidents. Ils fournissent souvent des soins directs aux résidents des établissements de SLD. Toutefois, par souci des visiteurs qui pourraient introduire par inadvertance le virus dans un établissement, dans bien des provinces, les seuls visiteurs autorisés à avoir accès à l'établissement de SLD sont ceux qui ont été considérés comme « essentiels » ou qui ont visité des résidents en fin de vie. La définition de visiteur essentiel a tendance à être étroite (ne comprenant souvent que les membres de la famille immédiate) et variait d'une province à l'autre (Low et coll., 2021).

Bien que ces restrictions aient été levées au fil du temps, elles ont eu des répercussions durables et néfastes sur la qualité de vie et le bien-être des résidents en SLD. L'absence de relations sociales étroites pouvant fournir des services d'interprétation pendant la prestation des soins peut avoir également compromis la qualité des discussions liées aux soins pendant la pandémie.

Compte tenu de l'importance de leur rôle pour le bien-être d'un résident, nous recommandons une disposition supplémentaire à la sous-section 2.3 qui stipule :

L'équipe fournit aux proches aidants une formation appropriée pour leur permettre de participer adéquatement et en toute sécurité aux soins du résident.

En outre, en plus de fournir aux résidents la possibilité d'identifier un proche aidant, nous recommandons que le fournisseur et l'équipe de soins participent à l'identification des proches aidants par les résidents pour appuyer leurs soins et la facilitent de façon proactive :

Les gestionnaires de l'établissement de soins de longue durée et les équipes ont des politiques et des procédures en place pour soutenir la participation des résidents et leur décision relative à un proche aidant, qui sont

harmonisées aux objectifs et aux principes de planification préalable des soins.

Nous croyons que des soins de grande qualité pour les résidents en SLD doivent impliquer leur famille ou les partenaires de soins désignés. Par conséquent, les proches aidants des résidents devraient avoir accès à une formation et à des ressources appropriées pour les aider à offrir des soins et leur permettre de continuer à soutenir les résidents issus des CLOSM et les autres résidents membres de minorités, en toute sécurité et efficacement, même en périodes d'éclosion au sein de l'établissement ou en cas de pandémie.

9 Conclusions

Dans le présent rapport, nous avons présenté une synthèse rapide du paysage actuel sur les expériences en matière de soins pour les minorités de langues officielles et les autres minorités linguistiques au Canada, ainsi que des publications internationales existantes sur les expériences différentes des populations minoritaires en SLD. La recherche sur les obstacles à l'accès aux SLD et les variations de l'expérience en matière de soins de ces populations est peu abondante, à l'échelle internationale, et l'on en trouve encore moins au Canada.

Les recherches ont montré que les barrières linguistiques peuvent avoir une incidence négative sur l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que sur les résultats pour la santé d'un patient. L'établissement d'un environnement approprié à la culture, en fournissant des soins aux résidents en SLD dans leur langue préférée, est essentiel pour offrir des services de SLD de qualité.

Au-delà des recommandations qui se rapportent spécifiquement à la nouvelle norme nationale en matière de services, nous avons constaté qu'il y a un manque général de recherche sur les besoins, les expériences et les résultats des populations minoritaires en SLD. Mais la recherche sur les minorités pose certaines difficultés. Plus particulièrement, les « minorités » sont définies en fonction de leur contexte, ce qui rend difficile de résumer et de généraliser les différents contextes culturels, en particulier à mesure que les attitudes, les croyances et les lois en matière de discrimination ont évolué au fil du temps (Mack et coll., 2019). Bien que les conclusions d'autres pays soient susceptibles de s'appliquer à notre compréhension générale des obstacles que peuvent rencontrer les aînés des CLOSM lorsqu'ils cherchent ou reçoivent des SLD, les minorités de langue officielle du Canada sont confrontées à des difficultés

uniques. Par exemple, dans notre examen de la documentation actuelle, aucune étude ne porte sur les anglophones en tant que groupe minoritaire de langue officielle en SLD, comme c'est le cas au Québec ou dans les établissements de SLD à prédominance francophone des provinces ou territoires qui possèdent ces établissements ethnoculturels. En outre, nous avons observé qu'il y a souvent une simplification excessive ou un manque de profondeur dans les conclusions de cette littérature, car elle ne met pas en évidence ceux qui vivent le chevauchement de plus d'un statut minoritaire. Par exemple, les disparités raciales peuvent être plus prononcées pour les populations d'immigrants qui sont confrontées à des barrières culturelles et linguistiques. Ainsi, la catégorisation des personnes uniquement en fonction de la race ou de la langue peut décrire incorrectement une population diversifiée qui partage une langue ou une culture commune.

Bien que l'objectif principal de notre recherche ait été les CLOSM au Canada, nous avons observé qu'il y avait beaucoup d'autres populations minoritaires sous-représentées dans la littérature existante, comme les populations de minorités religieuses, les populations autochtones ou bispirituelles et les membres des communautés LGBTQ+. Ces chevauchements doivent être envisagés, de même que les barrières linguistiques, afin de nous assurer que nous adoptons vraiment une approche qui englobe l'équité, la diversité et l'inclusion.

L'élaboration de solutions efficaces et durables pour corriger la situation des SLD exige une compréhension des lignes directrices réglementaires régissant la prestation de soins dans ce secteur, des pratiques et des défis opérationnels des établissements de SLD et de la population de plus en plus diversifiée d'adultes âgés qui ont besoin du soutien dans ce contexte et le reçoivent. Cette situation est difficile en raison des questions soulevées plus tôt dans le rapport, notamment le chevauchement des statuts de minorité des personnes, le manque de recherches sur les SLD et les communautés en situation minoritaire, et la variation des soins de santé canadiens entre les provinces et les territoires. L'amélioration de la santé et des soins de santé pour les communautés minoritaires du Canada, en particulier les communautés linguistiques en situation minoritaire, ont besoin d'un changement majeur de la pratique et de l'investissement dans les soins et la recherche adaptés à la culture. Le présent état des lieux visait à éclairer la nouvelle norme de services nationale sur les SLD; pourtant, ce n'est que le début d'une tâche plus importante qui nous attend. En révélant les lacunes vécues par les communautés minoritaires lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de SLD, nous

espérons que cette synthèse de données appuiera une approche équitable, diversifiée et inclusive de l'amélioration future des SLD au Canada.

