



COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

Un projet de recherche communautaire et participatif dans la région du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS) en Ontario.

Rédigé par : Vivien Runnels, Août 2017

Le financement pour cette étude a été octroyé par le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS).

Le Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa est financé par Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada (IRCC).

Les points de vue et opinions exprimés dans ce document sont ceux de l'auteure et des participants à l'étude, et ne reflètent pas nécessairement ceux du PLIO et du RLISS de Champlain.

Veillez s'il vous plait adresser vos demandes à

Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa
219 avenue Argyle, 1^{er} étage
Ottawa, Ontario
K2P 2H4
Téléphone: 613-232-9634, poste : 385
Hindia Mohamoud, Directrice, PLIO, hindia@olip-plio.ca
Hodan Egale, agente administrative, PLIO, hodan@olip-plio.ca

Ce projet a été réalisé par : Vivien Runnels (chercheuse), Kaitlyn Carr (assistante de recherche), Hindia Mohamoud et Leslie McDiarmid (responsables du projet), Abebe Engdasaw (coordinateur des groupes de discussion jusqu'en février 2017), et Hodan Egale (agente administrative, PLIO). Le comité directeur de la recherche était composé de Hindia Mohamoud; Leslie McDiarmid; Caroline Andrew; Vivien Runnels, Hodan Egale et Abebe Engdasaw.

Alejandro Gomez a contribué à concevoir et administrer le sondage auprès des organisations. Terri Scott a été modératrice des groupes de discussion. Vivien Runnels a été chercheuse/preneuse de notes pour les groupes de discussion. Vivien Runnels & Verbatim Ottawa Services Inc. (Jeanie Zeiter) ont retranscrit les entretiens et les discussions des groupes. April Carrière a réalisé un entretien en français. Zahia Lahoua a dirigé un groupe de discussion en français et Laurence Lenoir a pris les notes.

La traduction du rapport a été réalisée par Aurélie Lacassagne.

Remerciements

Ce rapport a été rendu possible grâce à la bonne volonté de nombreuses personnes qui ont généreusement donné de leur temps, et ont partagé leurs connaissances et perspectives. Le PLIO voudrait sincèrement remercier les personnes et organisations suivantes :

Elaine Medline, RLISS de Champlain, bailleur de fonds du projet

Les membres de la table sectorielle sur la santé et le bien-être du PLIO et les partenaires du PLIO

Le Centre catholique pour immigrants – Ottawa (CCI Ottawa)

Leslie McDiarmid, directrice générale, Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa (SEOCHC/CSCSEO)

Mary Ann Jenkins, présidente, Comité d'éthique du SEOCHC/CSCSEO

Les membres du comité consultatif du projet du PLIO : Lisa Cowley; Armand Kayolo; Basha Mair; Entisar Yusuf; Jama Watt; Josephine Etowa; Mark Zarecki; Namu Nabubakar; Silvana; Wendy Tang; Judith Headley; Karen Luong; Sarah Bercier; Abdirizak Karod; Julie Gauvin; Leslie Emory.

Nous sommes très reconnaissants envers les organismes de services aux immigrants et leur personnel qui ont soutenu cette étude et coordonné les groupes de discussion et les entretiens : les Services à la famille juive; le Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa; le Centre de services communautaires chinois; le Centre somalien de services aux familles; l'Organisation de services communautaires aux immigrants d'Ottawa (OCISO); le Centre de ressources communautaires de Rideau-Rockcliffe; le Centre de santé communautaire Somerset Ouest et l'Association communautaire jamaïcaine d'Ottawa.

Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les personnes âgées immigrantes qui ont participé aux entretiens et groupes de discussion. Les participants se sont rendus aux groupes de discussion pendant le dur hiver ottavien, et les participants aux entretiens nous ont ouvert chaleureusement la porte de leurs maisons. Leur ouverture d'esprit et le partage de leurs expériences et savoirs sur les soins de santé dans la région du RLISS de Champlain sont d'une grande valeur, et nous les remercions sincèrement.

Les aidants naturels qui ont pris part aux groupes de discussion sont des personnes très occupées qui ont généreusement donné de leur temps et ont partagé leurs connaissances pour aider les autres à en apprendre plus sur la santé et les soins fournis aux personnes âgées immigrantes. Leur participation est grandement appréciée. Les aidants naturels voulaient également offrir leurs remerciements pour l'occasion qui leur a été donnée de participer aux groupes de discussion et d'avoir leurs voix entendues.

Nous sommes très reconnaissants envers les dirigeants et les directions générales des organisations de soins de santé financées par le RLISS de Champlain qui ont pris le temps de répondre au sondage. Ces organisations de soins de santé sont des dépositaires importants d'informations, de connaissances et d'expériences en matière de soins aux personnes âgées immigrantes. De nos jours les sondages sont des outils omniprésents pour collecter des données, et de nombreux sondages sont réalisés. Nous apprécions profondément le fait d'avoir reçu des réponses de la part des organisations et leurs commentaires pertinents qui nous ont aidés à rédiger ce rapport.

Nous espérons que les voix de tous les participants à cette étude et les savoirs qu'ils ont partagés, seront pris en compte avec attention et que des actions concrètes seront entreprises afin de répondre à leurs inquiétudes.

Suggestion de référencement bibliographique :

Runnels, V. (2017). Comprendre les besoins et les priorités en matière de soins de santé des personnes âgées immigrantes dans la région du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS). Un projet de recherche communautaire et participatif dans la région du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS) en Ontario. Ottawa: Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa et Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	6
Liste des encadrés, cartes et graphiques	6
1. COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES	7
2. RÉSUMÉ ANALYTIQUE – COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES.....	8
Les expériences en matière de santé des personnes âgées immigrantes	8
Accès - langue, communication et culture	9
Accès – temps d’attente et abordabilité	9
Accès – transport.....	9
Besoins futurs et conditions de vie quotidienne	9
Âge, sexe & origine ethnoculturelle des personnes âgées immigrantes	9
Priorités	10
Conclusion du résumé analytique.....	10
3. INTRODUCTION – COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES	11
Le contexte de cette étude – diversité et population vieillissante au Canada	11
L’état de santé des populations âgées et immigrantes.....	12
4. COMMENT LES INFORMATIONS (DONNÉES) ONT-ELLES ÉTÉ COLLECTÉES	13
Éthique	13
Comment les données ont-elles été analysées	13
Qui sont les personnes âgées immigrantes qui ont fourni les preuves pour cette étude?	14
Personnes âgées immigrantes participant aux entretiens : nombre et caractéristiques.....	14
5. LES RÉSULTATS DU PROJET	15
Comment les personnes âgées immigrantes voient-elles leur santé et leur santé future.....	15
Expériences des personnes âgées immigrantes concernant les soins de santé	16
Accès aux soins de santé	17
La nécessité de soins de santé sensibles aux particularités culturelles et à la langue	17
Accès en temps voulu	18
Abordabilité des soins de santé	18
Accès à l’information	18
Transport	19
Arrangements liés aux conditions de vie et santé des personnes âgées immigrantes	20
Arrangements liés aux conditions de vie dans le futur	21
Déterminants sociaux de la santé et soins de santé des personnes âgées immigrantes	22

6. LES AIDANTS NATURELS ET LES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES	23
7. ÂGE, SEXE ET ORIGINE ETHNOCULTURELLE – PERSPECTIVES SUR LES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES.....	24
Âge	24
Sexe	25
Origine ethnoculturelle et soins de santé	25
8. PRIORITÉS	27
a) Faire face aux problèmes de langue et culture dans les soins aux personnes âgées immigrantes	27
b) Comprendre les points de vue culturels	27
c) Offrir des programmes spécifiques pour les personnes âgées immigrantes	28
d) Réduire les listes d'attente	28
e) Fournir des logements et des établissements appropriés pour les personnes âgées immigrantes	29
f) Améliorer la littératie en matière de santé et aider les personnes âgées à prendre soin d'elles	29
g) Réduire les coûts des soins de santé à la charge des patients	29
h) Fournir des moyens de transport abordables, accessibles et disponibles	30
i) Aider les organisations à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes	30
j) Réaliser des investissements dans l'intégration et la coordination des soins ainsi que la sensibilisation et la communication	31
Encadré 5 : Programmes et services dédiés aux personnes âgées immigrantes	32
9. RECOMMANDATIONS POUR LES PLANIFICATEURS DE SOINS DE SANTÉ DU RLISS DE CHAMPLAIN	33
Recommandation (a) Reconnaître la santé de la population des personnes âgées immigrantes	33
Recommandation (b) Répondre aux besoins linguistiques et culturels en matière de soins des personnes âgées immigrantes	34
Recommandation (c) Prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des personnes âgées immigrantes	34
Recommandation (d) Mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies	34
Recommandation (e) Améliorer l'accès aux services de santé mentale au travers des organismes communautaires desservant les immigrants	35
Recommandation (f) Soutenir les aidants naturels	35
Recommandation (g) Augmenter l'accès aux soins buccodentaires	35
Recommandation (h) Collecter des données et fournir de l'information	35

10. RECHERCHES FUTURES	38
9a Recherche dans les régions rurales	38
9b Pratiques exemplaires pour la santé et les soins de santé des personnes âgées immigrantes dans le RLISS de Champlain	38
11. CONCLUSIONS	39
RÉFÉRENCES.....	40
Annexe A : organisations sondées et leurs programmes	44
Annexe B : Santé buccodentaire – quelques notes tirées de la littérature	47
Annexe C : Aide et ressources pour les personnes âgées immigrantes.....	49

