

La santé des aînés francophones en milieu minoritaire – services, défis et obstacles

Soumis par : Annabel Levesque



Rapport préparé sous la direction de Léonard P. Rivard, responsable de la recherche
au Collège universitaire de Saint-Boniface
avec un appui financier de Santé Canada dans le cadre du Consortium national de
formation en santé (CNFS)

JUIN 2005

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
Les représentations socioculturelles.....	1
La santé.....	2
La vieillesse.....	2
Le système de santé	3
Questions et réflexions personnelles	4
Services offerts – accessibilité et obstacles.....	5
Services offerts.....	5
Accessibilité et obstacles	6
<i>Les barrières culturelles.</i>	<i>7</i>
<i>Les barrières linguistiques.</i>	<i>7</i>
<i>Les barrières sociodémographiques</i>	<i>8</i>
Questions et réflexions personnelles	9
L'état de la santé des aînés en milieu minoritaire.....	10
Ouverture sur le monde	10
Au Canada.....	11
<i>Groupes ethniques minoritaires en général.....</i>	<i>11</i>
<i>Les aînés francophones</i>	<i>12</i>
Questions et réflexions personnelles	13
Conclusion	14
Références.....	15

Introduction

Selon la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada (2004), la population francophone hors Québec représente seulement 4,5 % de la population canadienne. Les données indiquent également qu'en moyenne, la population francophone est plus vieille que la population anglophone. Notamment, l'âge médian de ces premiers est de 39 ans, alors qu'il est de 35 ans chez ces derniers. La question de la santé des aînés francophones en milieu minoritaire est donc pertinente.

D'abord, ceux-ci ont passé la majeure partie de leur vie durant une période où la situation socio-économique des francophones étaient encore précaire et bien différente de celle des anglophones. En effet, au Nouveau-Brunswick par exemple, les Acadiens oeuvraient principalement dans les secteurs agricoles, forestiers et de pêche alors que les anglophones occupaient les postes à revenu socioéconomique plus élevé. Les conditions d'antan des francophones ont un impact considérable sur leur vieillesse et leur santé (Santerre & Carette-Fortier, 1995).

De plus, la condition des aînés en milieu minoritaire est particulière puisqu'ils font face à de multiples obstacles. Ainsi, en plus d'avoir à s'adapter au statut de vieillard et de vivre les effets négatifs d'une société âgiste, ils doivent également faire face aux difficultés que leur amène leur position de minorité (Burggraf, 2003; Ujimoto, 1995). D'autres auteurs ne sont pas d'accord avec cette hypothèse et considèrent plutôt que la vieillesse a comme effet de ramener les expériences de chacun à un dénominateur commun. Les résultats des recherches sur la question sont mitigés. (Driedger & Chappell, 1987).

Le présent travail consiste en une revue de la documentation sur la question de la santé des aînés en milieu minoritaire. La première partie porte principalement sur les représentations socioculturelles de la santé, de la maladie, de la vieillesse et du système de santé. Des statistiques sur les services de santé offerts dans les communautés francophones sont ensuite présentées. Puis, les obstacles auxquels les aînés francophones font face quant à l'accès à ces services sont également révélés en deuxième partie. Finalement, l'impact que des différences culturelles et les limites d'accès aux services de santé sur la santé des francophones est exploré.

Les représentations socioculturelles

Afin de bien saisir le sujet de la santé des francophones en milieu minoritaire, il importe d'abord de comprendre les composantes socioculturelles inhérentes à la question. Il est de plus en plus reconnu que la culture constitue un aspect important dans les soins de santé (Goldstein & Griswold, 1998; Ujimoto, 1995). Effectivement, il est important de comprendre les représentations culturelles de la santé, de la vieillesse et du système de santé (Krakauer, Crenner & Fox, 2002). Les représentations se définissent comme étant des systèmes de pensées, de croyances, d'attitudes, de valeurs et de connaissances, communs aux membres d'un groupe donné (Provencher, 2003; Ujimoto, 1995). Elles sont, en grande partie, le résultat des structures et du système social d'un groupe ou d'un sous-groupe sont transmises à travers le processus de socialisation et dictent l'action de leurs membres (McPherson, 1995). Le Canada est un pays multiethnique et les francophones constituent un groupe ethnique à part entière qui possèdent une culture qui leur est propre (Driedger & Chappell, 1987; McPherson, 1995).

La santé

Les représentations culturelles de la santé et de la maladie changent en fonction des sociétés et des époques (Dorvil, 1985). Par exemple, une étude comparative menée par Torsch et Ma (2000) indique que la définition accordée à la santé varie entre deux groupes ethniques distincts.

La question de la représentation sociale et culturelle de la santé est fondamentale puisqu'il est reconnu que les manifestations des difficultés, particulièrement les difficultés psychologiques, sont culturellement déterminées et varient donc grandement d'une culture à une autre (Dorvil, 1985; Goldstein & Griswold, 1998; Ujimoto, 1995). De plus, l'identité ethnique semble jouer un rôle important dans la façon dont les aînés perçoivent leur état de santé (Driedger & Chappell, 1987). Finalement, il semble que les attitudes d'un individu envers la santé et la maladie ont une incidence sur ses comportements en matière de santé. (Conseil consultatif national sur le troisième âge, CCNTA, 2005; Provencher, 2003) Il faut donc identifier les facteurs qui influencent les attitudes.

Une étude récente menée par Provencher (2003) fait état de l'apport du milieu social d'appartenance sur les représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick. Cette étude a pour but de comparer les représentations de la santé et de la maladie de trois groupes de femmes aînées, soit celles issues du milieu populaire, de la classe moyenne et de l'élite. Bien que ce soit une étude comparative de trois sous-groupes de francophones et non des deux groupes linguistiques officiels de cette province, les données obtenues peuvent tout de même fournir un indice sur la façon dont les aînées francophones du Nouveau-Brunswick se représentent la santé. En effet, il semble que les participantes des trois groupes partagent certaines idées. Tout d'abord, en matière de santé, elles suggèrent que le travail ainsi que certains facteurs externes à la volonté individuelle, dont le bagage génétique, sont à l'origine de la santé et que l'activité physique sert à maintenir l'état de santé. Parallèlement, en ce qui a trait à la maladie, elles considèrent que certaines dimensions hors de leur contrôle, comme le vieillissement, ainsi que les mauvaises habitudes de vie sont à l'origine de la maladie. De plus, elles favorisent l'utilisation des services médicaux, l'auto-pratique des soins, la cessation des activités et le repos afin de combattre la maladie. Finalement, l'auteur démontre qu'il existe certaines différences dans les attitudes des sujets des trois groupes. Les femmes de la classe populaire semblent plutôt associer la santé au destin, alors que celles de la classe moyenne reconnaissent leur part de responsabilité dans la question du maintien du bien-être et celles de l'élite locale ne se distinguent pas clairement des deux autres groupes. Selon l'auteur, ce dernier résultat s'expliquerait par le fait que les francophones n'ont accès à la classe de l'élite que depuis quelques années. La culture de ce groupe n'est donc pas encore tout à fait cristallisée.