Dr^e Amy T. Hsu, Ph. D., est titulaire de la chaire de l'Institut de recherche sur le cerveau et l'esprit-Bruyère de l'Université d'Ottawa en soins de santé primaires en démence, et membre du Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. Sa recherche utilise de vastes bases de données administratives sur la santé pour comprendre les besoins et l'utilisation des soins de santé par les Canadiens âgés dans le continuum des soins de longue durée, des soins à domicile et de fin de vie.

Alix Ménard, BHSc, est étudiante en maîtrise à l'École interdisciplinaire des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, où elle se spécialise dans la gestion de la douleur chronique dans les soins de longue durée pour les personnes âgées atteintes de démence.

Mary Scott, BA MSc, est coordonnatrice de la recherche à l'Institut de recherche Bruyère. Elle possède une vaste expérience de l'utilisation de sources de données sur la population pour décrire et analyser les tendances de l'utilisation des soins de santé pour les populations âgées et vulnérables et qui sont en fin de vie.

Bruyère est un organisme de soins de santé universitaire réparti sur plusieurs sites, qui maximise la qualité de vie et aide les gens à rester chez eux et à y retourner. Nous offrons un vaste éventail de services dans les domaines du vieillissement, de la réadaptation, des soins médicaux complexes, des soins palliatifs, des soins en établissement et des soins primaires. Notre recherche conduit à une innovation constante dans les services que nous fournissons, en mettant l'accent sur la prestation de soins qui favorisent l'indépendance. Ce travail est renforcé par notre Fondation, qui partage notre histoire et recueille des fonds avec le soutien de notre généreuse communauté.

Références

Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.S.Q. chapitre S-4.2. (2021).

Batista, R., D. Prud'homme, A.T. Hsu, E. Guérin, L. Bouchard, E. Rhodes, R. Talarico, J. Desaulniers, D. Manuel, et P. Tanuseputro. (2019). « The Health Impact of Living in a Nursing Home With a Predominantly Different Spoken Language », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 20, n° 12, p. 1649–1651.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.003>

Batista, R., D. Prud'homme, E. Rhodes, A. Hsu, R. Talarico, M. Reaume, E. Guérin, L. Bouchard, J. Desaulniers, D. Manuel, et P. Tanuseputro. (2021). « Quality and Safety in Long-Term Care in Ontario: The Impact of Language Discordance », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 22, n° 10, p. 2147–2153.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.007>

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2021). *Progress review of COVID-19 response in long-term care released*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse :
<https://news.gov.bc.ca/releases/2021HLTH0019-000129>

Bouchard, L., et M. Desmeules. (2013). « [Linguistic minorities in Canada and health] », *Healthcare Policy = Politiques De Sante*, vol. 9 (numéro spécial), p. 38-47.

Bowen, S. (2003). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>

Soins continus Bruyère. (2022). *Partenaire en soins désigné*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : https://www.bruyere.org/fr/Partenaire_soins

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016). *Difficultés liées à la prestation de soins aux personnes âgées atteintes de démence en soins de longue durée*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-en-soins-de-longue>

ICIS. (2022). *Les soins de longue durée et la COVID-19 : les 6 premiers mois*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.cihi.ca/en/long-term-care-and-covid-19-the-first-6-months>

Cohen, L. W., S. Zimmerman, D. Reed, P.D. Sloane, A.S. Beeber, T. Washington, J.G. Cagle, et L.P. Gwyther. (2014). « Dementia in Relation to Family Caregiver Involvement and Burden in Long-term Care », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 33, n° 5, p. 522–540.
<https://doi.org/10.1177/0733464813505701>

Groupe CSA. (2022). *Commentaires reçus, Rapport final*. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : <https://www.csagroup.org/wp-content/uploads/CSA-WWH-FinalReport->

- de Moissac, D., et S. Bowen. (2019). « Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada », *Journal of Patient Experience*, vol. 6, n° 1, p. 24–32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- Dressler, D., et P. Pils. (2009). « A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria », *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 14, p. 1181–1190. <https://doi.org/10.1080/09638280902773786>
- Emploi et Développement social Canada. (2016). *Gouvernement du Canada – Mesures destinées aux aînés*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/mesures-destinees-aines.html>
- Forgues, É., M. Doucet, et J.G. Noël. (2011). « L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être », *Canadian Journal on Aging*, vol. 30, n° 4, p. 603–616. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000407>
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. (2020). *Rapport sur l'accès aux soins de longue durée en français dans la région de Champlain*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : https://www.rssfes.on.ca/upload-ck/Rapport_FR_SLD_2020.pdf
- Gouvernement de l'Alberta. (2017). *French policy*. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : <https://open.alberta.ca/dataset/9818af69-7a54-43af-9d91-f899745d864c/resource/fbc613c8-aa52-4669-a3f9-80192a0a1283/download/french-policy-english.pdf>
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2021). *Programme des affaires francophones*. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/office-of-the-premier/intergovernmental-relations-secretariat/en-francais/programme-des-affaires-francophones>
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. *French language services policy*. (n.d.). Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : https://www.gov.nl.ca/dgsnl/files/FLS-Policy_2021_EN.pdf
- Gouvernement de l'île-du-Prince-Édouard. (2018). *Acadian and Francophone Affairs French Language Services Act Annual Report [Rapport annuel sur la Loi sur les services en français du Secrétariat aux affaires acadiennes et francophones]*. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : <https://www.princeedwardisland.ca/fr>
- Gui, T. et T. Koropeckyj-Cox. (2016). « "I Am the Only Child of my Parents:" Perspectives on Future Elder Care for Parents among Chinese only-Children Living overseas », *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 31, n° 3, p. 255-275. <https://doi.org/10.1007/s10823-016-9295-z>