Liste des tableaux

Tableau 1: Les 3 premières régions d'origine des immigrants âgés de 65 et plus à Ottawa	11
Tableau 2: Population âgée de 65 ans et plus pour la région du RLISS de Champlain et la région d'Ottawa selon le statut d'immigrant ou non-immigrant	11
Tableau 3: Fréquence et classement des réponses sur les déterminants sociaux de la santé des personnes âgées immigrantes par pourcentage et nombre	22
Tableau 4 : Résumé des réponses des organismes sur les perspectives quant aux différences dans les soins fondées sur l'âge, le sexe et l'origine ethnoculturelle.....	25
Tableau 5: Qu'est-ce qui aiderait les organisations sondées à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes – les 10 premières réponses par classement et nombre de réponses	30
Tableau 6 : Services et programmes délivrés par les organisations sondées	45
Tableau 7 : Accès aux soins buccodentaires parmi les résidents ontariens selon leurs caractéristiques sociodémographiques	48

Liste des encadrés, cartes et graphiques

Carte : Sous-régions du RLISS de Champlain	10
Encadré 1: Les personnes âgées immigrantes et les soins de santé dans la région du RLISS de Champlain – un projet de recherche communautaire et participatif	12
Encadré 2 : Isolement social et santé et sécurité des personnes âgées immigrantes	16
Encadré 3 : Un appel pour accommoder les personnes âgées immigrantes avec des logements répondant à leurs besoins de santé	22
Encadré 4 : Un exemple de manque de compétences culturelles	28
Encadré 5 : Programmes et services dédiés aux personnes âgées immigrantes	32
Graphique : L'utilisation des évaluations des impacts sur l'équité en matière de santé par les organisations sondées	36
Encadré 6 : Résumés des priorités, principaux items et recommandations de perfectionnement organisationnel pour améliorer la santé et les soins de santé des personnes âgées immigrantes dans la région du RLISS de Champlain	37

COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

La population de l'Ontario vieillit. Son système de santé se prépare à répondre aux besoins et aux problématiques d'équité en matière de santé d'un nombre croissant de personnes âgées. Les immigrants constituent une partie de la population générale des personnes âgées en Ontario : il a été démontré qu'être né à l'étranger a un impact sur l'accès et l'utilisation des soins de santé.

Les personnes âgées immigrantes dans la région du RLISS de Champlain ont pris part à une étude dans laquelle elles décrivent ce qu'elles aiment du système de soins de santé; parlent de leurs expériences des barrières et des défis qui ont contraint leur accès et utilisation des soins; ce qu'elle pensent qu'il pourrait arriver dans leur avenir; et ce qu'elles pensent être des priorités importantes à prendre en compte.

Beaucoup de personnes âgées immigrantes participant à l'étude parlaient peu anglais ou français : elles ont décrit comment une communication et une compréhension efficaces entre les organismes, le personnel de santé et les personnes âgées immigrantes étaient entravées à cause de différences culturelles et linguistiques. Ceci a compliqué les rencontres dédiées aux soins et a gêné la livraison de soins de santé de qualité à domicile et dans les organismes.

La capacité de nombreuses personnes âgées immigrantes de payer de leurs poches les coûts engendrés pour des services ou des nécessités dont elles avaient besoin pour leur santé et leur vie quotidienne a été limitée par leurs faibles revenus. Le transport public pour se rendre à des rendez-vous de santé peut être dispendieux. Certaines personnes n'avaient pas de soutien social et étaient isolées socialement. Certaines étaient analphabètes dans leurs propres langues d'origine. Malgré leur besoin en matière de logement approprié à leur âge, les logements offerts par le secteur privé conçus pour les personnes âgées étaient trop coûteux pour les personnes âgées immigrantes à faibles revenus, et ils n'étaient pas culturellement appropriés. Les aidants naturels assistent les personnes âgées immigrantes en ce qui a trait à leur santé et leurs soins, mais ils ne peuvent pas mettre en

danger leur propre santé, emploi et leurs responsabilités familiales parce qu'ils aident à s'occuper de personnes âgées immigrantes.

Les personnes âgées immigrantes, dans toute leur diversité, ont besoin de soutiens spécifiques afin de faire un usage optimal de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins de santé, et afin de réduire le fardeau des maladies et affections. La planification des soins de santé peut aider à créer une situation équitable dans laquelle toutes les personnes âgées participent de façon égale, et ont accès aux soins dont elles ont besoin. Les planificateurs de la santé peuvent aussi s'assurer que les conditions de vie des personnes âgées immigrantes contribuent à leur bonne santé, et empêchent ou retardent leur intervention requise pour des soins de santé en résidence couteux. Les données démographiques identifiant la population des personnes âgées immigrantes peuvent permettre aux planificateurs et organisations de la santé de cibler et d'adapter leurs ressources là où elles sont le plus pressantes. Des plans de priorisation pour faire face aux barrières linguistiques et culturelles permettront un accès amélioré à de multiples composantes des soins de santé et aideront les personnes âgées immigrantes à atteindre leur plein potentiel de santé.

Bien que certains services et programmes pour les personnes âgées immigrantes soient déjà mis en place au RLISS de Champlain, créer des liens entre les organisations et travailler de façon intersectorielle seraient d'une grande aide. Les modèles de soins de santé qui opèrent au niveau local, comme les centres de santé communautaire, sont bien placés pour travailler avec les secteurs de la santé et d'autres secteurs pour limiter les effets de l'isolement social, de la pauvreté, des mauvaises conditions de logement et du manque de connaissances en matière de santé qui ont tous des effets négatifs sur la santé des personnes âgées immigrantes.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

La population du Canada vieillit. Les pyramides des âges montrent une augmentation en chiffres absolus et en proportion des plus de 65 ans relativement au reste de la société. Mais alors que les systèmes de santé planifient de prendre soin du nombre croissant de personnes âgées, l'âge n'est pas le seul déterminant de la santé et des besoins en matière de santé des personnes âgées. La population canadienne des personnes âgées n'est pas la même en termes de caractéristiques individuelles et de groupe. Bien que des conditions et maladies similaires liées au processus de vieillissement existent, les expériences d'accès aux soins et de navigation dans le système de santé diffèrent selon les personnes âgées. S'assurer que chaque Canadien, y compris les personnes âgées, ait un accès équitable répondant à leurs besoins en termes de santé, est un objectif fondamental du système de santé de l'Ontario et du Canada.

L'immigration constitue un facteur constant dans la formation et l'évolution de la société canadienne. En raison de l'immigration, la population canadienne est fortement diversifiée. En 2011, près d'une personne sur trois en Ontario (28,5%), était née à l'étranger (la moyenne au Canada est de 20,6%). Parmi ces personnes nées à l'étranger, beaucoup sont des citoyens canadiens et vivent au Canada depuis de nombreuses années. D'autres approchent rapidement de l'âge de la retraite et d'autres sont de récents nouveaux arrivants, qui sont venus au titre du regroupement familial ou comme réfugiés provenant de zones de conflits et d'États faillis.

Un projet de recherche communautaire participatif sur la santé des personnes âgées immigrantes a été commandité par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain, situé dans l'Est ontarien. Le projet a été mené par le Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa (PLIO) et le Centre de santé communautaire du sud-est d'Ottawa (SEOHC/CSCSEO).¹

L'objectif du projet était de rassembler des données sur la population des personnes âgées immigrantes et leurs expériences et savoirs en matière de santé et de soins dans la région du RLISS de Champlain, données qui pourraient être utilisées pour éclairer la planification de services équitables, accessibles, appropriés et abordables de soins de santé utilisés adéquatement.

Cent personnes âgées immigrantes ont partagé leurs savoirs et expériences sur la santé et les soins dans la région du RLISS de Champlain. 95 personnes âgées immigrantes à Ottawa ont participé à des groupes de discussion organisés selon la langue (anglais, français, chinois, arabe, somali, russe et vietnamien). Certaines personnes âgées immigrantes qui ont peu de contacts sociaux avec les autres (définies comme des citoyens âgés isolés socialement) ont été interviewées individuellement. Des aidants naturels (définis comme des membres de la famille, des amis ou autres aidants non rémunérés) qui soutiennent les personnes âgées immigrantes vivant dans la communauté, ont aussi pris part à des groupes de discussion pour donner leurs propres perspectives sur la santé des personnes âgées immigrantes. 65 organisations de la santé dans toute la région du RLISS de Champlain ont également partagé leurs perspectives et points de vue sur les soins offerts aux personnes âgées immigrantes au travers d'un sondage en ligne.

Les composantes du projet de recherche ont été examinées par un comité d'éthique afin de s'assurer que tous les participants comprenaient les bénéfices et les risques associés à la participation à cette recherche et pour s'assurer de leur consentement éclairé. Toutes les données des différentes composantes du projet ont été colligées et analysées. L'analyse a montré que les participants âgés immigrants avaient des expériences en commun. Ceci a également été confirmé par les groupes de discussion avec les aidants et les réponses au sondage auprès des organismes.

Les expériences en matière de santé des personnes âgées immigrantes

Bien que de nombreux participants aux groupes de discussion aient décrit des problèmes existants de santé physique, mentale et dentaire et que certains aient des besoins de santé non résolus ou sans réponse, les personnes âgées immigrantes étaient en général satisfaites des soins qu'elles avaient reçus. Cependant, elles ont dit que leurs soins étaient affectés par des facteurs qui limitaient leur accès et utilisation des soins de santé.