La vieillesse

L'étude des aînés en milieu minoritaire implique également le questionnement des représentations culturelles de la vieillesse. Depuis quelques années, les études comparatives menées en ethnologie et en anthropologie amènent plusieurs à considérer la vieillesse comme étant une construction culturelle (Arcand, 1995; McPherson, 1995). Il faut donc être très vigilant en ce qui a trait aux théories du vieillissement puisqu'elles sont souvent culturellement biaisées (Ujimoto, 1995). Il semble que les sociétés industrialisées identifient clairement une catégorie de

la vieillesse soit le « troisième âge », alors que d'autres sociétés ne distinguent pas les vieillards des adultes (Arcand, 1995). De plus, dû à un schème de référence plutôt biologique, les occidentaux ont tendance à considérer le vieillissement de façon négative. Ainsi, la vieillesse est généralement associée à des attributs comme le déclin et l'incapacité (Ujimoto, 1995).

Comment une culture représente la vieillesse a des implications sur le processus de vieillissement et sur les conditions sociales de ses aînés (McPherson, 1995). De fait, dans une société qui valorise la production et la performance au travail, le passage à la retraite, qui marque généralement l'âge de la vieillesse, représente pour certains la perte de l'identité, le sentiment d'inutilité et une nouvelle condition socio-économique (Arcand, 1995). D'autres cultures accordent quant à elles un respect et une place considérables à leurs aînés (Ujimoto, 1995). Une étude menée en Ontario par Gerber en 1983 indique justement que la condition des aînés issus de différents groupes ethniques varie considérablement en fonction de la façon dont le groupe se représente la vieillesse (Cité par Ujimoto, 1995).

Pour ce qui est de la représentation socioculturelle de la vieillesse chez les francophones en milieu minoritaire, Santerre et Carette-Fortier (1995) ont rédigé un chapitre consacré à l'étude comparative de la vieillesse acadienne et de la vieillesse anglaise. En raison des conditions précaires dans lesquelles ils ont vécu, les aînés acadiens se retrouvent davantage en état de dépendance comparativement aux anglophones. L'entraide, l'institution de la famille et la paroisse occupent donc une place majeure dans l'idéologie de la vieillesse acadienne, tout comme l'église catholique sur laquelle les aînés se sont appuyés jusque dans les années 1950. Bien que ces observations ne soient pas généralisables à la francophonie canadienne toute entière, elles laissent entrevoir qu'il existe bel et bien une différence d'attitudes entre les deux groupes linguistiques officiels du Canada.

Le système de santé

La perception des aînés du système de santé peut également influencer leurs comportements en matière de santé et leur utilisation du système de santé (Johnson & Smith, 2002). La culture des intervenants a elle aussi un impact considérable sur leur pratique professionnelle (Paquet, 1989). La relation médecin-patient, c'est la rencontre de trois cultures. La culture du professionnel, la culture du patient, qui, dans le cas des francophones, est propre à leur groupe ethnique et finalement, la culture du système de santé et de la profession de la santé, dictée par le groupe majoritaire. Selon Heikkilä et Ekman (2003), le modèle médical qui prévaut dans les établissements pour les aînés en Amérique du Nord joue en faveur de la population vieillissante anglo-américaine. Le diagnostic, le traitement et les réponses au traitement varient considérablement en fonction de ces trois cultures (Johnson & Smith, 2002).

Selon Paquet (1989), le système de santé et la profession de la santé sont issus de la culture bourgeoise. Selon cet auteur, l'abstraction du réel et de l'affectivité est un attribut propre à cette culture bourgeoise qui est davantage axée sur l'approche scientifique, objective et causaliste. De plus, il émane de la pratique médicale un certain sentiment de supériorité professionnelle qui confère au médecin une forme d'autorité et de pouvoir sur le patient (Paquet, 1989; Roy, Williams, Dickens & Boudouin, 1995). Ce modèle, dit paternaliste ou autoritaire, bien qu'il soit remplacé de nos jours par une éthique médicale plutôt centrée sur la collaboration médecin-patient, demeure tout de même bien vivant dans l'esprit de la population vieillissante (Roy & al.,

1995). Finalement, il importe de souligner que la profession médicale a également sa propre idéologie de la santé. En effet, elle cherche à atteindre l'état de santé par la suppression totale de la maladie, de la douleur, de l'infirmité et même de la mort. Une vision quelque peu prométhéenne. À cause de la professionnalisation des services de santé, cette définition de la santé et des besoins de la population est contrôlée par les médecins et les autres professionnels de la santé (Paquet, 1995).

Pour ce qui est de la perception des aînés francophones par rapport au système de santé, Provencher (2003) dans son étude présentée ci-dessus a obtenu un résultat intéressant. En effet, les répondantes se considèrent chanceuses d'avoir accès aux services médicaux. Elles perçoivent cet accès comme un privilège.

Questions et réflexions personnelles

Avant de partager mes réflexions personnelles, il importe de rappeler que celles-ci sont influencées par ma culture et mes expériences personnelles. Toutefois, je pense qu'il faut partager ses idées puisqu'elles peuvent engendrer des débats et des discussions, conditions nécessaires au progrès des connaissances.

Cette section aurait pu s'étirer davantage, en abordant, par exemple, le sujet de la mort puisque la façon dont on côtoie la mort varie grandement en fonction des cultures et des époques. Toutefois, l'objectif de cette section était simplement de nous amener à réaliser qu'il est impossible de s'interroger sur la santé des francophones en milieu minoritaire en évitant la question de la culture. En effet, celle-ci influence d'une part la pratique médicale et les services offerts et d'autre part, l'utilisation de ces services.

Étant formée dans le domaine de la psychologie, je crois fondamentalement qu'il n'existe aucune réalité au-delà des perceptions. Du moins, aucune réalité qui ne soit pertinente à notre expérience en tant qu'humain. Et puisque la santé constitue une dimension centrale à l'expérience humaine, il est important de comprendre le sens qu'elle revêt pour chacun. Également, ma formation en psychologie m'amène à réaliser que la relation entre le patient et le soignant est d'une importance primordiale pour le processus thérapeutique et celle-ci est grandement influencée par la culture du soignant, du patient et du système de santé. Ce sujet sera davantage élaboré dans la prochaine section.