- Santé Canada. (2013). *Programme pour les langues officielles en santé*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-canada-programme-contribution-pour-langues-officielles-sante.html>
- Health Standards Organization. (2020). *HSO 21001:2020 (E) Long-Term Care Services*. Ottawa (Ontario), Health Standards Organization.
- Health Standards Organization. (2022). *CAN/HSO 21001:2022 (F) Soins de longue durée (Version préliminaire pour examen public)*. Consulté le 27 janvier 2022 à l'adresse : <https://healthstandards.org/files/30-Standard-FR-LTC-Public-Review-26Jan2022.pdf>
- Excellent en santé Canada. (2020). *Revue de la littérature : les proches aidants comme partenaires de soins*, consulté le 2 février 2022 à l'adresse : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/essentiels-ensemble/revue-de-la-litterature-les-proches-aidants-comme-partenaires-de-soins-essentiels/>
- Excellence en santé Canada. (2021). *Policy Guidance for the Reintegration of Caregivers as Essential Care Partners: Executive Summary and Report*, Ottawa, Ontario, Excellence en santé Canada.
- Hwang, T. J., K. Rabheru, C. Peisah, W. Reichman, et M. Ikeda. (2020). « Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic », *International Psychogeriatrics*, vol. 32, n° 10, p. 1217– 1220.
- Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) (2021). *Nouvelle voie vers la résidence permanente pour plus de 90 000 travailleurs temporaires essentiels et diplômés étrangers*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2021/04/nouvelle-voie-vers-la-residence-permanente-pour-90000travailleurs-temporaires-essentiels-et-diplomes-etrangers.html>
- Keating, N., J. Fast, D. Dosman, et J. Eales. (2001). « Services provided by informal and formal caregivers to seniors in residential continuing care », *Canadian Journal on Aging*, vol. 20, n° 1, p. 23–45. <https://doi.org/10.1017/S0714980800012125>
- Lai, D. W. L. (2008). « Intention of Use of Long-Term Care Facilities and Home Support Services by Chinese-Canadian Family Caregivers », *Social Work in Health Care*, vol. 47, n° 3, p. 259–276. <https://doi.org/10.1080/00981380801985382>
- Loi sur les langues*, LRY 2002 c 133.
- Low, L-F., et D. LoGiudice. (2018). « Residents from non-English-speaking countries of birth in Australian aged care facilities », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 37, n° 3, E85–E90. <https://doi.org/10.1111/ajag.12527>
- Low, L-F., K. Hinsliff-Smith, S. Sinha, N. Stall, H. Verbeek, J. Siette, B. Dow, R. Backhaus, K. Spilsbury, J. Brown, A. Griffiths, A. Bergman, A. Comas-Herrera. (2021). *Safe visiting at care homes during COVID-19: A review of international guidelines and emerging practices during the COVID-19 pandemic*. LTCcovid.org, International Long-Term Care

Policy Network, CPEC-LSE. Consulté le 1^{er} février 2022 à l'adresse : <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/01/Care-home-visiting-policies-international-report-19-January-2021-1.pdf>

Mack, D. S., B.M. Jesdale, C.M. Ulbricht, S.N. Forrester, P.S. Michener, et K.L. Lapane. (2019). « Racial Segregation Across U.S. Nursing Homes: A Systematic Review of Measurement and Outcomes », *The Gerontologist*, vol. 60, n° 3, p. 1–14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz056>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Services à la population d'expression anglaise et Services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/en/ministere/saslacc/>

Metz, N. (2007). *Culturally sensitive long-term care for Japanese Canadians* [Master's Thesis, Trinity Western University]. Bibliothèque et Archives Canada.

Loi sur les langues officielles, LN-B. c O-0.5. (2002).

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. (2021). *Préparation et gestion en lien avec la COVID-19, Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/specialreports/specialreports-fr.html>

Loi sur les services en français, SNS 2004 26 c.

Loi sur les langues officielles, Codification de, SNu. 2008 c 10.

Ontario Association of Residents' Councils (OARC). (2012). *Déclaration des droits des résidents – Traduction*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://www.ontarc.com/residents-bill-of-rights/translations.html>

Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario. (2022). *Partenaires de soins : trousse de pandémie*. Consulté le 24 janvier 2022, à l'adresse : <https://ontariocaregiver.ca/fr/partenairesdesoins/>

Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (CARI). (2020). *Trousse Embrasser la diversité*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://clri-ltc.ca/fr/resource/embrasser-la-diversite/>

Commission sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. (2021). *Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission: Final Report*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : https://www.ltccommission-commissionsld.ca/report/pdf/20210623_LTCC_AODA_EN.pdf

Palència, L., C. Borrell, et D. Malmusi. (2021). *Incorporating intersectionality in evaluation of policy impacts on health equity*. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse : <https://www.betterevaluation.org/en/resources/incorporating-intersectionality-evaluation-policy-impacts-health-equity>

Qureshi, D., C. Schumacher, R. Talarico, J. Lapenskie, P. Tanuseputro, M. Scott, et A. Hsu. (2021). Describing Differences Among Recent Immigrants and Long-Standing Residents Waiting for Long-Term Care: A Population-Based Retrospective Cohort Study. *Journal of*

the American Medical Directors Association, vol. 22, n° 3, p. 648–655.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.018>

Loi de 2021 visant à offrir davantage de soins, à protéger les personnes âgées et à ouvrir plus de lits, L.O. chap. 39.

Radio-Canada. (2021). *Ontario : Pas de mention sur les services en français dans la refonte des foyers SLD*. Consulté le 24 janvier 2022 à l'adresse : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1835265/soins-longue-duree-ontario-aines-projet-loi>

Ross, M., A. Carswell, et W. Dalziel. (2001). Family caregiving in long-term care facilities. *Clinical Nursing Research*, vol. 10, n° 4, 347–363.