Accès - langue, communication et culture

Beaucoup de personnes âgées immigrantes ne sont pas

¹ Voir aussi l'annexe B Projet sur la santé et le bien-être des personnes âgées immigrantes – Modèle de processus décisionnel

capables de communiquer en anglais ou en français : pour certaines, cela peut mener à l'isolement social. Bien que certaines personnes âgées immigrantes soient accompagnées d'aidants naturels lors de rendez-vous médicaux qui les aident avec la traduction, le manque de culture et langue partagées entravent une communication et une compréhension efficaces entre le personnel soignant et le patient. Les facteurs culturels et linguistiques peuvent aussi compliquer le rapport patient-soignant. Par exemple, dans certaines cultures, on n'informe pas les personnes qu'elles sont en train de mourir parce que cette information mènera l'individu à : « abandonner et ils ne combattront pas la maladie qu'ils ont. » (aidant naturel). Quand les professionnels de la santé ignorent ce type de différences culturelles ou n'y sont pas sensibles, cela peut créer une détresse significative chez les patients et les membres de la famille.

Les personnes âgées immigrantes et les aidants naturels ont aussi parlé des difficultés à naviguer dans le système de santé, et ont fait part de la nécessité de recevoir des informations coordonnées sur la santé et les services de soins, et d'avoir des moyens efficaces de gestion des propres informations des patients.

Accès – temps d'attente et abordabilité

Les expériences des personnes âgées immigrantes concernant l'accès aux soins ont été décrites comme étant accompagnées de délais, de listes d'attente et d'inaction perçue. Comme l'a exprimé une personne : « le système est bon, mais le temps d'attente est tellement long » (personne âgée immigrante). Le blocage de l'accès aux soins a causé des inquiétudes et du stress pour les personnes âgées immigrantes.

Les personnes âgées immigrantes ont aussi mentionné leur incapacité à payer de leurs poches pour des dépenses liées à la santé. C'était le cas pour certains médicaments, appareillages pour des problèmes de vue, d'ouïe, dentaires, et la physiothérapie. « Le plan pour les médicaments ne couvre pas les médicaments de base... les personnes à faibles revenus ne peuvent pas se les payer » (personne âgée immigrante).

Accès – transport

Pour beaucoup de participants, l'accès aux soins était étroitement dépendant du transport public organisé y compris Para Transpo dans la région d'Ottawa. Payer pour le transport était difficile pour les personnes âgées qui « n'ont aucun revenu et étaient dépendantes de leurs enfants... et devaient demander à leurs enfants pour payer le bus. » (Personne âgée immigrante participant à

un groupe de discussion). Les expériences des personnes âgées immigrantes et des aidants naturels pour organiser par téléphone le transport avec Para Transpo ont pris du temps et ils ont souvent échoué dans leurs tentatives d'obtenir un transport.

Les répondants du sondage auprès des organisations ont identifié le manque d'accès au transport pour des services de santé et de santé mentale comme étant une barrière aux besoins en matière de santé des personnes âgées immigrantes dans la région du RLISS de Champlain.²

Besoins futurs et conditions de vie quotidienne

Les personnes âgées immigrantes ont anticipé des changements dans le statut de leur santé personnelle alors qu'elles vieillissent, ce qu'elles ont associé avec un besoin accru pour des soins, un accroissement possible de l'isolement social, et des changements potentiels dans leurs modes de vie. Tous les participants aux groupes de discussion et aux entretiens ont dit préféré avoir des conditions de vie favorisant leur maintien à domicile de façon aussi indépendante que possible et pour le plus longtemps possible. Quand les personnes âgées avancent en âge et sont moins capables de gérer le quotidien, vivre à domicile avec les soutiens en place (y compris l'aide d'une femme de ménage, de l'aide pour la cuisine et le lavage et une adaptation du lieu de vie) était vu comme un impératif pour maintenir la santé et empêcher la relocalisation vers un établissement de soins de longue durée. La capacité de payer une maison de retraite privée est extrêmement limitée pour les personnes âgées immigrantes, beaucoup d'entre elles ayant de faibles revenus.

Âge, sexe & origine ethnoculturelle des personnes âgées immigrantes

L'âge, le sexe et l'origine ethnoculturelle sont des déterminants importants de la santé individuelle et de la population. La plupart des répondants ont démontré peu ou aucune connaissance, preuve ou information qui soutiendrait l'idée que la qualité des soins serait différente ou moindre à cause de leur âge, sexe et origine ethnoculturelle. Cependant, beaucoup de commentaires des répondants au sondage ont mentionné le manque de sensibilisation aux besoins culturels ou un manque de sensibilité ethnique/culturelle, laissant entendre que beaucoup de fournisseurs manquaient de ressources ou de savoirs en ce qui a trait aux compétences culturelles. Les personnes âgées immigrantes ont aussi mentionné certaines expériences de ce type mais ne les ont pas

2 Le RLISS de Champlain a un service de transport subventionné, qui est opéré par des agences communautaires, Service de transport non-urgent – Soins de santé <http://www.lignesantechamplain.ca/listServices.aspx?id=10109> Aucun des répondants n'a spécifiquement nommé ce service.

identifiées comme problématiques en tant que telles, mais comme des expériences qu'elles acceptaient. Par exemple, une personne âgée immigrante a raconté : « j'ai l'impression que tout le monde dans le système de santé me juge en fonction de ma couleur... j'ai vécu avec cet aspect ethnoculturel toute ma vie, et donc j'accepte d'avoir été traitée de manière différente » (personne âgée immigrante).

Les réponses au sondage auprès des organisations de soins de santé dans le RLISS de Champlain ont montré que les organismes de soins de santé pourraient bénéficier d'un soutien accru et d'un renforcement de capacités en ce qui concerne la collecte de données et l'évaluation de l'équité en santé. Les données désagrégées sont un ajout important pour orienter la priorisation et la planification des services.

Priorités

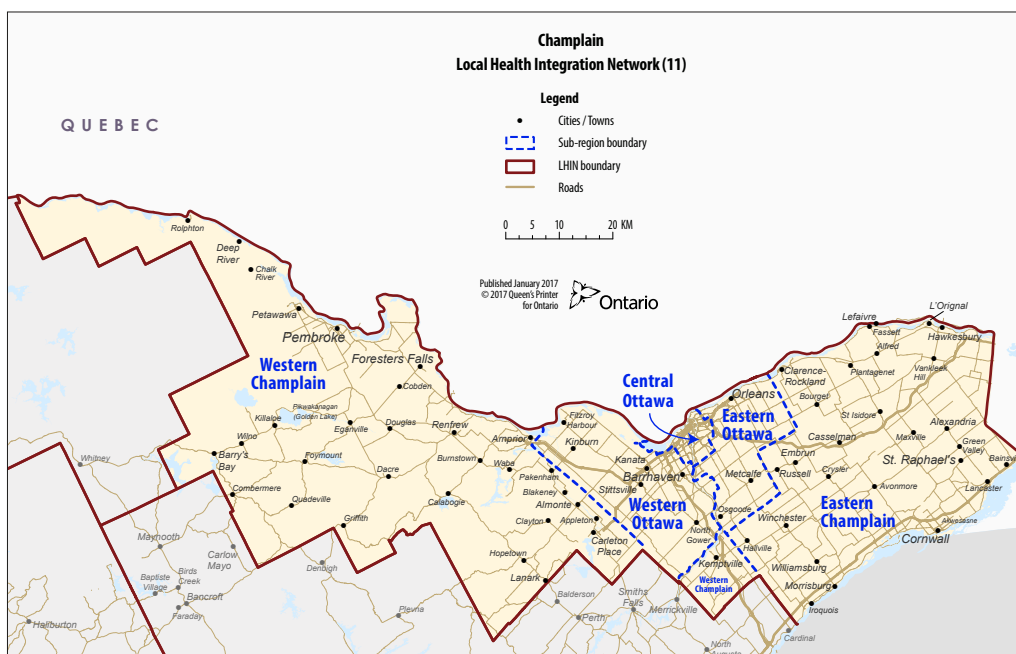
Alors que les communications étaient vues comme un défi central à l'accès aux soins, offrir de l'interprétariat (traduction) avec une compréhension culturelle a été identifié comme une priorité majeure. D'autres priorités importantes pour les soins aux personnes âgées immigrantes comprennent : régler le problème des temps d'attente et des délais; faire face au problème de l'abordabilité et des coûts non couverts y compris l'accès et la disponibilité du transport; améliorer les ressources/connaissances du système de soins de santé; et fournir des logements et programmes appropriés aux personnes âgées immigrantes. Les priorités du système de santé incluent une augmentation des soins de santé et de santé mentale par du personnel spécialisé pour les personnes âgées. Si on leur donnait le choix, les organisations sondées étaient plus susceptibles de sélectionner des investissements dans le financement

opérationnel pour les aider à intégrer et coordonner les services, et des investissements dans la sensibilisation et la communication pour améliorer la santé des personnes âgées immigrantes.