Étant francophone originaire du nord du Nouveau-Brunswick, j'ai été baignée à la fois dans la culture québécoise et dans la culture anglaise. À mesure que je m'éloigne de mes racines et que je rencontre des francophones des autres provinces canadiennes, je distingue toujours cette culture propre aux francophones minoritaires, c'est-à-dire, un sentiment très fort d'identité à la francophonie, à la fois teinté, mais également stimulé par la présence majoritaire des anglophones. Nous ne sommes pas québécois, ni anglophones, nous sommes des francophones minoritaires. Toutefois, bien qu'il existe un dénominateur commun qui les unie, les communautés francophones sont tout de même très hétérogènes.

Outre le fait que les francophones possèdent une culture qui leur est propre, j'ai également l'impression que cette culture a beaucoup évolué entre les générations. Ainsi, en raison des conditions de vie et des relations bien différentes avec l'exogroupe majoritaire, les jeunes et les

aînés ont des valeurs et des attitudes bien différentes. Comme l'ont souligné Santerre et Carette-Fortier (1995), les acadiens adultes vieillissants accordent plus d'importance à l'interdépendance. Cette attitude s'éloigne un peu de celle du système de santé qui prône davantage l'autonomie.

Pour bien comprendre ce phénomène des représentations socioculturelles de la santé, de la vieillesse et du système de santé par rapport à la santé des francophones minoritaires, il est important de mettre sur pied des études comparatives afin d'évaluer les différences culturelles entre francophones et anglophones et leurs incidences sur leur état de santé.

Services offerts - Accessibilité et obstacles

Services offerts

La FCFA du Canada (2002) a mis sur pied une étude afin de dresser un portrait national des services de santé en français offerts aux francophones en milieu minoritaire. À première vue, il y aurait une pénurie de services de santé en français à l'extérieur du Québec. En moyenne, la moitié des francophones hors Québec n'ont que rarement accès à des services de santé dans leur langue. De plus, il semble qu'un francophone ait de 3 à 7 fois moins de chance de recevoir des services de santé dans sa langue qu'un anglophone, quoique cette situation varie selon les provinces. Par exemple, en ce qui concerne les centres de santé communautaire, le bilan semble un peu plus favorable pour les francophones du Manitoba et du Nouveau-Brunswick où seulement 25 % de la population francophone dit ne pas avoir accès à des services en français, alors que ces proportions se chiffrent à 59 % en Ontario, 80 % en Nouvelle-Écosse et 93 % en Alberta. Les services spécialisés en français sont encore beaucoup plus rares. De fait, les spécialistes se retrouvent généralement dans les hôpitaux anglophones (Desjardins, 2003). Finalement, environ 84 % de la population francophone hors Québec n'a pas accès à des services de santé mentale en français (FCFA du Canada, 2002).

Pour ce qui est des dispensateurs de soins de santé, une étude de Statistiques Canada, présentée par Marmen et Delisle (2003) indique qu'au Nouveau-Brunswick et en Ontario, la proportion d'omnipraticiens et d'infirmières francophones est proportionnelle au nombre de francophones dans ces provinces, alors que dans les autres provinces canadiennes hors Québec, la densité relative des infirmières francophones est bien inférieure à la population francophone, quoique la densité d'omnipraticiens est égale ou supérieure. Toutefois, la population francophone tout entière n'a pas accès à ces professionnels puisque ces derniers se retrouvent principalement dans les régions urbaines et se concentrent dans certaines villes spécifiques.

Le portrait semble encore plus défavorable du côté des aînés francophones. En effet, le vieillissement rapide de la population a un impact sur les services de santé et les services sociaux disponibles pour les adultes vieillissants. De plus en plus d'aînés, ayant de nouveaux besoins, requièrent des services qui deviennent de plus en plus limités et qui sont généralement conçus pour la population majoritaire (CCNTA, 2005; Marmen & Delisle, 2003; Sévigny & Vézina, 1996). Les données indiquent que la population francophone est plus âgée que l'ensemble de la population canadienne, à l'exception du Nouveau-Brunswick où la proportion de francophones âgés de 65 ans et plus est égale à celle de l'ensemble de la population (Marmen & Delisle, 2003). Selon une enquête menée en Ontario (PGF/GTA Recherche, 2002), il y a une pénurie au niveau

des services de santé en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées dans certaines régions de l'Ontario.

Accessibilité et obstacles

L'accessibilité aux services de santé en français est un sujet d'actualité. Après la lutte sur les droits à l'éducation dans leur langue, les francophones exigent à présent d'être soignés en français (FCFA du Canada, 2002; Marmen & Delisle, 2003). L'accès aux services de santé pour tous les citoyens et citoyennes du Canada est un droit fondamental selon Losier (2004), de la Société des acadiens et des acadiennes du Nouveau-Brunswick (SAANB).

Selon Damron-Rodriguez, Wallace et Kington (1994), afin d'être équitables, les services de santé doivent rencontrer trois critères. D'abord, ils doivent être appropriés au niveau de santé et au niveau fonctionnel des aînés. De plus, les services doivent être accessibles à tout le monde. Finalement, les services doivent être acceptables selon les normes et les attentes propres à chaque groupe ethnique. Le système de santé canadien présuppose dans ses principes la globalité, l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion gouvernementale (Roy & al., 1995). Malgré cette position officielle du système de santé, il existe toujours des inégalités en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé (Paquet, 1989).

Plusieurs recherches démontrent que les aînés issus d'un groupe minoritaire, comparativement à ceux du groupe majoritaire, sont moins informés quant à l'existence de services de santé prévus pour la population vieillissante et utilisent moins ces services (CCNTA, 2005; Heikkilä & Ekman, 2003). D'ailleurs, selon Ujimoto (1995), il existe des différences sur le plan de l'utilisation des services de santé entre les aînés issus de minorités ethniques et les aînés du groupe majoritaire au Canada et certains des obstacles qu'il a identifiés s'appliquent à la situation de la francophonie canadienne.

Les francophones minoritaires, en particulier les aînés, font face à certaines barrières qui entravent leur accès aux services de santé. Paradoxalement, ce sont surtout les aînés provenant de groupes ethniques minoritaires qui ont le plus grand besoin de soins de santé (Damron-Rodriguez & al., 1994; Krakauer & al., 2002;). Les obstacles peuvent prendre leur source dans le système de santé ou peuvent être imposés par les patients eux-même (Damron-Rodriguez & al., 1994; Golstein & Griswold, 1998). D'une manière ou d'une autre, il est important de les identifier afin d'y remédier, pour ainsi éviter des écarts entre l'état de santé des diverses populations canadiennes (Damron-Rodriguez & al., 1994). Les barrières culturelles, les barrières linguistiques et les barrières sociodémographiques semblent être les plus souvent rencontrées par la situation des aînés francophones en milieu minoritaire (Ujimoto, 1995).