Sagbakken, M., R.S. Spilker, et T.R. Nielsen. (2018). Dementia and immigrant groups: A qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia. *BMC Health Services Research*, 18, n° 1, p. 910.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3720-7>

Société Santé en français (2022). *Ressources et outils*. Consulté le 2 février 2022, à l'adresse <https://www.santefrancais.ca/reseaux/ontario/>

Statistique Canada. (2017). *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2017002-fra.htm>

Statistique Canada. (2020). *Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043)*. https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-41/publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/91-520-x2019001-fra.pdf

Sussman, T., S. Brotman, H. Macintosh, L. Chamberland, J. Macdonnell, A. Daley, J. Dumas, et M. Churchill. (2018). « Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective Background and Literature Review », *Canadian Journal on Aging*, vol. 37, n° 2, p. 121–132.
<https://doi.org/10.1017/S0714980818000077>

Um, S. (2016). *The Cost of Waiting for Care: Delivering Equitable Long-Term Care for Toronto's Diverse Population*, Wellesley Institute. Consulté le 2 février 2022 à l'adresse : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2016/05/The-Cost-of-Waiting-For-Care.pdf>

Um, S. G., et N. Lightman. (2017). *Seniors' Health in the GTA: How immigration, language, and racialization impact seniors' health*, Toronto: Wellesley Institute. Consulté le 2 février 2022 à l'adresse : <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/seniors-health-in-the-gta-how-immigration-language-and-racialization-impact-seniors-health/>

Remerciements

L'équipe de recherche tient à souligner la contribution des personnes et des informateurs clés suivants et les points de vue précieux qu'ils apportent :

Province et territoire	Nom et titre	Affiliation(s)
Canada	Antoine Désilets, directeur général	Société Santé en Français
Terre-Neuve-et-Labrador	Greg Noseworthy, avocat	Portail des francophones de Terre-Neuve-et-Labrador
Nouvelle-Écosse	Pierre Roisé, directeur	Réseau Santé Nouvelle-Écosse
Nouveau-Brunswick	Estelle Lanteigne, directrice	Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
Québec	Fabienne Coullerez, coprésidente	Accès Résidences pour nos aînés
Québec	Lorraine O'Donnell, associée de recherche	Réseau de recherche sur les communautés québécoises d'expression anglaise (QUESCREN)
Ontario	Michelle Fleming, courtier du savoir	Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation (CARI) pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario
Ontario	Vimal Kurian, directeur de la qualité et du rendement	Yee Hong Centre for Geriatric Care
Ontario	Julie Lantaigne, directrice générale, et Geneviève Laferrière, coordinatrice de projet	Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
Ontario	Lisa Levin, chef de la direction	AdvantAge Ontario
Ontario	Olivia Nero, directrice associée	AdvantAge Ontario
Ontario	Zsofia Orosz, gestionnaire	Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (CARI) à Bruyère
Ontario	Lisa Salapatek, directrice exécutive, partenariats stratégiques et innovation	Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario
Saskatchewan	Frédérique Baudemont, directrice	Société Santé en Français Saskatchewan
Saskatchewan	Eric Lefol, directeur	Vitalité 55+ Saskatchewan
Alberta	Paul Denis, directeur	Société Santé en Français Alberta

Province et territoire	Nom et titre	Affiliation(s)
Nunavut	Jérémy Roberge, directeur général	Réseau de santé en français au Nunavut (RÉSEFAN)

Veillez noter que les analyses et les conclusions du présent document ne reflètent pas nécessairement celles des personnes ou des organisations mentionnées ci-dessus.

Les auteurs tiennent également à remercier nos collègues qui ont mené d'importantes recherches dans ce domaine, y compris les docteurs Denis Prud'homme, Louise Bouchard, Ricardo Batista, Eva Guérin, Peter Tanuseputro, Colleen Webber et Douglas Manuel. Ils sont des chefs de file dans la recherche qui a permis d'élucider les disparités dans l'utilisation des soins de santé et les résultats dans les populations vulnérables et mal desservies au Canada.

Cette recherche a également été appuyée par une équipe de chercheurs et d'étudiants, notamment : Robert Talarico, Alain Mayhew, Danial Qureshi, Emily Rhodes, Michael Reaume, Julie Lapenskie, Sarah Carson, Bradley Quach, Ahwon Jeong, Nicole Shaver, Karine Riad, Amy Ramzy, Annie Sun, Prabasha Rasaputra, Maya Murmann et Anna Cooper-Reed.

Annexe I : Lois et politiques touchant l'accès aux services et aux soutiens dont ont besoin les CLOSM au Canada

Nous résumons brièvement ici le rôle des lois ou des politiques existantes qui peuvent influencer sur l'accès aux services et aux soutiens dont ont besoin les CLOSM partout au Canada :

- À Terre-Neuve-et-Labrador, le Bureau des services en français supervise la mise en œuvre de la Politique sur les services en français de Terre-Neuve-et-Labrador et est responsable du renforcement des capacités en matière de prestation de services en français. La Fédération des francophones de Terre-Neuve et du Labrador représente la communauté francophone à la fois aux échelons provincial et fédéral et est directement responsable de la coordination des services provinciaux propres aux soins de santé (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, n.d.).
- Le Secrétariat aux affaires acadiennes et francophones de l'Île-du-Prince-Édouard fait la promotion de la conformité à la *Loi sur les services en français* de l'Île-du-Prince-Édouard et conseille le gouvernement provincial sur la prestation de programmes et de services en français, tandis que la Société Saint-Thomas-d'Aquin assure la cohérence entre les actions des intervenants gouvernementaux et les intérêts de la communauté francophone (gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, 2018).
- En Nouvelle-Écosse, l'Office des affaires acadiennes et de la francophonie de la Nouvelle-Écosse est un produit de la *Loi sur les services en français* de la Nouvelle-Écosse et appuie les ministères, organismes et sociétés d'État du gouvernement dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de services aux francophones. La Fédération acadienne de la Nouvelle-Écosse veille également à ce que les intérêts des francophones de la Nouvelle-Écosse soient respectés dans toute la province.
- Au Nouveau-Brunswick, le Commissariat aux langues officielles du Nouveau-Brunswick fait la promotion de la prestation de services en français et en anglais en vertu de la *Loi sur les langues officielles* de la province, et la Direction de la Francophonie et des Langues officielles du ministère des Affaires intergouvernementales du Nouveau-Brunswick travaille en étroite collaboration avec les institutions gouvernementales pour promouvoir

les activités francophones dans toute la province.