Conclusion du résumé analytique

Il y a beaucoup de personnes âgées immigrantes diverses culturellement et linguistiquement dans la région du RLISS de Champlain et on prévoit que cette population s'accroisse dans l'avenir. Alors que certains services sont déjà disponibles, la planification de soins de santé équitables pour les personnes âgées immigrantes devra prendre en considération le fait que différentes populations issues de contextes variés connaissent différentes trajectoires pour accéder et recevoir des soins. Reconnaître que les déterminants sociaux de la santé des personnes âgées immigrantes sont étroitement liés aux soins peut aider à planifier les priorités en soins de santé et programmes qui contribuent au maintien de la santé et de la santé mentale des personnes âgées immigrantes, tout en empêchant ou retardant le moment où elles auront besoin de soins en résidence. Les priorités qui ressortent de cette recherche recommandent certaines orientations pour la planification et le processus décisionnel. Une personne âgée immigrante demande instamment aux décideurs de : « ...s'occuper des personnes âgées, de leur donner de bons soins, et de ne pas penser que maintenant elles ne peuvent rien faire pour ce pays, parce qu'elles ont été très utiles pour le pays, alors maintenant s'il vous plaît donnez-leur de très bons soins de santé. »

Source : <http://www.champlainlhin.on.ca/GoalsandAchievements/OurStratPlan/SubRegions.aspx>. Consulté le 25 mars 2017.



Carte : Sous-régions du RLISS de Champlain

INTRODUCTION

COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

Ce document présente le compte-rendu d'un projet de recherche communautaire et participatif sur les personnes âgées immigrantes et la santé. Commandée par le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain (RLISS), cette recherche a été réalisée par le Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa – un partenariat multisectoriel impliquant plus de 60 organismes locaux, et le Centre de santé communautaire d'Ottawa sud-est (CSCOSE). Le projet a été conçu pour en savoir plus sur les expériences en matière de santé et de soins chez les personnes âgées immigrantes, et sur les besoins en soins de santé qu'elles identifient comme étant importants, maintenant et dans l'avenir. Les informations recueillies auprès de la communauté et des organisations livrant des soins et des programmes de santé pourraient par la suite être utilisées pour orienter la planification de services de soins équitables, appropriés et accessibles pour les personnes âgées immigrantes. Dans ce rapport, l'accent est mis sur les expériences et les savoirs des personnes âgées immigrantes, avec des résultats additionnels venant d'autres composantes de l'étude.³ Les sections finales de ce rapport présentent les priorités établies selon les preuves recueillies et les recommandations émises lors des discussions sur les résultats.

Le contexte de cette étude – diversité et population vieillissante au Canada

La composition de la population canadienne est diverse, une résultante de migrations permanentes venues de tous les coins du monde depuis de nombreuses années. En 1981, les deux tiers des personnes nées à l'étranger et vivant au Canada – y compris les immigrants arrivés des décennies auparavant – étaient nés en Europe. Depuis 2006, le groupe de nouveaux arrivants le plus important provient de l'Asie. La proportion des nouveaux arrivants africains était de 12,5% sur la période 2006-2011, et les nouveaux arrivants nés en Afrique constituent environ 7,3% de la population. En 2011, près de 3 personnes sur 10 en Ontario (28,5%) étaient nées à l'étranger (la moyenne pour le Canada dans son ensemble est de 20,6%). (Division de la démographie, 2016). Un peu plus de 4% des nouveaux immigrants étaient âgés de 65 ans et plus en 2012, comparés à environ 15% de la

population canadienne dans son ensemble (Division de la démographie, 2016, p.30). À Ottawa, la capitale nationale du Canada, réside une population immigrante d'origines diverses (tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1: Les 3 premières régions d'origine des immigrants âgés de 65 et plus à Ottawa

Origine	Population
Europe (Europe du nord)	20,740
Asie (Asie de l'est)	10,580
Amériques (Caraïbes & Bermudes)	4,970

Source : Données du recensement – immigrants âgés de 65 et plus (juillet 2016)³

Alors que les migrations ont créé le contexte pour la diversité, la structure démographique du Canada est aussi marquée par le vieillissement de la population, avec des chiffres et des proportions plus élevés des membres âgés relativement aux autres groupes d'âge. À Ottawa, on retrouve une population importante de personnes âgées (109 280) dont 35% (38 155) sont nées à l'étranger. Dans la région du RLISS de Champlain dans son ensemble, qui inclut Ottawa, le pourcentage baisse un peu pour s'établir à 28% (43 985). Moins de 5 000 personnes âgées immigrantes résident en dehors de la région d'Ottawa, environ 3,7% de la population âgée totale de la région de Champlain.

Tableau 2: Population âgée de 65 ans et plus pour la région du RLISS de Champlain et la région d'Ottawa selon le statut d'immigrant ou non-immigrant

Population	Champlain	Ottawa
population totale 65+	159,405	109,280
# immigrants (65+)	43,985	38,155
# non-immigrants (65+)	115,420	71,125
% immigrants	28%	35%

Source : Données du recensement – immigrants âgés de 65 et plus (juillet 2016)⁴

3 La troisième composante consistait en des groupes de discussion menés avec des aidants naturels à qui on a demandé de décrire leurs expériences de soins envers les personnes âgées immigrantes. Dans ces groupes de discussion on a utilisé des questions similaires portant sur les soins de santé des personnes âgées immigrantes mais en écoutant ce que les aidants naturels avaient à dire. La dernière composante consistait en un sondage mené auprès des organisations financées par le RLISS. Les questions étaient divisées en trois sections : des questions portant sur la livraison de soins de santé par les organisations et la gouvernance générale; les expériences des organisations concernant les personnes âgées immigrantes et leurs soins de santé; et les priorités organisationnelles et la planification pour l'avenir y compris ce qui aiderait les organisations à améliorer leurs services.

4 Nous remercions le RLISS de Champlain de nous avoir fourni ces données.

L'état de santé des populations âgées et immigrantes

Au Canada, « par rapport aux autres adultes, les personnes âgées ont proportionnellement plus souvent recours aux services hospitaliers et médicaux, aux services à domicile, aux soins de longue durée ainsi qu'aux médicaments sur ordonnance » (Institut canadien d'information sur la santé, 2011, p. ix). Le nombre grandissant de conditions chroniques (aussi appelées maladies non transmissibles – MNT) explique leur besoin pour des soins de santé. En plus des MNT, il existe d'autres problèmes de santé et la baisse des capacités (Organisation mondiale de la santé, 2015, 2016). Les problèmes sociaux tels que la pauvreté et la maltraitance envers les personnes âgées sont aussi des sources d'inquiétude pour la santé des personnes âgées et des personnes âgées immigrantes (Conference Board of Canada, n.d.; Registered Nurses' Association of Ontario, 2014).

La santé des populations immigrantes et réfugiées a reçu une attention particulière dans la dernière décennie (Pottie et al., 2011). Cependant, la santé des Canadiens âgés immigrants (nés à l'étranger) et leur accès aux soins de santé soulèvent des inquiétudes. Certaines populations âgées font constamment l'expérience de résultats plus faibles parce que l'appartenance à certains groupes démographiques les place dans des situations où elles sont plus désavantagées ou marginalisées dans certains aspects de la vie (que l'on appelle aussi les déterminants sociaux de la santé). Ces déterminants sociaux de la santé incluent les soins de santé. Par conséquent, certains questionnements sur l'accès, la réception et l'utilisation des soins dont les personnes âgées immigrantes ont besoin, y compris si elles reçoivent le bon service au bon endroit et au bon moment, ont également été soulevés (Gulliford et al., 2002; Levesque, Harris, & Russell, 2013).

Encadré 1: Les personnes âgées immigrantes et les soins de santé dans la région du RLISS de Champlain – un projet de recherche communautaire et participatif

- Participation de 100 personnes âgées immigrantes dans la région du RLISS de Champlain à huit groupes de discussion pour comprendre leurs expériences et défis en matière de santé et bien-être
- Participation de personnes âgées immigrantes vivant dans la collectivité qui entretiennent peu de contacts sociaux avec d'autres personnes – citoyens âgés socialement isolés
- Obtention de savoirs et perspectives de la part des aidants naturels (familles, amis et autres aidants non payés) lors de deux groupes de discussion. Les aidants naturels jouent un rôle de soutien très important pour les personnes âgées immigrantes vivant dans la collectivité
- Intégration de la perspective des organisations de santé du RLISS de Champlain sur les questions de santé et de soins chez les personnes âgées immigrantes grâce à un sondage (le sondage a été envoyé à toutes les organisations financées par le RLISS – 65 organisations ont partagé des données)
- Obtention de rétroactions de la part d'organismes desservant les immigrants et de leur personnel
- Utilisation bénéfique des connaissances et recommandations émises par le Comité consultatif du projet mis en place par le PLIO (voir annexe A)

COMMENT LES INFORMATIONS (DONNÉES) ONT-ELLES ÉTÉ COLLECTÉES

Nous avons conçu un projet « communautaire et participatif » afin de s'assurer que les perspectives des personnes âgées immigrantes à l'égard de leurs expériences en matière de santé et de soins occupent une place centrale dans la collecte et la présentation des preuves.

Nous avons débuté le projet en examinant le 'savoir' (la littérature scientifique) qui existait déjà, et nous avons utilisé ce savoir pour orienter les questions de recherche du projet. La principale question posée pendant l'examen de cette littérature était la suivante : que savons-nous déjà des points de vue, perspectives et expériences des personnes âgées immigrantes sur leur propre santé, besoins en santé et soins de santé? La revue de littérature a été menée sur une période allant de 2000 à aujourd'hui.