Les barrières culturelles. Comme il a été démontré dans la section précédente, les francophones minoritaires possèdent une culture qui se distingue de celle des anglophones et à la limite de celle des francophones du Québec. Pour sa part, la culture inhérente au système de santé est davantage influencée par le groupe majoritaire qui détermine en grande partie l'orientation des services de santé dispensés. Finalement, la professionnalisation des services de santé creuse davantage le fossé entre la culture des patients et la culture médicale qui est une culture dite « prescrite » et plutôt inflexible (Paquet, 1989).

Ces écarts culturels sont d'une importance particulière dans la question de l'accessibilité aux services de santé puisqu'ils représentent une barrière importante à l'utilisation du système de santé par les groupes minoritaires (Hess, 1994; Takamura, 2002). D'abord, les différences culturelles risquent d'entraîner une ségrégation basée sur l'ethnicité dans les institutions de santé et des soins de moindre qualité pour les aînés issus d'un groupe minoritaire (Damron-Rodriguez & al., 1994; Heikkilä & Ekman, 2003). Ce biais ethnique, bien qu'il ne soit pas toujours présent en réalité, est tout de même ressenti par certains membres de groupes ethniques minoritaires. Bref, la distance culturelle peut entraîner une certaine méfiance chez les utilisateurs du système de santé (Krakauer & al., 2002).

De plus, les différences de culture peuvent influencer le processus d'évaluation. L'évaluation des patients est une étape cruciale du processus thérapeutique puisque c'est à ce moment que le professionnel tente d'identifier les difficultés afin de mettre sur pied un plan d'intervention. D'abord, il faut révéler que les évaluateurs sont imprégnés par la culture médicale qui s'éloigne très souvent de celles des patients, surtout ceux en situation de minorité. De plus, comme il a été démontré dans la section précédente, l'expression des difficultés varie grandement d'une culture à une autre. Donc, ces écarts entre les professionnels de la santé et les patients de milieu minoritaire peuvent avoir une incidence majeure sur la façon dont ces premiers interprètent les difficultés de ces derniers et sur le plan d'intervention qui va s'ensuivre (Daker-White, Beattie, Gilliard & Means, 2002; Hess, 1994).

Finalement, les différences culturelles peuvent affecter la relation thérapeutique (Damron-Rodriguez & al., 1994; Johnson & Smith, 2002; Paquet, 1989). Cette relation comporte à la fois le savoir technique du médecin qui possède le pouvoir d'identifier les difficultés et de les soigner et comporte également une dimension psychoaffective. D'ailleurs, il est reconnu que le contact humain, l'empathie et la confiance sont des éléments importants qui interviennent dans le processus de guérison (Paquet, 1989).

Les études ont démontré que le bien-être des aînés issus de groupes minoritaires augmente lorsque les soins de santé sont culturellement appropriés (Heikkilä & Ekman, 2003).

Les barrières linguistiques. À l'exception du Nouveau-Brunswick qui, en vertu du paragraphe 16(2) de la *charte canadienne des droits et libertés*, a une obligation d'offrir des services en français et en anglais au niveau de ses institutions provinciales, les autres provinces canadiennes, à l'exception du Québec, ont des protections plus limitées quant à l'accès à des services en français. Les francophones de ces provinces jouissent tout de même d'une certaine protection en ce qui a trait aux soins de santé en français. Par exemple, dans l'affaire Montfort en Ontario, la Cour d'appel de l'Ontario trancha du côté de la population francophone en affirmant que les

instances gouvernementales n'ont pas le pouvoir de fermer un établissement d'une telle importance pour la communauté francophone de l'Ontario (FCFA du Canada, 2004).

Le manque de maîtrise de la langue anglaise limite grandement l'accès aux services de santé (CCNTA, 2005; Damron-Rodriguez & al., 1994; Hahn, 2003; Hess, 1994; Takamura, 2002). Selon une étude de Statistiques Canada, contrairement aux générations plus jeunes, une plus grande proportion des aînés francophones sont unilingues (Marmen et Delisle, 2003). En plus d'avoir un accès limité aux services de santé, les francophones risquent de recevoir des soins de moindre qualité (CCNTA, 2005). En effet, une bonne communication entre le médecin et le client (Marmen & Delisle, 2003) et un service dans sa langue (SAANB, 2003) sont des composantes nécessaires à des soins de qualité. De plus, selon Ujimoto (1995), les aînés issus d'un groupe ethnique minoritaire qui ne parlent pas l'anglais ou qui ont un accent sont parfois considérés par les employés des foyers de soins comme des citoyens canadiens de seconde classe et reçoivent donc des soins de moins bonne qualité.

Tout comme la question des écarts culturels, les différences linguistiques peuvent également entraver le processus d'évaluation des patients (Daker-White & al., 2002). De plus, il y a une lacune dans les échelles de mesure disponibles en français (Goldstein & Griswold, 1998). D'autre part, au Canada, les services d'interprétation sont peu disponibles (CCNTA, 2005). Même avec l'utilisation des services d'un traducteur, l'écart culturel demeure toujours présent et le manque de contact direct avec le professionnel vient altérer le dialogue thérapeutique (Hess, 1994). En effet, les études démontrent que la relation entre le professionnel et le patient est meilleure lorsque ceux-ci parlent la même langue (Marmen & Delisle, 2003).

Il est important de s'exprimer dans sa langue, surtout en ce qui a trait aux soins de santé, puisque la santé constitue une dimension centrale à l'existence et au bien-être personnel (FCFA du Canada, 2002; Heikkilä & Ekman, 2003). De plus, les aînés malades sont plus vulnérables et se retrouvent dans une situation stressante. Ce sentiment d'angoisse risque d'affecter davantage la communication avec le soignant (Krakauer & al., 2002).