- Au Québec, le Secrétariat aux relations avec les Québécois d'expression anglaise, sous la responsabilité du premier ministre, est chargé de veiller à ce que les préoccupations des Québécois de langue anglaise soient prises en compte dans les orientations et les décisions gouvernementales en collaboration avec les ministères et organismes gouvernementaux. Le Quebec Community Groups Network favorise également le dialogue entre les institutions et les dirigeants francophones et anglophones. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que les institutions doivent tenir compte de la diversité linguistique de la région, y compris fournir des services de santé et des services sociaux en anglais. Des établissements désignés pour les services sociaux sont disponibles pour les personnes anglophones vivant au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).
- En Ontario, le ministère des Affaires francophones, produit de la *Loi sur les services en français* de l'Ontario, est chargé d'élaborer des services, des politiques et des programmes en français, et l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario est la principale voix politique des Franco-Ontariens et représente la communauté sur la scène politique (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, 2020). La *Loi sur les services en français*, établie en 1990, énonce les exigences relatives à la prestation de services en français. La Société Santé en français est une société financée par l'État qui favorise un accès équitable aux soins de santé. Les réseaux de santé en français en Ontario sont identifiés et comportent des ressources et des projets en cours décrits dans les domaines respectifs. (Société Santé en français, 2022).
- Au Manitoba, le Secrétariat aux affaires francophones appuie toutes les activités du gouvernement provincial concernant les services en français conformément à sa Politique sur les services en français, tandis que la Société de la francophonie manitobaine milite en faveur de nouvelles lois et politiques favorisant le développement des services en français dans l'ensemble de la province.
- La Direction des affaires francophones de la Saskatchewan assure la liaison entre la communauté fransaskoise et le gouvernement de la Saskatchewan et appuie la prestation de services en français. L'Assemblée communautaire fransaskoise sensibilise la population à la langue française dans toute la province et défend la communauté fransaskoise.

- En Alberta, le Secrétariat francophone de l'Alberta est chargé de promouvoir la langue française conformément à la Politique en matière de francophonie de l'Alberta (gouvernement de l'Alberta, 2017), et l'Association canadienne-française de l'Alberta collabore au développement de la communauté francophone de la province.
- Le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis sur pied le Programme des affaires francophones pour appuyer la prestation des services en français dans la province et a une carte interactive qui répertorie les professionnels de la santé qui offrent des services en français, et la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique défend les droits et les intérêts des Franco-Colombiens et travaille à accroître la prestation des services en français dans toute la province (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2021).
- Au Yukon, la Direction des services en français du Yukon appuie les ministères et organismes gouvernementaux dans leurs responsabilités en vertu de la *Loi sur les langues*, tandis que l'Association franco-yukonnaise veille à ce que ces entités s'acquittent de leurs obligations envers la communauté francophone.
- Le Secrétariat aux affaires francophones des Territoires du Nord-Ouest travaille conformément à la *Loi sur les langues officielles* des Territoires du Nord-Ouest et gère les Services TNO, qui fournit des services gouvernementaux en français aux citoyens des Territoires du Nord-Ouest. Ce territoire comprend également le Commissariat aux langues des Territoires du Nord-Ouest et la Fédération franco-ténoise des Territoires du Nord-Ouest qui représentent les intérêts supérieurs de la communauté francophone (ainsi que d'autres communautés de langue officielle reconnues dans ce territoire) aux niveaux territorial et fédéral.
- Enfin, au Nunavut, le Commissaire aux langues du Nunavut est régi par la *Loi sur les langues officielles* du Nunavut et protège les droits linguistiques des Nunavummiuts parlant le français avec l'aide de l'Association des francophones du Nunavut.

Annexe II : Résumé des conclusions des examens systématiques

Accès, attentes et préférences pour toute population de minorité visible

Au total, 63 études ont été incluses dans notre examen systématique international sur l'accès aux SLD pour les populations de minorités visibles (**tableau supplémentaire 1**). Parmi ces études, 18 ont examiné les attentes et les préférences en matière de placement futur des populations de minorités visibles en SLD (**tableau supplémentaire 2**). Les données probantes ont été réparties sur 10 pays : États-Unis (n=41), Canada (n=7), Norvège (n=3), Australie (n=2), Suède (n=2), Belgique (n=1), Hong Kong (n=1), Pays-Bas (n=1), Taïwan (n=1) et Royaume-Uni (n=1).

Dans l'ensemble, les résultats des études quantitatives, principalement menées aux États-Unis, indiquent que la probabilité d'admission de certaines populations de minorités visibles en SLD semble être très variable, mais qu'elle est toujours plus faible chez les groupes de minorités visibles par rapport à la majorité de la population. Certaines études n'ont fait état d'aucune différence au niveau des admissions et bon nombre ont indiqué des possibilités d'admission en SLD nettement plus faibles pour les populations de minorités visibles. L'incompatibilité entre les études peut être attribuée à l'hétérogénéité dans les conceptions de l'étude, les mesures des résultats et les populations de minorités visibles comparées.

D'après la recherche qualitative, il y a eu des preuves d'obstacles à l'accès aux SLD pour les populations de minorités visibles, et de nombreuses études ont révélé un manque de connaissance et de satisfaction à l'égard des services de SLD. Les obstacles signalés ont été décrits selon les thèmes suivants : barrières linguistiques, culture, soutien familial, peur et méfiance. Les obstacles structurels, la précision et l'exactitude des services de traduction et d'interprétation, ainsi que le style et la manière des traducteurs individuels ont été déterminés par une étude qualitative menée en Australie sur l'incidence de la discordance linguistique sur l'inscription à un centre de soins palliatifs (Dressler et Pils, 2009). Ces résultats suggèrent qu'il peut y avoir chevauchement dans l'expérience des minorités à l'extérieur du Canada et dans les obstacles systémiques qui existent. Ces résultats qualitatifs peuvent expliquer les taux et les probabilités d'admission plus faibles en SLD chez les groupes minoritaires observés dans

les études quantitatives.

Il existe peu d'études canadiennes sur l'accès aux SLD pour les populations minoritaires (Brotman et coll., 2003; Forgues et coll., 2011; Gui et Koropecj-Cox, 2016; Kortés-Miller et coll., 2018; Lai, 2008; Metz, 2004; Qureshi et coll., 2021). De nombreuses études ont fait état d'un manque d'accès, de connaissance et de satisfaction à l'égard des services de SLD comme justification de l'étude; toutefois, aucune conclusion n'a pu être tirée étant donné le large éventail de modèles d'étude et de populations minoritaires.