Les questions que nous avons posées aux personnes âgées immigrantes durant les groupes de discussion et les entretiens ont été conçues pour solliciter les expériences et connaissances de tous les participants à la recherche, en se fondant sur la littérature. Nous avons posé les questions suivantes : Quels sont les expériences, points de vue et perspectives des personnes âgées immigrantes sur leur vieillissement et leur santé et sur leur accès aux soins? Qu'est-ce qui aide ou empêche les personnes âgées immigrantes d'obtenir le bon soutien au bon moment et au bon endroit?

Quels sont les besoins en termes de soins de santé que les personnes âgées immigrantes perçoivent comme étant importants actuellement et dans le futur? Il y avait également des questions sur le cadre de vie (type de logement) et la santé. Nous avons aussi demandé aux personnes âgées immigrantes si, et comment, leur âge, sexe, et origine ethnoculturelle avaient un impact sur leurs soins, et nous leur avons demandé de réfléchir aux actions importantes que les décideurs devraient entreprendre maintenant pour la santé des personnes âgées immigrantes.

Éthique

Les plans du projet de recherche ont été évalués et révisés de façon rigoureuse par le Comité d'éthique de la recherche (CER) du Centre de santé communautaire d'Ottawa sud-est (CSCOSE).⁵ La participation au projet de

recherche s'est faite au travers d'un consentement libre et informé. Les documents relatifs au consentement étaient disponibles en anglais et en français.

Le recrutement pour les groupes de discussion et les entretiens a été fait grâce à des liaisons et une coordination étroite avec les organismes communautaires desservant les immigrants, qui ont également organisé l'interprétation. Les organismes de services aux immigrants ont travaillé avec les membres de l'équipe de recherche pour s'assurer de la sensibilité du projet aux valeurs divergentes, aux traditions et aux questions de la vie privée des participants d'origines ethnoculturelles diverses.

Les activités de recherche ont été menées de novembre 2016 jusqu'au 16 février 2017. Nous avons tenu huit groupes de discussion avec des personnes âgées immigrantes. Deux groupes de discussion avec des personnes âgées immigrantes ont été menés en anglais avec des services de traduction disponibles, et une discussion a été menée en français. Tous les autres groupes de discussion ont été menés en anglais avec de l'interprétation faite dans la langue maternelle des participants. Nous avons réalisé cinq entretiens avec des personnes âgées isolées (deux en anglais sans traduction, deux avec traduction, et un en français). Toutes les discussions et les entretiens ont été retranscrits et les transcriptions ont été révisées et vérifiées quant à leur exactitude par la chercheuse qui les a comparées aux enregistrements sonores digitaux.

Comment les données ont-elles été analysées

Les données provenant des groupes de discussion avec les personnes âgées immigrantes et les aidants naturels, et des entretiens avec les personnes âgées isolées ont d'abord été organisées selon les questions posées. Les données qualitatives issues des réponses au sondage ont été agencées selon le même procédé. Par la suite, l'analyse s'est portée sur les thèmes et les liens pouvant exister entre ces thèmes. La chercheuse a utilisé un logiciel d'analyse de données qualitatives pour l'aider à organiser et à coder les données. Toutes les données ont été analysées de nouveau en utilisant les caractéristiques démographiques suivantes : le sexe, l'âge et l'origine

⁵ La tâche d'un CER est de surveiller la conduite éthique de la recherche impliquant des êtres humains, et de s'assurer que la recherche est menée dans le respect et la protection des participants en identifiant les risques et en les atténuant là où approprié – (souci de leur bien-être); et de traiter les personnes de façon équitable et juste (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et les Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

ethnoculturelle.⁶ La plupart des preuves sont présentées en utilisant des citations directes des participants à l'étude (en italique).

Qui sont les personnes âgées immigrantes qui ont fourni les preuves pour cette étude?

- 95 participants au total (85 d'entre eux étaient âgés entre 65 et 84 ans)
- 71 (75%) étaient des femmes; 24 (25%) des hommes
- 76% étaient des citoyens canadiens; 17% des résidents permanents (5 % des réfugiés et 2% autres)
- 27 pays de naissance
- Arrivés au Canada entre le milieu des années 1960 et 2016
- Vivent au Canada entre 3 mois et 56 ans (nombre médian d'années passées au Canada = 20.1)
- Vivent à Ottawa entre 3 mois et 54 ans (nombre médian d'années passées à Ottawa = 19.3)
- Principales religions représentées : chrétiens (35%); musulmans (34%); bouddhistes (10%); juifs (5%); hindous & sikhs (2%); aucun/athée 12%; autre 2%.
- 15 langues parlées (autres que l'anglais ou le français) : sud-asiatiques (27%); européennes (18%); mandarin (12%); langues africaines sans compter l'arabe (25%); arabe (18%)
- 91% ont indiqué parler une autre langue à la maison. 58 parlaient anglais en dehors de la maison, 24 parlaient français en dehors du foyer.
- Ont des membres de la famille au Canada - 94%; sans membres de la famille - 6%
- Cadre de vie – 43% vivent seuls; 32% vivent avec un conjoint; 22% vivent avec un membre de la famille autre que le conjoint
- Revenu annuel du ménage– 30/89 avaient un revenu annuel de moins de 10 000\$/an; 37/89 avaient un revenu annuel allant de 10 000\$ à 20 000\$/an; 85/89 avaient un revenu annuel de moins de 50 000\$/an (certains participants n'ont pas indiqué leur revenu)
- 95% ne disposaient pas d'un travail rémunéré; 43% ont indiqué faire du bénévolat dans un organisme

De nombreuses personnes âgées arrivées au Canada ont connu des expériences difficiles. Les descriptions de l'état de santé des personnes âgées immigrantes fournies par

les aidants naturels et le personnel soulignent le stress et le traumatisme que certaines personnes âgées ont vécus au cours de leur vie, parfois il y a très longtemps, mais avec des effets qui se font encore sentir.

Elle vient d'une zone de guerre, et parce que son mari est décédé, il lui manque beaucoup. Quand elle est arrivée ici, ça a été un gros changement, une nature différente.

(Aidant informel)

Personnes âgées immigrantes participant aux entretiens : nombre et caractéristiques

La population cible des entretiens était des personnes âgées immigrantes socialement isolées.

- Cinq participants – trois femmes et deux hommes – tous avec des caractéristiques eu égard au contact social qui respectent la définition de l'isolement social
- Quatre âgés entre 65 et 74 ans et un âgé entre 55 et 64 ans
- Tous citoyens canadiens ou résidents permanents – arrivés au Canada entre 1975 et 2011
- Les cinq ont des membres de la famille au Canada
- Années passées à Ottawa (Canada) entre 5 et 40, moyenne = 20.2 (21)
- Régions de naissance : Asie du sud et du sud-est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique latine et Antilles (cinq régions différentes)
- Quatre religions représentées
- Tous parlaient au moins une langue de leur pays d'origine (ni anglais, ni français)
- Tous avaient un revenu de moins de 15 000 \$/an, un a indiqué avoir un revenu de moins de 5 000 \$/an

LES RÉSULTATS DU PROJET

Comment les personnes âgées immigrantes voient-elles leur santé et leur santé future

La santé a été comprise de façon constante par les personnes âgées immigrantes de cette étude comme étant plus que la santé physique, et incluant la santé spirituelle, émotionnelle et mentale. Une bonne santé signifiait être à l'abri de la solitude et de la maladie. Les personnes âgées immigrantes ont décrit un certain nombre d'activités qu'elles faisaient pour prendre soin de leur santé. En plus de bien manger, faire un peu d'exercice physique et bien dormir, ces activités incluaient : maintenir des liens sociaux et des interactions sociales; observer une santé spirituelle et avoir des attitudes positives; ne pas fumer, ni boire, ni se droguer; et utiliser des médecines traditionnelles et des thérapies alternatives. Les participants ont mis l'accent sur l'engagement social, se tenir occupé, et éviter le stress pour avoir une bonne santé.

Alors que de nombreux participants ont décrit des problèmes de santé actuels qui étaient traités, y compris des cancers, maladies de cœur, et autres conditions sérieuses, ils ont aussi parlé de problèmes de santé non réglés pour lesquels ils ont besoin de soins. Ils ont également anticipé des changements dans leur santé personnelle en vieillissant qui étaient fortement reliés à une inquiétude croissante sur la santé et sur ce qu'il allait advenir d'eux. Certains participants aux groupes de discussion ont parlé de la santé mentale et pensaient que la perte de mémoire et des conditions comme la démence et Alzheimer étaient associées à

leur vieillissement. Ils ont envisagé un besoin accru pour de l'aide dans leur vie quotidienne (ex. préparation des repas, ménage et courses) et leurs soins de santé. Ils étaient inquiets quant à la possibilité d'un plus grand isolement social, parfois ils ont exprimé la peur d'être tout seuls, et ont indiqué qu'ils pourraient avoir besoin de vivre dans un établissement de soins de longue durée ou une maison de retraite. Certains participants aux groupes de discussion ont observé qu'elles (les personnes âgées immigrantes) avaient plus tendance à parler leur première langue et à vouloir manger des repas de leur pays d'origine au fur et à mesure que les défis cognitifs devenaient plus importants.⁷

Pour moi c'est effrayant la nuit si vous tombez malade et vivez seul...c'est une des choses les plus effrayantes dans la vie. Quand vous vivez seul et que vous êtes trop malade et vous ne pouvez pas vous occuper de vous. Imaginez que vous tombez du lit et que vous ne pouvez pas attraper le téléphone et vous ne pouvez pas appeler les urgences

(personne âgée immigrante participante au groupe de discussion)

⁷ Un évaluateur de ce rapport a fait remarqué que cela n'était pas inhabituel avec le vieillissement, c'est-à-dire que ces préférences n'émergent pas seulement suite à des difficultés cognitives.