Les barrières sociodémographiques. Bien que la tendance semble se renverser, les statistiques indiquent que le revenu moyen des canadiens francophones est inférieur à celui des anglophones (FCFA du Canada, 2004; Kopec, Williams, To & Austin, 2001). De plus, le statut de vieillard a un impact supplémentaire sur le niveau socio-économique des aînés francophones (FCFA du Canada, 2004). En effet, selon Arcand (1995), dans les sociétés industrialisées, les personnes retraitées souffrent de plus en plus de pauvreté. De surcroît, il semble que les aînés francophones hors Québec ont un niveau socioéconomique bien inférieur au reste de la population, ce qui constitue un risque accru pour leur santé (Marmen et Delisle, 2003). La situation est encore pire pour les femmes vieillissantes qui se retrouvent davantage en situation de dépendance (Burggraf, 2003; Takamura, 2002). Bien que le système de santé canadien possède un système d'assurance-maladie universel et gratuit, le niveau socioéconomique de sa clientèle a un impact considérable sur les comportements en matière de santé (Paquet, 1989). Selon Paquet (1989), malgré la gratuité des services, les individus issus des classes défavorisées sous-utilisent le système de santé. D'une part, plusieurs services occasionnent des coûts, ne serait-ce que le coût du transport. D'autre part, la culture ne varie pas uniquement en fonction de l'identité ethnique, mais également en fonction de la classe sociale d'appartenance. Il existe une culture propre aux aînés provenant du milieu populaire qui s'éloigne de celle des professionnels de la santé (Paquet,

1989; Provencher, 2002). Cet écart culturel entraîne une réticence chez ces premiers à utiliser les services offerts. Ils sont plutôt méfiants du système de santé et se sentent généralement inférieurs par rapport aux professionnels (Provencher, 2002).

En ce qui a trait à l'éducation, les statistiques démontrent que les francophones à l'extérieur du Québec ont un degré de scolarisation inférieur à la moyenne nationale (FCFA du Canada, 2004; Kopec & al., 2001). Toutefois, cette tendance semble se renverser. La différence de scolarisation est particulièrement marquée chez les aînés francophones qui ont un degré d'éducation bien inférieur à celui du reste de la population (FCFA du Canada, 2004). Il est reconnu que l'éducation a également une incidence sur les comportements reliés à la santé (Paquet, 1989).

Finalement, pour ce qui est de la répartition géographique de la population francophone âgée, elle varie selon les provinces. À l'exception de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, où la population francophone vieillissante réside dans les grands centres urbains, les aînés francophones des autres provinces ont tendance à habiter dans les régions rurales et périphériques (FCFA du Canada, 2004; Marmen & Delisle, 2003). Comme il en a été question précédemment, les services de santé, particulièrement les professionnels de la santé francophones, sont généralement concentrés dans les régions urbaines. Cette distance physique constitue donc un obstacle à l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux par la population francophone âgée (Damron-Rodriguez & al., 1994; Marmen & Delisle, 2003; McPherson, 1995).

Pour conclure, il est faux de penser que tous les aînés francophones font face à ces obstacles dans l'utilisation des services de santé mais il importe de considérer le sens que revêtent les dimensions linguistiques, culturelles et sociodémographiques lors de l'identification des besoins de tous les patients. Pour le moment, il n'existe aucun système de santé exempt de biais linguistiques et culturels (Hess, 1994). Par contre, au Canada, les démarches entreprises par diverses associations laissent entrevoir une lueur d'espoir. En effet, le Gouvernement du Canada reconnaît l'importance de l'accès à des services de santé en français de qualité et souhaite donc investir dans la formation en santé et dans l'organisation des services en français pour les communautés francophones (SAANB, 2004).

Questions et réflexions personnelles

Selon moi, l'examen des barrières qui restreignent l'accès et l'utilisation des services de santé est capital puisque ces obstacles ont une incidence sur l'état de santé des aînés francophones minoritaires. Toutefois, il ne faut pas oublier que d'autres variables influencent la présence de ces barrières, par exemple, les représentations socioculturelles. En effet, on a pu observer que les différences culturelles entre les groupes ethniques minoritaires, le groupe majoritaire et le système de santé constituent une barrière dite culturelle qui limite l'accès de ces premiers aux soins médicaux. Malgré l'importance des obstacles dans la question de la santé des aînés francophones en situation minoritaire au Canada, j'ai été surprise de constater que peu de recherches scientifiques ont été consacrées à ce sujet. Plusieurs travaux portent par exemple sur la situation des immigrants vieillissants et aux résistances auxquelles ils font face dans l'obtention de soins médicaux, mais très peu concernent la francophonie canadienne hors Québec. Il est donc essentiel de mettre sur pied des recherches destinées à mieux comprendre les

difficultés propres aux aînés francophones. Par exemple, est-ce que ceux-ci se méfient davantage du système de santé que leurs confrères anglophones?

Maintenant, en examinant plus attentivement chacune des barrières qui ont été élaborées dans cette section, bien qu'elles soient toutes liées et s'influencent mutuellement, j'ai l'impression qu'en bout de ligne, elles reflètent différents aspects du problème. Par exemple, les barrières culturelles, bien qu'elles soient le résultat d'un ensemble de facteurs individuels, institutionnels et sociaux, créent des résistances personnelles de la part des utilisateurs du système de santé. Elles renvoient à la question de l'identité culturelle propre à chacun et son apport sur les comportements en matière de santé. Toutefois, je suis loin d'affirmer que le problème des barrières culturelles réside dans l'attitude des populations minoritaires. Au contraire, c'est au niveau de l'institution médicale et du système social qu'il faut agir puisque la méfiance et la résistance sont des réactions psychologiques tout à fait normales face à l'inconnu, surtout lorsque la santé est en jeu. Dans les textes que j'ai lus, on parle beaucoup de l'importance de l'éducation et de la sensibilisation aux différences culturelles lors de la formation des professionnels de la santé. Je pense que c'est un premier pas.

Pour ce qui est de la question des barrières linguistiques à présent, elles sont également le résultat d'un ensemble de facteurs. Toutefois, elles renvoient plutôt à l'institution médicale et aux politiques publiques en matière de services de santé. Finalement, les barrières socioéconomiques prennent leur source, quant à elles, dans le système social et ses structures. Par contre, il ne faut pas oublier que le phénomène des barrières est très complexe puisqu'il prend sa source dans une multitude de facteurs qui entretiennent entre eux des relations dynamiques.

Bien que la situation des francophones ait bien changé dans les dernières décennies, les conditions précaires auxquelles les aînés ont dû faire face dans leur vie ont aujourd'hui un impact sur leur vieillissement et, comme on l'a démontré, sur leur utilisation des soins de santé. Il serait intéressant d'explorer les obstacles propres à chaque groupe d'âge et de comparer leur utilisation du système de santé.

Pour conclure mes réflexions personnelles, je pense que pour briser les barrières propres aux populations minoritaires quant à l'accès aux services de santé, il faut agir sur le plan individuel, institutionnel et social. L'accessibilité à des soins de santé dans sa langue est fondamentale. C'est une question de dignité.

L'état de santé des aînés en milieu minoritaire

Maintenant que les barrières qui limitent l'accès aux services de santé chez les populations francophones vieillissantes aient été présentées, il importe à présent d'examiner l'impact que la sous-utilisation des services de santé peut avoir sur l'état de santé de ce groupe.