Il existe un certain nombre de populations minoritaires uniques qui résident au Canada, y compris celles qui s'identifient comme faisant partie de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre, queer et bispirituelle (LGBTQ+). Ces communautés partagent souvent des défis similaires à ceux des minorités linguistiques et ethniques lorsqu'elles ont accès aux soins de santé. Dans une étude qualitative de Brotman et coll., on a constaté que les membres des populations LGBTQ+ craignaient qu'ils ne soient pas acceptés par le personnel et les autres résidents des établissements, et les adultes plus âgés ont fait état de fortes craintes que le fait de s'identifier comme LGBTQ+ ne crée un environnement dangereux, des soins négligents et un isolement social. Une formation professionnelle et continue a été suggérée afin de promouvoir la sensibilisation culturelle des groupes LGBTQ+ dans les foyers de soins de longue durée (Brotman et coll., 2003).

Tableau supplémentaire 1. Études (60 articles de recherche originaux et 3 examens) portant sur l'accès aux soins de longue durée et les préférences pour le placement futur dans les populations de minorités visibles (n=63)

Auteur, année, pays	Conception de l'étude/population(s) en situation minoritaire	Évaluation de la qualité	Taille de l'échantillon	Catégorie*
Ahaddour et coll., 2015; Belgique	Examen / migrants turcs et marocains	Passable	21 articles	2
Ahmed et coll., 2003; États-Unis	Transversale / Noirs [sic]	Bonne	985	1
Ahmed et coll., 2006; États-Unis	Transversale / Noirs à non noirs [sic] ou hispaniques à blancs non hispaniques [sic]	Bonne	19,271	1
Akamigbo et Wolinsky, 2006; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs [sic]	Excellente	6,242	1,2
Akamigbo et Wolinsky, 2007; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs [sic]	Excellente	6,242	1
Akamigbo, 2007; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs [sic]	Excellente	6,242	1
Andel et coll., 2007; États-Unis	Cohorte rétrospective / Non-blancs [sic]	Bonne	1,943	1
Angel et coll., 2003; États-Unis	Cohorte rétrospective / Mexicains Américains	Bonne	956	1
Angel et coll., 2004; États-Unis	Cohorte rétrospective / Mexicains Américains	Bonne	3,050	1
Arora et coll., 2020; Norvège	Qualitative / Soignantes pakistanaises	Excellente		2
Aykan et coll., 2002; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Bonne	6,954	1
Basic et coll., 2017; Australie	Cohorte prospective / Immigrants	Excellente	2,180 admissions	1
Baxter et coll., 2001; États-Unis	Transversale / Hispaniques en milieu rural	Excellente	1,433	1
Berridge et Mor, 2017; États-Unis	Transversale / Noirs [sic]	Excellente	8,245	1

Auteur, année, pays	Conception de l'étude/population(s) en situation minoritaire	Évaluation de la qualité	Taille de l'échantillon	Catégorie*
Brotman et coll., 2003; Canada	Qualitative / LGBTQ+	Excellente	32	2
Cai et coll., 2009; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	5 980	1
Chui et coll., 2019;	Qualitative / Népalais vivant à Hong Kong	Excellente		2
Chung et coll., 2008; Taiwan	Transversale / Habitants du continent, populations holo taiwanaise et Hakka taiwanaise	Excellente	562	2
Czapka et Sagbakken, 2020; Norvège	Qualitative / adultes plus âgés qui sont des migrants vivant en Norvège	Excellente		2
Duffy et coll., 2006; États-Unis	Qualitative / musulmans arabes, chrétiens arabes, hispaniques, noirs et blancs	Excellente	73	2
Forgues et coll 2011; Canada	Transsectionnels / Francophones au Nouveau-Brunswick	Bonne	485 foyers de soins infirmiers	1
Friedman et coll., 2005; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	4 646	1
Gandhi et coll., 2017	Cohorte rétrospective / Non-blancs [sic]	Excellente	84 212	1
Gaugler et coll., 2004; États-Unis	Cohorte rétrospective / Afro-Américains	Bonne	667	1
Gaugler et coll., 2006; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	8 125	1
Goodwin et coll., 2011; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Bonne	1 149 568	1
Gui et Koropecyj-Cox, 2016; Canada	Qualitative / Chinois canadiens ayant des parents âgés en Chine	Excellente	20	2
Hanssen et Tran, 2018; Norvège	Qualitative / adultes plus âgés qui sont des migrants vivant en Norvège	Bonne	45	2

Auteur, année, pays	Conception de l'étude/population(s) en situation minoritaire	Évaluation de la qualité	Taille de l'échantillon	Catégorie*
Harris, 2007; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	140 744	1
Harris et Cooper, 2006; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	137 632	1
Heikkilä et Ekman, 2003; Suède	Qualitative / Finlandais vivant en Suède	Excellente	39	2
Herat-Gunaratne et coll., 2020; Royaume-Uni	Qualitatif / Femmes bangladaises et aidantes naturelles indiennes vivant en Angleterre	Bonne	10	2
Mac Innes, 2020; Suède	Cohorte rétrospective / migrants plus âgés	Passable	Population suédoise utilisant les soins à domicile 65 ans ou plus	1
Iwasaki et coll., 2016; États-Unis	Transversale / Japonais américains	Bonne	499	2
Jackson et coll., 2008; États-Unis	Transversale / LGBTQ+	Bonne	319	2
Jang et coll., 2008; États-Unis	Transversale / Américains d'origine coréenne	Passable	427	2
Jenkins Morales et Robert, 2020;	Cohorte rétrospective / Noirs [sic]	Bonne	5 212	1
Kersting, 2001; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs à non-Noirs [sic] ou Hispaniques aux Blancs non hispaniques [sic]	Bonne	7 541	1
Kersting (a) 2001; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs à non-Noirs [sic] ou Hispaniques aux Blancs non hispaniques [sic]	Bonne	7 527	1
Kortes-Miller et coll., 2018; Canada	Qualitative / Adultes âgés de minorité sexuelle et de genre	Bonne	3 groupes de discussion	2
Lai 2004; Canada	Transversale / Chinois canadiens	Bonne	2 272	2
Lehnert et coll., 2019	Examen / Tous les adultes plus âgés admissibles aux SLD	Passable	59 articles	2