EXPÉRIENCES DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ

Les personnes âgées immigrantes ont indiqué une satisfaction générale quant à leurs expériences en matière de soins de santé dans la région d'Ottawa. Comme l'a dit un participant dans cet exemple :

J'ai une très bonne expérience avec les soins de santé et mon médecin de famille. Je demande à la réceptionniste pour le docteur, elle me dit venez, je vais vous trouver un créneau. Ils sont tellement bons... je trouve tout excellent

(personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Encadré 2 : isolement social et santé et sécurité des personnes âgées immigrantes

J'ai peur de ne pas pouvoir voir un médecin à la maison. Je pourrais mourir sans accès à des soins parce qu'il n'y a personne à la maison. Si ma fille ne peut pas me prendre, je n'ai personne d'autre. Je me suis ...même fracturée mes os, mais parfois ... par exemple, avec la pneumonie, je suis complètement démunie et je suis coincée à la maison sans personne pour m'aider

(participante à l'étude)

En plus d'utiliser des médecins de famille, des centres de santé communautaire, des cliniques sans rendez-vous et les hôpitaux, le système de soins a aidé certaines personnes âgées immigrantes à rester chez elles et hors du système des établissements de soins. Les éléments cités étaient entre autres de l'aide pour le ménage et les repas; de l'aide pour les transferts et les transports; et des programmes d'aide sociale.

Accès aux soins de santé

Les expériences des personnes âgées immigrantes en matière de soins ont été marquées par différents types de barrières dans l'accès aux soins dont elles avaient besoin.

La nécessité de soins de santé sensibles aux particularités culturelles et à la langue

Un thème marqué et constant à travers l'étude révèle que les personnes âgées immigrantes souffrent du manque d'accès à des soins de santé sensibles aux particularités culturelles et à la langue. Une histoire illustrant ce problème a été partagée par une personne âgée immigrante et son aidante lors d'un groupe de discussion :

Une femme a raconté « je suis allée aux urgences à l'hôpital trois fois. Donc la troisième fois ils ont dit que ta santé n'était pas bonne. J'étais très malade et ils m'ont opérée. J'ai été admise dans une chambre avec un homme. Ils m'ont dit que si tu veux être dans une chambre sans cet homme – tu devais payer. Sinon il faut rester avec lui. Quand mon aidante est arrivée à l'hôpital, je pleurais. »

L'aidante a discuté avec l'infirmière et elle a dit « elle (la patiente) ne coopère pas. Elle ne mange pas et ne boit pas ce qu'on lui donne. Elle n'a pas mangé depuis la nuit dernière. »

L'aidante a répondu « allons lui demander », et elle lui a parlé dans sa langue.

La femme a raconté « d'abord ils ont pris mes vêtements... je suis nue et un homme est allongé là et ils me disent de me lever pour aller à la salle de bain. Comment est-ce que je peux juste me lever, nue, et aller à la toilette? Oui, j'ai mis ma main comme ça (en montrant qu'elle voulait se couvrir). Parfois je rampe jusqu'à la toilette et j'urine. Mais je ne peux pas me lever et ils veulent que je me déplace ou marche. »

L'aidante lui a donné une autre jaquette et lui a mis son hijab et elle a marché.

L'aidante a dit à l'infirmière « la raison pour laquelle elle n'a pas mangé c'est qu'elle ne veut pas devoir aller à la toilette souvent et elle a dit « parce que je suis nue, je ne peux pas y aller. »

La femme n'a pas pu communiquer efficacement avec le personnel de soins ses sentiments et valeurs culturelles et son problème d'être exposée à la vue d'un homme. Bien qu'il y avait des indications de différences culturelles, le personnel n'a pas été sensible à cette différence culturelle et a assumé que la femme ne se conformait pas aux soins.

L'accès et la communication avec les intervenants en santé et les autres personnels dans le système de santé sont limités pour ceux qui parlent peu l'anglais ou le français. Ne pas être capable de trouver un médecin de famille qui parle la même langue que la personne âgée immigrante est un problème important.

Mon ami m'a trouvé une autre docteure (avec une origine ethnoculturelle différente) mais la docteure ne veut pas me voir. Elle panique parce qu'elle ne me comprend pas ... elle ne comprend pas ma langue et elle me demande tout le temps « Oh qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que vous avez dit? »

(Personne âgée immigrante interviewée)

Les aidants naturels ont aussi réalisé que le manque de capacités linguistiques avait des implications dans d'autres aspects de la vie des personnes âgées immigrantes y compris des limites dans leur engagement dans des activités sociales.

Bien que les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) aient organisé des soutiens pour certaines personnes âgées, l'assignation de travailleuses qui ne parlaient pas la même langue que la personne âgée immigrante n'a pas permis une communication effective.

« Ils ont envoyé une personne qui ne parlait pas sa langue ... elle a peur parce qu'elle est étrangère, elle ne comprend pas ce qu'elle lui dit. Elle ne comprend pas ce que ma mère veut... (aidante naturelle).

Cela a eu pour résultat de diminuer l'efficacité de la travailleuse et a augmenté le stress de la personne.

Les aidants naturels ont aussi identifié une corrélation entre le fait de ne pas parler anglais ou français et l'isolement social des personnes âgées immigrantes. Parce qu'ils parlent la même langue que les personnes âgées immigrantes dont ils s'occupent, ils se sentent souvent personnellement responsables de combler les lacunes linguistiques.

Les réponses des organisations sondées en ce qui

concerne les priorités organisationnelles mentionnent aussi ce thème commun : les personnes âgées immigrantes ne comprennent pas la langue des fournisseurs de soins (et vice versa), et cela est un obstacle aux soins de santé. « *L'inquiétude que nous voyons le plus souvent c'est l'accès et la langue* » (répondant d'une organisation sondée). Éliminer les problèmes de langue grâce à la traduction/interprétation était la première priorité pour beaucoup d'organisations sondées, parce qu'alors elles peuvent s'occuper de tous les autres aspects des services de soins de santé.

L'interprétation et la navigation dans les soins de santé sont tout aussi importantes l'une que l'autre. C'est difficile pour un client et un fournisseur de prendre des décisions informées s'il y a des barrières linguistiques, et l'interprétation est vraiment sous financée
(répondant d'une organisation sondée)

La langue permet de comprendre la culture, et la langue agit comme médiateur dans différents aspects de la culture : les solutions aux problèmes de langue et de communication sont étroitement liées à la compréhension de la culture. S'assurer que la communication thérapeutique est développée entre le personnel de soins et les patients âgés immigrants en offrant des services de traduction peut aider. Les compétences culturelles et la sensibilisation aux croyances culturelles, comme les répondants du sondage et le personnel l'ont souligné, sont essentielles pour développer le respect, la confiance, et une communication effective sur les problèmes et besoins en santé, et pour orienter les plans de soins des résidents/patients.

Cependant, comme un répondant l'a fait remarquer « *la culture et l'âge sont des déterminants importants de la santé qui sont pris en compte dans la livraison de services sécuritaires et de qualité dans notre organisme* », cela n'a pas été l'expérience vécue par tous.

Accès en temps voulu

« Le système est bon mais les temps d'attente sont tellement longs »

Les temps d'attente pour accéder et recevoir des soins de santé sont une source d'inquiétude pour les personnes âgées immigrantes. Elles décrivent leurs expériences pour accéder à des soins comme truffées de délais, de listes d'attente ou d'inactions perçues. Beaucoup ont mentionné que voir leur médecin de famille semblait prendre beaucoup de temps, mais voir un spécialiste prenait encore plus de temps. Celles qui ont utilisé les

services d'urgence ont indiqué de longs temps d'attente, ce qui a résulté parfois dans le fait de ne pas recevoir de soins. Un exemple partagé dans un groupe de discussion est celui d'une personne qui ne pouvait pas voir et qui attendait pour un rendez-vous afin d'être opérée des yeux, mais la personne a eu peur d'être abandonnée comme patiente après plusieurs mois pendant lesquels elle n'a jamais eu de nouvelles du système.

Les aidants naturels ont souligné que l'attente était difficile pour les personnes âgées immigrantes parce qu'elles ont été habituées à accéder aux soins dans un délai raisonnable. « Pour elles, attendre six mois pour voir un spécialiste, c'est difficile de comprendre la culture. »

Abordabilité des soins de santé

Les personnes âgées immigrantes à faibles revenus sont affectées par leur incapacité à payer pour des articles reliés à la santé. C'était le cas pour certains médicaments, soins oculaires, appareils auditifs, dentaires et de mobilité et la nécessité d'adapter la maison.