Ouverture sur le monde

La grande majorité des études qui portent sur la question de la santé des aînés en milieu minoritaire proviennent des États-Unis. De plus, une grande partie de ces études concernent la santé mentale, plus particulièrement les troubles de démence (Daker-White & al., 2002). Toutefois, les résultats d'un grand nombre de recherches menées à travers le monde indiquent

clairement que les aînés issus de groupes ethniques minoritaires utilisent moins les services de santé que les aînés du groupe majoritaire (Daker-White & al., 2002; Damron-Rodrigue & al., 1994; Heikkilä & Ekman, 2003; Johnson & Smith, 2002; Krakauer & al., 2002) et qu'en général, l'état de santé de ces premiers est bien précaire comparativement à ces derniers (Burggraf, 2000; Hahn, 2003; Johnson & Smith, 2002). L'accès limité aux services de santé ainsi que des services de moindre qualité tout au long de la vie affectent le processus de vieillissement et la santé. De plus, l'espérance de vie est inférieure chez les minorités ethniques comparativement au groupe majoritaire (John & Smith, 2002).

Il semble que les aînés en situation de minorité souffrent davantage de troubles cardiaques, d'hypertension, de diabète, d'obésité, de troubles rénaux, d'ostéoporose, ils ont un niveau de cholestérol élevé, font plus d'accidents cérébraux-vasculaires et sont plus enclins à développer certains cancers (Burggraf, 2000; Johnson & Smith, 2002). Selon Burggraf (2000) ces problèmes de santé sont marqués chez les aînées africaines et sont dus en grande partie à des limites quant à l'accès à des services de santé adéquats et entraînent des incapacités et une diminution importante au niveau de la qualité de vie de celles-ci. Il en est de même pour les femmes vieillissantes d'origine asiatique et hispanique. Les différences culturelles semblent être un élément majeur dans la sous-utilisation des services de santé chez ces premières, alors que les coûts des soins de santé et les barrières linguistiques et culturelles s'appliquent davantage à ces dernières (Burggraf, 2000).

Les aînés en situation de minorité semblent également avoir une moins bonne santé mentale (Goldstein & Griswold, 1998). En effet, les troubles de démence sont plus communs chez certains groupes minoritaires (Daker-White & al., 2002). Une étude menée en Angleterre auprès d'aînés de deux groupes ethniques minoritaires et d'un groupe d'anglais indique que ces premiers ont un score plus élevé sur les échelles de dépression et d'anxiété et un score plus bas sur l'échelle de satisfaction avec la vie (Silveira & Ebrahim, 1998).

Au Canada

Groupes ethniques minoritaires en général. Les données provenant du Canada indiquent également que les aînés issus de groupes ethniques minoritaires, particulièrement les immigrants de première génération, utilisent moins les services de santé comparativement à la population anglophone, ce qui a un impact sur le bien-être individuel, la santé mentale et la santé physique (Ujimoto, 1995). La question des immigrants francophones au Canada sera élaborée davantage dans un travail ultérieur.

La situation des autochtones au Canada, soit les amérindiens et les Inuits, semble bien pire (Burggraf, 2000). Ces groupes sont parmi les plus défavorisés au Canada. Les Autochtones semblent souffrir davantage d'une gamme de problèmes de santé physique et mentale que les anglophones canadiens. De plus, l'espérance de vie se chiffre à environ 47 ans chez les femmes et à 46 ans chez les hommes (McPherson, 1995). La pauvreté est un facteur déterminant dans l'état de santé de ceux-ci et dans leur utilisation du système de santé (Burggraf, 2000), ainsi que la malnutrition, les mauvaises habitudes de vie, le peu d'éducation et les différences au niveau culturelles (McPherson, 1995).

Les aînés francophones. Encore une fois, il importe de souligner le peu de recherches scientifiques concernant la santé des aînés francophones en milieu minoritaire. Par contre, il y a tout de même certains organismes qui se sont penchés sur la question. Notons entre autres, la SAANB qui a subventionné une étude dirigée par Desjardins (2003) au Nouveau-Brunswick. Les résultats obtenus dans cette enquête ne révèlent pas de différences entre la population francophone et la population anglophone de la province en ce qui a trait à la santé. Cette situation est due aux nombreuses réformes qui ont eu lieu depuis les années 80 quant à l'accès à des services de santé en français. Ces réformes ont porté fruit puisque depuis 1985, le niveau de santé de la population francophone du Nouveau-Brunswick s'est considérablement amélioré. Toutefois, Desjardins (2003) ne dispose pas de données sur la santé des aînés de la province qui, en raison des conditions de vie d'antan et de l'accès limité à des services de santé en français avant 1990, risque de détériorer par rapport aux générations plus jeunes et par rapport à la population anglophone vieillissante.

Du côté de l'Ontario, le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités (CIRCEM) et l'Institut de recherche sur la santé des populations ont mis sur pied une enquête portant sur la santé des francophones en Ontario. Les résultats de l'enquête, rapportés par Bouchard, Roy, Lemyre et Gilbert (2002) indiquent qu'il existe des différences entre l'état de santé des francophones et celui de la population anglophone et allophone. D'abord, ces premiers se voient en moins bonne santé. De plus, selon un indice objectif de l'état de santé général, les anglophones et allophones de l'Ontario semblent bel et bien en meilleure santé. La population francophone souffre davantage de maladies et de problèmes de santé chroniques telles les maladies cardiaques, la bronchite chronique et l'emphysème, l'arthrite et les rhumatismes, des maux de dos et d'asthme. Il faut ajouter que la santé mentale de ceux-ci semble médiocre comparativement aux anglophones et allophones. En effet, ils ont un score plus élevé aux échelles de détresse et de dépression. Ils font également davantage face à des situations qui les limitent dans leurs activités. Ces écarts semblent prendre leur source d'une part dans les habitudes de vie des francophones qui fument et consomment davantage d'alcool et dans leur utilisation des soins de santé. Bien que les deux groupes de l'étude utilisent les services de santé à une fréquence relativement comparable, les francophones ont davantage l'impression d'avoir eu besoin de soins de santé qui n'ont pas été rencontrés dans les douze derniers mois. Finalement, les résultats de l'enquête démontrent que les francophones consomment davantage de médicaments que les anglophones. Une étude menée dans la région de Montréal auprès de 199 personnes âgées de 62 à 98 ans, dont les deux tiers sont francophones, indique également que les utilisateurs de médicaments sont en grande majorité des francophones (Perodeau & DuFort, 2000).