Auteur, année, pays	Conception de l'étude/population(s) en situation minoritaire	Évaluation de la qualité	Taille de l'échantillon	Catégorie*
Liu et coll., 2007; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	136 205	1
Mahieu et coll., 2019	Examen / Personnes LGBT	Passable	18 articles	2
McCormick et coll., 2002; États-Unis	Étude transversale/ Américains d'origine japonaise	Excellente	1 244	2
McLaughlin et coll., 2016; États-Unis	Transversale / musulmans aux États-Unis	Bonne	167	2
Metz et Naoko, 2007; Canada	Qualitative / Canadiens d'origine japonaise	Excellente	12	2
Miller et coll., 2011; États-Unis	Essai clinique randomisé prospectif, analysé en tant que cohorte / Noirs, Hispaniques, Latinos, non Blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	418	1
Min, 2005; États-Unis	Transversale / Américains d'origine coréenne	Excellente	144	2
Putney et coll., 2018; États-Unis	Qualitative / LGBTQ+	Excellente	50	2
Quigley, 2017; États-Unis	Qualitative / LGBTQ+	Excellente	15	2
Qureshi et coll., 2020; Canada	Cohorte rétrospective / immigrants récents à des résidents de longue date	Excellente	56 031	1
Riley, 2019; États-Unis	Qualitative / Femmes afro-américaines	Excellente	11	2
Rodriguez, 2004; États-Unis	Qualitatif / Hispaniques	Excellente	30	2
Sharma, 2017; États-Unis	Transversale / Noirs [sic]	Excellente	595 676	1
Spillman and Long, 2009; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	1 006	1
Stein et coll., 2010; États-Unis	Étude qualitative/ LGBTQ+	Excellente	16	2

Auteur, année, pays	Conception de l'étude/population(s) en situation minoritaire	Évaluation de la qualité	Taille de l'échantillon	Catégorie*
Stevens et coll., 2004; États-Unis	Cohorte prospective / Noirs [sic]	Excellente	215	1
Temple et coll., 2010; États-Unis	Cohorte rétrospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Bonne	2 466	1
Tenand et coll., 2020; The Pays-Bas	Cohorte rétrospective / Immigrants	Bonne	616 934	1
Travers et coll., 2020; États-Unis	Qualitative / Populations afro-américaines, hispaniques et autres personnes appartenant à des populations minoritaires	Bonne	464	2
Waling et coll., 2019; Australie	Étude qualitative/ LGBTQ+	Bonne	33	2
Yaffe et coll., 2002; États-Unis	Cohorte prospective / Noirs, Hispaniques, Latinos, non-blancs ou autres groupes [sic]	Excellente	3 859	1

* Catégories : 1 = Proportion des populations dans les foyers de soins infirmiers et influence de la situation de minorité visible sur les placements et 2 = Attentes et préférences; † Nous n'avons pas d'outil approprié pour évaluer la qualité d'une étude de cas.

Tableau supplémentaire 2. Études sur les attentes et les préférences en matière de SLD chez les personnes appartenant à des populations en situation minoritaire

Auteur, année, pays	Conception de l'étude	Taille de l'échantillon; Population en situation minoritaire	Principales constatations
Ahaddour et coll., 2015; Belgique	Examen	11 études et 10 articles ou rapports	Un manque d'accès aux soins de santé a été signalé comme un grave problème pour les migrants turcs et marocains en Belgique. Parmi les obstacles particuliers, mentionnons la langue, la culture alimentaire, la vie privée, la religion et le traitement de questions de nature délicate. Des politiques ont été recommandées, mais aucune donnée n'est disponible sur les résultats des nouvelles approches.
Akamigbo et Wolinsky 2006; États-Unis	Étude transversale	n=6,242, 879 Noir	Il n'y a pas eu d'autres différences dans les attentes en matière de placement dans un établissement de soins infirmiers entre les Blancs et les Noirs (Beta= - 0,02), et le niveau d'attentes a le même effet sur le placement dans ces établissements, quelle que soit la race.
Brotman et coll., 2003; Canada	Qualitatif, entrevues	n=32, Aînés gais et aînées lesbiennes	Les personnes âgées gays et lesbiennes, leurs familles et leurs alliés ont indiqué l'incroyable peur éprouvée par les aînés gais et aînées lesbiennes lorsqu'ils sont confrontés à ces services et systèmes.
Chung et coll., 2008; Taïwan	Étude transversale	n= 562, Populations hakka et holo taiwanaises	Chez la population holo taïwanais, la préférence pour les soins en établissement était de 12,9 %, tandis que les habitants du continent préféraient les soins en établissement à un taux de 29,9 % et la population hakka taïwanaise préféraient les soins en établissement à un taux de 7,9 %.
Duffy et coll., 2006; États-Unis	Qualitatif, entrevues	n=73, 57 Arabes musulmans, Arabes chrétiens, Hispaniques, Noirs.	Éviter un foyer de soins infirmiers était important pour les Arabes et les Hispaniques. Les répondants ont également mentionné des raisons telles que la discrimination liée aux catégories diagnostiques (comme le syndrome d'immunodéficience acquise) et l'évitement des personnes mourantes.
Gui et Koropecj-Cox 2016); Canada	Qualitatif, entrevues	n=20, Chinois	Tous les répondants ont souligné que leur premier choix était de prendre soin de leurs parents âgés par eux-mêmes. Cela a été attribué à la piété filiale et aux relations intergénérationnelles étroites.
Heikkilä et Ekman, 2003; Suède	Qualitatif, entrevues	n=39, immigrants finlandais	Les Finlandais âgés croyaient que des soins adaptés à leur culture leur permettraient de se sentir bien établis et installés dans leur situation de vie changeante, et les aideraient à s'adapter à une nouvelle situation de vie.