Je me sens démuni. Je ne reçois rien. Parfois je pleure. Quand j'ai cette infection, je ne prends rien. Je ne peux aller nulle part, c'est à cause de l'argent. (Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Le plan pour les médicaments ne semble pas couvrir les médicaments de base... les gens avec de faibles revenus ne peuvent pas se permettre ça.
(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Le manque de soins dentaires et les coûts élevés associés aux soins dentaires ont aussi fait l'objet de discussions.⁸

Je ne peux pas manger parce que la plupart de mes dents ne sont pas en bon état. Je ne vais pas dans une clinique dentaire parce que c'est trop cher – 3 000\$ à mettre dans un dentier. C'est trop.
(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Accès à l'information

Certaines personnes âgées immigrantes ont trouvé qu'il n'y avait pas assez d'informations dans la communauté. Elles ont dit qu'elles avaient besoin de meilleures informations et de quelqu'un pour les aider à comprendre la santé et les soins de santé.
(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Il y a le Centre d'accès aux soins communautaires et autre chose que les gens ne connaissent pas. Beaucoup de personnes ignorent qu'ils sont là. Elles ne savent pas qu'elles peuvent les utiliser pour les soins si elles ont besoin d'une chaise roulante ou si elles ont besoin qu'une personne vienne chez elles un jour... ce sont ces services qui aident vraiment les personnes âgées. Ces services doivent être plus promus, afin que les personnes âgées sachent qu'ils sont ici et que si elles ont besoin d'aide, elles peuvent y avoir accès et obtenir l'aide dont elles ont besoin.
(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Les médecins ne savent pas ou ne communiquent pas l'information sur qui ou quoi peut aider les personnes âgées. Idéalement, les informations seraient dans la langue des personnes âgées immigrantes.
(Aidant informel)

Transport

La compréhension que les personnes âgées immigrantes avaient de la santé était étroitement associée avec les soins de santé et la capacité à y avoir accès. Le manque de moyens de transport accessibles et abordables pour se rendre aux rendez-vous de soins représente un obstacle à l'accès pour de nombreuses personnes âgées immigrantes. Accéder physiquement aux soins dépendait étroitement de leur accès à un transport organisé. (Y compris Para Transpo dans la région d'Ottawa).

Par exemple, le transport organisé a permis à cette personne interviewée d'aller chez le médecin, mais cela n'a été utilisé qu'à cette fin :

Je ne suis pas paralysé. Je peux marcher mais je ne peux pas marcher tout seul. Oui, Para Transpo, je l'utilise si je vais chez le docteur. Je ne vais pas au centre commercial ou ailleurs. Je vais seulement chez le docteur, pour maintenant.
(Participant interviewé).

Dans la région d'Ottawa, les laissez-passer de bus gratuits pour les personnes âgées les mercredis ont été bien accueillis par les participants aux groupes de discussion, mais plus d'aide était requise pour accéder aux soins de santé.⁹

Baisser le prix du billet de bus pour les personnes âgées afin qu'elles puissent l'utiliser tous les jours – rendez-le accessible.

(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Les laissez-passer de bus gratuits pour les personnes âgées devraient être pour au moins trois jours. Parce que les personnes âgées peuvent aller à leurs rendez-vous médicaux... rendre les services accessibles pendant trois jours.

(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Alors que certaines personnes âgées étaient capables d'utiliser le bus ou de conduire elles-mêmes, dans d'autres cas, elles comptaient sur des membres de la famille qui assumaient la responsabilité d'arranger le transport. Les expériences des aidants naturels pour faire les arrangements nécessaires avec Para Transpo ont souvent été frustrantes ou vaines. Un aidant informel a fait remarquer que parfois certaines personnes âgées avaient peur d'utiliser Para Transpo – et donc étaient dépendantes de leurs aidants naturels pour tous leurs transports. Les laissez-passer pour le stationnement dans les hôpitaux etc. étaient vus comme utiles pour réduire les coûts.

Le manque de transport fourni pour accéder aux soins de santé et aux services de santé mentale représente une barrière et une lacune dans les services que les répondants au sondage ont également identifiées.

Arrangements liés aux conditions de vie et santé des personnes âgées immigrantes

Les personnes âgées immigrantes et tous les autres répondants de l'étude ont indiqué que leur préférence en matière d'arrangements liés aux conditions de vie était ceux qui soutenaient un mode de vie intégré à la communauté de façon la plus indépendante possible et le plus longtemps possible. Beaucoup de personnes âgées immigrantes voyaient dans les établissements de soins de longue durée des lieux où elles attendraient de mourir. Les aidants naturels pensaient que les personnes âgées immigrantes tendaient également à vivre plus longtemps dans leur environnement familial que dans les établissements de soins.

Je vais essayer de vivre de façon indépendante.
(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Je ne veux pas aller en maison de retraite. Je veux vraiment rester chez moi. Je ne veux pas que le gouvernement coupe dans le financement des services à domicile. Je veux rester chez moi plus longtemps.

(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Rester à domicile avec les soutiens en place alors que les personnes âgées vieillissent et sont de moins en moins capables de gérer le quotidien, était perçu comme essentiel pour le maintien de la santé et pour empêcher d'avoir à déménager dans une maison de retraite ou un établissement de soins de longue durée. Ces soutiens incluent de l'aide avec les courses, la préparation des repas, le ménage, le lavage; et des adaptations et accommodements dans le logement pour gérer la mobilité réduite et la sécurité tels que des boutons d'urgence, en plus de soins de santé infirmiers et personnels à domicile.

Certaines des personnes âgées de plus de 90 ans vivent toujours de façon indépendante dans des logements pour personnes âgées. Elles ne veulent pas déménager dans un établissement de soins de longue durée, mais elles veulent

principalement rester dans leur unité. La préparation des repas est un problème parce qu'elles ne peuvent pas sortir faire leurs courses et elles veulent qu'une personne vienne chez elles pour leur préparer des repas frais.

(Aidant informel participant à un groupe de discussion).

Manger des repas spécifiques à la culture était considéré comme une composante importante pour une vie en santé. Des services comme les « popotes roulantes » et les services qui fournissent des repas surgelés étaient perçus comme limités dans leur capacité à fournir des repas adaptés culturellement.

Certaines personnes âgées ont exprimé leur intérêt à voir des membres de leur famille vivre avec elles ou à les soutenir en s'occupant d'elles. Cependant, un des fils conducteurs récurrents dans les discussions et les entretiens a été l'idée émise par les personnes âgées immigrantes de ne pas vouloir être un problème ou un fardeau pour leurs propres enfants et familles à leur âge avancé.

Même s'ils sont très bons envers moi... je ne veux pas les embêter ou être un fardeau
(personne âgée interviewée)

Cependant, dans certaines cultures, on s'attend à ce que les enfants s'occupent de leurs parents comme l'a expliqué un aidant informel participant à un groupe de discussion.

Que ce soit à la maison ou dans un établissement de soins, être capable de vivre dans un environnement qui comprend la langue et la culture de la personne âgée immigrante, était vu comme fondamental.

J'adorerais avoir une infirmière ou un travailleur de soutien à domicile qui parle la même langue que moi – pour me permettre de rester chez moi et m'aider.

(Personne âgée immigrante participant à un groupe de discussion).

Arrangements liés aux conditions de vie dans le futur

« Où aimeriez-vous vivre dans l'éventualité où votre santé deviendrait pire qu'elle ne l'est maintenant? » Les personnes âgées immigrantes reconnaissent la possibilité d'un déménagement de leur domicile dans la communauté vers un établissement de soins. Les aidants naturels qui étaient des membres de la famille ont aussi reconnu qu'il était peut-être nécessaire de discuter des options de logement et des arrangements liés aux conditions de vie; de considérer la possibilité de déménager ou de faire d'autres efforts pour s'assurer que tout ce dont les personnes âgées immigrantes ont besoin est disponible, leur permettant de vivre confortablement ou de façon indépendante même quand leur santé se détériore. Les logements privés tels que les maisons de retraite ont été cités. Cependant, la capacité de payer pour un établissement résidentiel privé était perçue comme une grande contrainte pour les participants à l'étude; la plupart ayant de faibles revenus. La disponibilité et la qualité des logements financés par le gouvernement ont aussi fait l'objet d'un questionnement de la part des participants.

Bien que la nécessité de soins de longue durée ait été reconnue, ce cadre de vie a aussi soulevé des inquiétudes continues quant à leurs aptitudes linguistiques et culturelles pour diverses populations de personnes âgées immigrantes. L'alimentation est une composante importante et essentielle de la santé et représentait un souci important pour les personnes âgées immigrantes et leurs aidants naturels; dans cet exemple, pour ceux qui parlaient mandarin.

Pour les soins de longue durée... les plans de repas pour les personnes âgées... les personnes âgées chinoises préfèrent manger des repas chauds (elles n'aiment pas quand c'est froid). La culture culinaire... nous avons beaucoup de parents qui sont en âge d'aller en établissement de soins de longue durée, et nous devons convaincre nos parents. Nos parents maintenant, ils ont un problème de langue. On a besoin d'une infirmière qui parle mandarin et aussi d'un plan pour les repas (la langue et comprendre la culture). On peut immédiatement améliorer la situation en mettant une infirmière qui parle mandarin dans l'unité de soins de longue durée et en pensant à un plan pour les repas, même si nous payons pour les aider à accommoder cet environnement.
(Aidant informel)

Bien que certaines personnes aient pensé que la question des soins de longue durée ne se poserait que dans l'avenir, le manque de places actuelles et les listes d'attente pour des soins de longue durée appropriés a créé une grande urgence actuelle face à certains problèmes liés aux conditions de vie de certaines personnes âgées immigrantes.