En se servant des données tirées de l'Enquête nationale de la santé de la population de 1994-1995 de Statistique Canada, Kopec et al. (2001) ont comparé l'état de santé de sept groupes culturels du Canada. Ceux-ci se regroupent sous cinq catégories, soit les canadiens de naissance anglophones, les canadiens de naissance francophones, les natifs canadiens bilingues, les immigrants anglophones et les immigrants non anglophones. Les résultats démontrent que ce sont les francophones canadiens qui ont le plus de problèmes de santé et qui souffrent davantage de douleur chronique. Toutefois, comparativement aux francophones, les anglophones canadiens rapportent plus de difficultés au niveau cognitif. En général, ce sont surtout les immigrants anglophones qui sont en meilleure santé. Ce phénomène est sûrement dû au processus de sélection des immigrants, qui vise principalement les immigrants en bonne santé.

Malgré le peu de recherches sur la situation des aînés, il existe certains indices qui permettent d'évaluer le niveau de santé des populations francophones vieillissantes. Selon une étude de Statistique Canada (Marmen & Delisle, 2003), les francophones vieillissants, entre autres à cause de leur situation socioéconomique, font face à des risques plus importants pour leur santé que le reste de la population. En effet, les études démontrent que le niveau socioéconomique d'un individu a un impact sur sa santé (Burggraf, 2000; Desjardins, 2003; Hartigan, 2004). De plus, il semble que la pauvreté augmente les chances de souffrir d'un trouble mental (Hartigan, 2004). L'éducation semble également être une variable importante pour l'état de santé. D'une part, un manque de connaissances quant aux questions de santé et aux services de santé peut amener les aînés moins éduqués à sous-utiliser les services de santé. D'autre part, le niveau d'éducation peut affecter indirectement l'état de santé des aînés francophones puisque celui-ci constitue une variable déterminante du statut économique (Burggraf, 2000; Desjardins, 2003; Hartigan, 2004). Comme il a été démontré auparavant, les aînés francophones ont un niveau socioéconomique et un niveau de scolarisation plus bas que les anglophones. De plus, ces premiers habitent généralement dans les milieux ruraux et ont donc moins accès aux services de santé (Desjardins, 2003).

Questions et réflexions personnelles

Après avoir exploré de façon théorique la question des représentations socioculturelles de la santé, de la vieillesse et du système de santé et après avoir examiné les barrières qui limitent l'accès aux services de santé par les populations francophones vieillissantes hors Québec, on a pu constater qu'il existe des écarts de santé entre la population anglophone et la population francophone au Canada. Toutefois, nous sommes relativement privés de recherches concernant les aînés. Puisque la situation des aînés francophones demeure bien précaire, il serait important de mener des études sur leur état de santé comparativement aux aînés du groupe majoritaire.

Bien que certaines barrières limitent l'accès des aînés francophones aux services de santé, les écarts au niveau de la santé ne sont pas seulement dus au système de santé et aux politiques publiques. Il y a également des variables environnementales, socioculturelles et individuelles qui entrent en jeu. Par exemple, de mauvaises habitudes de vie, dont l'usage du tabac et de l'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physiques, ont un impact considérable sur la santé. À un niveau d'analyse supérieur, il ne faut pas oublier que les habitudes de vie d'une personne sont grandement influencées par sa culture. La prévention est également un élément clé de l'état de santé d'un individu. Par contre, encore une fois, le concept de prévention est culturellement défini et n'est pas enraciné dans les attitudes de chacun.

Parallèlement, il ne faut pas oublier que la question de la santé, des obstacles et des autres variables pertinentes, dont la culture et les habitudes de vie ne reflètent pas un modèle de causalité linéaire, mais renvoient plutôt à des schémas de relations circulaires. Par exemple, il est reconnu que les conditions socioéconomiques ont un impact sur l'état de santé. Inversement, l'état de santé peut avoir une influence sur le niveau-socioéconomique atteint. Donc, la réduction des écarts au niveau de l'état de santé entre les francophones et les anglophones implique une prise en charge collective ainsi qu'une prise en charge individuelle.

Finalement, il importe de rappeler que bien qu'il existe toujours des écarts de santé entre francophones et anglophones, la situation a bien changé depuis quelques décennies et continue de s'améliorer.

Conclusion

La problématique de la santé des aînés francophones en milieu minoritaire est un sujet complexe. En effet, plusieurs variables entrent en jeu et leur apport sur la situation de la francophonie ne doit pas être négligé. Les facteurs individuels, environnementaux, institutionnels, collectifs et sociaux auraient une incidence sur l'état de santé des populations francophones vieillissantes qui à son tour influe sur cet ensemble de facteurs. En bout de ligne, le résultat serait un accès limité et une sous-utilisation des services de santé par les aînés francophones qui créent un écart par rapport à l'état de santé de ceux-ci. Les habitudes de vie et les attitudes envers la prévention, variables culturellement déterminées, ont également un impact sur leur état de santé.

J'ai été très surprise de constater qu'au Canada, bien que plusieurs recherches soient consacrées à la question des minorités ethniques, la situation francophone, en lien avec la santé, est souvent négligée, particulièrement chez la population vieillissante. C'est peut-être à cause du fait que les francophones occupent le territoire canadien depuis plusieurs siècles déjà. Certains ont alors peut-être l'impression que les francophones partagent les mêmes attitudes et les mêmes conditions que le groupe majoritaire. J'espère que cette courte revue de la documentation arrivera à sensibiliser la population canadienne sur le problème de l'accessibilité aux services de santé dans les communautés francophones, en particulier chez les aînés, et sur son impact sur leur état de santé.

Malgré le fait qu'il y ait très peu de recherches scientifiques qui soient consacrées à la question de la santé des aînés francophones en milieu minoritaire, un nombre important d'organismes ont grandement contribué à la littérature « grise », c'est-à-dire la littérature non-scientifique, en publiant des travaux et des communiqués sur ce sujet. Nommons entre autres, la société Santé en français, le Comité d'action sur les services de santé en français, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaires, la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, l'Assemblée des aînées et des aînés francophones du Canada et tous les associations provinciales sur la santé et le vieillissement. Grâce à leurs initiatives, ils ont contribué à l'amélioration de la situation de la population francophone en milieu minoritaire en ce qui a trait à la santé et surtout à l'accès à des services dans sa langue.

Toutefois, il reste encore bien du travail à accomplir afin d'éliminer les écarts par rapport à l'état de santé des populations canadiennes. Comme on a pu le voir tout au long de ce travail, pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'intervenir à tous les niveaux de la problématique. Finalement, je pense que la communauté scientifique a une contribution considérable à apporter en mettant sur pied des projets de recherche dans le but de répondre à quelques-unes des interrogations suscitées, entre autres, par le présent travail.