Auteur, année, pays	Conception de l'étude	Taille de l'échantillon; Population en situation minoritaire	Principales constatations
Iwasaki et coll., 2016; États-Unis	Étude transversale	n=264, Américains d'origine japonaise	Aucune différence de groupe n'a été constatée en ce qui concerne les expériences de prestation de soins, l'exposition aux foyers de soins infirmiers, l'attente d'avoir besoin de futurs foyers de soins infirmiers ou la proximité physique avec leurs enfants adultes. Toutefois, les jeunes Américains d'origine japonaise connaissaient mieux les foyers de soins infirmiers, avaient une préférence plus forte pour éviter de dépendre de leur famille et un taux plus élevé d'achats d'assurance pour les soins de longue durée. Les Américains d'origine japonaise ont accordé une plus grande importance aux éléments culturellement universels (services de transport, accès à Internet) pour leur retraite et leurs établissements de soins de longue durée par rapport aux éléments culturels japonais. Les jeunes Américains d'origine japonaise préféraient aussi résider avec un mélange de résidents raciaux et ethniques.
Jackson et coll., 2008; États-Unis	Étude transversale	n=312, 132 personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres	Les personnes GLBT et hétérosexuels ne s'entendent pas sur l'utilité d'un programme de formation à la sensibilité conçu pour renforcer la tolérance aux personnes GLBT chez les résidents des foyers de soins. Les personnes GLBT croient plus fortement qu'un tel programme contribuerait à renforcer la tolérance. La majorité des personnes GLBT interrogées dans le cadre de notre étude ont fait état de soupçons de discrimination (66 %).
Jang et coll., 2008; États-Unis	Étude transversale	n=427 Américains d'origine coréenne	Près de la moitié des Américains d'origine coréenne ont indiqué être disposés à utiliser un foyer de soins infirmiers. Les personnes ayant une mauvaise perception de la santé et celles avec une autre personne significative, vivant dans un foyer de soins étaient plus susceptibles de déclarer qu'elles étaient prêtes à utiliser un foyer de soins infirmiers.
Kortes-Miller et coll., 2018; Canada Canada	Qualitative	n=3 groupes de discussion	Les participants de tous les groupes de discussion ont souvent fait référence à la crainte d'entrer dans un établissement de soins de longue durée. Les craintes spécifiques suivantes ont été déterminées : isolement social, diminution de l'indépendance et de la capacité décisionnelle, vulnérabilité accrue à la stigmatisation liée à la population LGBTQ+ ainsi que exposition à des environnements sociaux et physiques dangereux.
Lai 2004; Canada	Étude transversale	n=2272 Chinois	Près de la moitié des participants chinois ont déclaré avoir l'intention positive d'utiliser des foyers de soins infirmiers, la majorité préférant vivre en foyers de soins infirmiers dont le personnel est d'origine chinoise. Vivre seul, être atteint de maladies chroniques et la dépendance pour les activités quotidiennes étaient des prédicteurs importants de l'intention de recourir aux soins de longue durée.

Auteur, année, pays	Conception de l'étude	Taille de l'échantillon; Population en situation minoritaire	Principales constatations
McCormick et coll., 2002; États-Unis	Étude transversale	n=2,598, 1,244 Américains d'origine japonaise	Les Japonais étaient plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un foyer de soins infirmiers en fonction de la régression logistique dans le scénario de fracture de la hanche (RC=0,80) ou de démence (RC=0,54).
McLaughlin et coll 2016; États-Unis	Étude transversale	n=167 musulmans	Les musulmans préfèrent recevoir des soins de longue durée à la maison de la part de membres de leur famille. Les préférences pour les placements en foyers de soins infirmiers étaient faibles, mais 78 % des participants étaient prêts à envisager des établissements conçus spécifiquement pour les musulmans.
Metz et Naoko 2007; Canada	Qualitatif, entrevues	n=12, Canadiens d'origine japonaise	De nombreux participants ont indiqué que leur type préféré de soins de longue durée était les soins communautaires et hésitaient à demander à leurs enfants de leur prodiguer des soins. Un écart de services dans les foyers de soins infirmiers comprenait des services de soutien limités pour les aidants naturels et les bénéficiaires de soins, l'absence d'un système d'information centralisé et l'absence d'un établissement de soins palliatifs adapté à la culture pour la communauté nippo-canadienne.
Min, 2005; États-Unis	Étude transversale	n=144 Américains d'origine coréenne	La moitié des Américains d'origine coréenne plus âgés avaient l'intention d'utiliser tous les arrangements de soins formels dans le cas d'un scénario d'accident vasculaire cérébral.
Rodriguez et Wacker, 2004; États-Unis	Qualitatif, entrevues	n=30, membres de la famille hispanique	Les résultats de cette étude ont conclu que les aidants naturels noirs et hispaniques continuent d'exprimer un fort sentiment d'obligation familiale. L'étude a montré que les réseaux informels favorables diminuent le sentiment de fardeau des aidants naturels.
Stein et coll., 2010; États-Unis	Qualitatif, entrevues	n=16, Aînés gais et aînées lesbiennes	Les participants ne se sentaient pas en sécurité en partageant leur orientation sexuelle avec leurs cochambreurs et d'autres résidents. Non seulement avaient-ils les soucis habituels liés au déclin de leur santé, mais ils ressentaient aussi une anxiété supplémentaire liée au fait que les gens découvrent qu'ils sont homosexuels.

Résultats liés aux soins des populations minoritaires dans les établissements de soins de longue durée

Il s'agit d'un résumé préliminaire de la littérature existante, puisque le deuxième examen systématique est en cours. Dans le cadre de l'examen de tous les articles inclus, nous avons recensé 111 articles sur les résultats liés aux soins relatifs aux populations minoritaires dans les soins de longue durée. Les résultats d'intérêt comprenaient : hospitalisation (n=25), plaies de pression (n=16), incontinence (n=12), fonction (n=8), comparaisons au niveau de l'établissement (n=8), qualité de vie (n=6), fractures de la hanche (n=5), médication (n=5), contraintes (n=4), chutes (n=4), durée du séjour (n=4), (n=3), douleur (n=3), diabète (n=2), crises (n=2), cognition (n=2), tubes d'alimentation (n=2), dépression (n=2), soins préventifs (n=1) et déclin (n=1).

Un nombre important d'études sur ce sujet ont été menées aux États-Unis; bon nombre se sont concentrées sur les minorités noires et hispaniques par rapport à la majorité blanche. Il y avait peu de renseignements sur les différences des résultats liés aux soins pour toute minorité linguistique.