Références

- Arcand, B. (1989). Vieillir dans la péninsule acadienne. Dans R. Santerre & G. Létourneau (Éds.) *Vieillir à travers le monde. Contribution à une gérontologie comparée*. Les presses de l'université Laval : Québec. 97-105.
- Bouchard, L., Roy, J. F., Lemyre, L., & Gilbert, A. (2002) *Santé des francophones en Ontario-Sommaire des données descriptives*. Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités. Institut de recherche sur la santé des populations. 31p.
- Burggraf, V. (2000). Older woman: ethnicity and health. *Geriatric nursing*, 21(4), 183-187.
- Conseil consultative national sur le troisième âge (2005). *Aînés en marge : les aînés des minorité ethnoculturelles*. Tiré le 26 mai 2005 de http://www.naca-ccnta.ca/margins/ethnocultural/index_f.htm.
- Daker-White, G., Beattie, A.M., Gilliard, J., & Means, R. (2002). Minority ethnic groups in dementia care: A review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging and mental health*, 6(2), 101-108.
- Damron-Rodriguez, J., Wallace, S., & Kington, R. (1994). Service utilization and minority elderly: Appropriateness, accessibility and acceptability. *Gerontology and geriatrics education*, 15(1), 45-63.
- Desjardins, L. (2003). *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick : étude entreprise par la Société des acadiens et acadiennes du Nouveau-Brunswick*. Éditions de la francophonie : Moncton.
- Dorvil, H. (1995) Types de sociétés et représentations du normal et du pathologique : La maladie physique, la maladie mentale. Dans, J. Dufresne, F. Dumont, & Y. Martin (Éds.) *Traité d'anthropologie médicale*. Presses de l'université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture et Presses universitaires de Lyon. 305-332.
- Driedger & Chappell (1987) *Aging and ethnicity: Toward an interface*. Butterworths: Toronto & Vancouver. 131p.
- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2002). *Santé en français-Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Tiré le 20 mai 2005 de <http://www.fcfa.ca/pr.php?souscate=Publications%20diverses&id=141>.
- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2004). *Profil des communautés francophones et acadiennes du Canada* (2^e ed.). Tiré le 20 mai 2005 de http://fcfa.ca/uploads/Profil_national_f.pdf.
- Goldstein, M. Z., & Griswold, K. (1998). Cultural sensitivity and aging. *Psychiatric services*, 49(6), 769-771.

- Hahn, K. (2003). Older ethnic women in faith communities. *Journal of gerontological nursing*, 29(7), 5-12.
- Hartigan, S. (2004). L'état de santé de la population de l'Atlantique. *Rapport du colloque sur la recherche en santé en milieu minoritaire*.
- Heikkilä, K., & Ekman, S. L. (2003). Elderly care for ethnic minorities – Wishes and expectations among elderly Finns in Sweden. *Ethnicity and health*, 8(2), 135-146.
- Hess, M. (1994). Current inadequacies in identifying the linguistic and cultural dimension of need for NESB frail aged. *Australian journal on aging*, 13(2), 87-89.
- Johnson, J. C., & Smith, N. H. (2002). Health and social issues associated with racial, ethnic and cultural disparities. *Generations*, 26(3), 25-32.
- Kopec, J. A., Williams, J. I., To, T., & Austin, P. C. (2001). Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index. *Ethnicity and Health*, 6(1), 41-50.
- Krakauer, E. L., & Crenner, C., Fox, K. (2002). Barriers to optimum end-of-life care for minority patients. *Ethnogeriatrics and special populations*, 50(1), 182-190.
- Losier, B. (2004). *Chantier «Développement économique communautaire»*. La santé de nos communautés. Société des acadiens et acadiennes du Nouveau-Brunswick. Tiré le 6 mai 2005 de <http://www.saanb.org/references/convention/redacteur/Barbara%20Losier.pdf>.
- Marmen, L., & Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. *Tendances sociales canadiennes*, 71, 27-31.
- McPherson, B. D. (1995). Aging from a historical and comparative perspective: Cultural and subcultural diversity. Dans R. Neugebauer-Visano (Éd.) *Aging and inequality: cultural constructions of differences*. Canadian Scholars' Press: Toronto, Canada. 31-77.
- Paquet, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*. Institut québécois de recherche sur la culture : Québec, 131p.
- Perodeau, G. M., & Dufort, G. G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in elderly. *Journal of applied gerontology*, 19(1), 23-41.
- PGF/GTA Recherche (2002). *Vivre en français jusqu'au bout de son âge- Étude sur la disponibilité des services en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées*. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Tiré le 25 mai 2005 de http://www.rssf.on.ca/french/publications_f/vivre_fr.pdf.
- Provencher, Y. (2002). Personnes âgées de milieux populaires et professionnelles des services. Des représentations différentes de la santé et de la maladie. *Revue canadienne de service social*, 19(1), 43-64.

- Provencher, Y. (2003). Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du NB. *Service social*, 50(1), 231-262.
- Roy, D. J., Williams, J. R., Dickens, B. M. & Baudouin, J. L. (1995). *La bioéthique. Ses fondements et ses controverses*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. : Canada. 548p.
- Santerre, R. & Carette-Fortier, (1989). Vieillir dans la péninsule acadienne. Dans R. Santerre & G. Létourneau (Éds.) *Vieillir à travers le monde. Contribution à une gérontologie comparée*. Les presses de l'université Laval : Québec. 163-169.
- Société des acadiens et acadiennes du Nouveau-Brunswick (2003). *Communiqué. Conférence nationale-provinciale sur la réforme et le financement des soins de santé*. Tiré le 6 mai 2005 de <http://www.saanb.org/neuf/communiquer/2003/265.htm>.
- Sévigny, A., & Vézina, A. (1996). Les raisons qui motivent les aînés à utiliser ou à ne pas utiliser les services des organismes communautaires dans leurs stratégies de soutien à domicile. *Intervention*, no.103, 26-35.
- Silveira, E. R. T., & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(11), 801-812.
- Takamura, J. (2002). Social policy issues and concerns in a diverse aging society: Implications of increasing diversity. *Generations*, 26(3), 33-38.
- Torsch, V. L., & Ma, G. X. (2000) Cross-cultural comparison of health perceptions, concerns, and coping strategies among Asian and Pacific Islander American elders. *Qualitative Health Research*, 10(4), 471-489.
- Ujimoto, V. K. (1995). The ethnic dimension of aging in Canada. Dans R. Neugebauer-Visano (Éd.) *Aging and inequality: cultural constructions of differences*. Canadian Scholars' Press: Toronto, Canada. 3-29.