Trop vieux ou trop malade. Crise de la santé. Est-ce qu'ils peuvent recevoir un traitement dans un délai raisonnable ou est-ce qu'ils peuvent déménager dans un établissement de soins de longue durée. Est-ce qu'il y a une place? Nous savons qu'il y a beaucoup de gens qui attendent pour ce genre de services. C'est mon inquiétude. Mon inquiétude est de savoir si elles sont disponibles ou s'il faut attendre quelques mois ou quelques années avant de recevoir de l'aide.
(Aidant informel)

Cette question je vous la pose à vous ou à n'importe qui d'autre. Mes parents, ils ont besoin d'aide immédiatement – ils ne peuvent pas... où est-ce qu'on peut les envoyer?
(Aidant informel)

Donc on a besoin d'une place. Nous avons besoin d'un endroit quelque part. Je crois que c'est une situation d'urgence. C'est important parce que sinon comme mes parents disent – nous sommes ici juste pour attendre la mort. Ils ne peuvent pas parler leur langue, alors comment peuvent-ils leur demander de l'aide.
(Aidant informel)

Encadré 3 : Un appel pour accommoder les personnes âgées immigrantes avec des logements répondant à leurs besoins de santé

Nous demandons à Ottawa des logements pour les personnes âgées. Ma mère a un problème avec mon père – il a des troubles du sommeil. Ma mère a demandé pour deux chambres – refusé – la régie du logement a dit, on ne soutient que les personnes qui sont en fauteuil roulant ou ont besoin d'équipement (politique du logement)

Quant ils font le placement en établissement de soins de longue durée, ils ne peuvent le faire que un par un, ils ne peuvent pas le faire ensemble. S'ils font ça – un est sur la liste d'attente, l'autre est prioritaire. Les soins de longue durée c'est des soins 24 heures sur 24 – essaye de faire ça ensemble (aidant informel).

Déterminants sociaux de la santé et soins de santé des personnes âgées immigrantes

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes vivent, travaillent et vieillissent et qui ont un impact sur leur santé. Cela comprend des choses comme le logement, la sécurité alimentaire, l'inclusion sociale, le revenu, le transport, l'éducation, les soins de santé et autres (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008). Afin de s'appuyer sur les connaissances et expériences des organisations et leur reconnaissance des déterminants sociaux de la santé contribuant à la santé et aux soins des personnes âgées immigrantes, on a posé la question suivante aux répondants des organisations sondées : « Selon vous, quels sont les quatre déterminants sociaux de la santé les plus importants qui sont nécessaires à la santé des personnes âgées immigrantes dans votre sous-région du RLISS de Champlain? »

Le logement a été la réponse la plus citée, suivi par les soins de santé, puis la sécurité alimentaire, le transport et l'inclusion sociale (voir tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3: Fréquence et classement des réponses sur les déterminants sociaux de la santé des personnes âgées immigrantes par pourcentage et nombre

	Déterminants sociaux de la santé	Pourcentage	Nombre
1	Logement	70.50%	31
2	Soins de santé	63.60%	28
3	Sécurité alimentaire	52.30%	23
4	Transport	47.70%	21
5	Inclusion sociale	47.70%	21
6	Sécurité des revenus	45.50%	20
7	Soutien dans la vie quotidienne	27.30%	12
8	Activité physique	15.90%	7
9	Éducation	6.80%	3
	Autre...	4.50%	2
	Nombre d'organisations ayant répondu = 44		44

Note: Les répondants n'ont pas tous sélectionné quatre déterminants sociaux de la santé.

LES AIDANTS NATURELS ET LES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

Les aidants naturels ont des rôles importants à jouer dans les soins prodigués aux personnes plus âgées. La plupart des aidants naturels (environ 80) sont des membres de la famille, des amis et des voisins non rémunérés (Institut canadien d'information sur la santé, 2011, p.82). Les aidants naturels qui s'occupent de parents très âgés sont souvent eux-mêmes des personnes âgées. Une analyse de l'état de la littérature sur les aidants naturels qui incluent familles, amis et voisins non rémunérés, montre que les aidants naturels fournissent « le gros (70-90%) des soins requis par les personnes plus âgées pour les garder indépendantes, et ainsi atténuer la demande pour des soins hospitaliers et en institution couteux » (A. P. Williams, Peckham, Rudoler, Tam, & Watkins, 2013, p. ii).

Les personnes âgées immigrantes dans cette étude ont typiquement mentionné les membres de la famille comme étant les premières personnes auprès desquelles aller chercher de l'aide. D'autres ont mentionné des bénévoles et des voisins, et des individus avec lesquels elles sont devenues familières un peu par hasard ou grâce à des liens communautaires.

Il y a une femme qui me fait mes courses. Elle met tout dans mon frigo. Tous les jours. Elle n'est pas mon amie. Je lui fais confiance alors je lui donne ma carte. Elle prend l'argent avec la carte...on vient juste de la rencontrer. J'étais au marché. Elle m'a vue et elle a vu comment je marchais. Je ne peux pas bien voir. Elle m'a demandé si je voyais ou non. Les courses et les retraits d'argent à la banque. Quand vous en aurez besoin, je viendrai et je le ferai pour vous et pour Allah. À partir de ce jour, elle a fait ça.

(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Beaucoup d'aidants naturels ont peut-être abandonné du travail rémunéré pour des responsabilités de soins non rémunérées, ce qui a pour conséquence que certains aidants naturels ont sacrifié des opportunités sur le marché du travail et ont vécu leur propre stress financier (Bolin, Lindgren, & Lundborg, 2008). Certaines études indiquent que les aidants naturels peuvent aussi être à risque de connaître des problèmes de santé mentale et physique, au moins en partie à cause des soins dispensés, mais aussi en réponse à un ensemble de facteurs externes liés aux soins prodigués (Brodsky & Donkin, 2009; Pinquart & Sörensen, 2007; Trivedi et al., 2014). Notre étude est également parvenue à des résultats similaires :

C'est mon problème, parce que maintenant je vois un conseiller. Je prends des médicaments contre le stress... je vois un conseiller
(Aidant informel)

C'est stressant parce que je dois faire tellement de choses – multitâches – quand mes enfants n'ont plus de vie parce que je suis en situation de stress élevé... je me sens mal pour mes parents et pour moi aussi. Qu'est-ce que je fais? Pourquoi est-ce que ma vie est comme ça? C'est tellement stressant... je commence à ressentir mes problèmes de santé et je me plains plus souvent qu'avant. Je dois aller faire un examen de stress à l'hôpital. Les médecins ont dit que c'était relié au stress. Mon travail est stressant lui aussi. Le problème c'est comment je peux équilibrer tout ça?
(Aidant informel)

Bien que les aidants naturels puissent avoir leurs propres problèmes personnels et d'autres problèmes reliés aux soins prodigués, leurs contributions aux soins et la connaissance qu'ils ont de la personne dont ils s'occupent sont inestimables (Wiles, 2003). Les répondants au sondage ont également reconnu le fardeau des soins porté par les aidants naturels et la nécessité de leur fournir du soutien, à eux comme aux personnes âgées immigrantes :

Des investissements dans le soutien aux aidants naturels et l'accessibilité culturelle seraient des priorités pour nous.
(Répondant au sondage).

On doit augmenter le soutien aux aidants naturels et les soins de répit pour les aidants naturels, et c'est le résultat de l'augmentation du fardeau porté par les aidants et des complexités reliées à la santé des personnes âgées.
(Répondant au sondage).

ÂGE, SEXE ET ORIGINES ETHNOCULTURELLES – PERSPECTIVES SUR LES SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRANTES

Les soins de santé au Canada sont conçus pour être disponibles et accessibles à toutes et à tous sans aucune barrière y compris financière. Cependant, différentes populations montrent des différences dans l'évolution de leur état de santé. Les caractéristiques démographiques ou les stratifications telles que l'âge, le sexe et l'origine ethnoculturelle peuvent opérer séparément et ensemble en conjonction avec certains processus et structures du système de santé, pour produire des différences dans le traitement des populations, ce qui provoque des résultats en matière de santé plus faibles (Ferrer, Grenier, Brotman, & Koehn, 2017; Hankivsky et al., 2010; Commission ontarienne des droits de la personne, 2000). Les différences ou la discrimination dans le traitement résultant de l'âge, du sexe, ou de certaines origines ethnoculturelles, ou tous ces facteurs combinés, peuvent potentiellement blesser ou mener à de l'iniquité en termes de santé ou à des résultats inégaux en matière de santé selon les populations.

Notre étude a pris comme approche de collecter des preuves sur les impacts potentiels de l'âge, du genre et des origines ethnoculturelles en posant des questions sur ces facteurs et sur l'expérience de tous les participants à l'étude. La plupart des participants aux groupes de discussion ont répondu aux questions portant sur l'âge, le sexe, et l'origine ethnoculturelle d'une voix unie et emphatique : « non » - certains ont noté « parfois tu es mieux traité grâce à ton âge » (personne âgée immigrante participant au groupe de discussion). Le tableau récapitulatif (tableau 4) indique les réponses des organisations sondées pour toutes les catégories – âge, sexe, et origines ethnoculturelles.

Âge

Dans les groupes de discussion, les personnes âgées immigrantes se sont senties rejetées quand des médecins leur disaient que leur condition était due à leur âge.

J'ai l'impression qu'ils me délaissent parce qu'ils pensent que je suis vieux. Je me sens rejeté.
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Parfois il fait des commentaires quand je lui décris mes symptômes – c'est votre âge. Cela arrive à certaines personnes. Les médecins devraient éviter de dire ça. Un processus normal de vieillissement, c'est ce qu'ils disent?

lissement, c'est ce qu'ils disent?
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Mon docteur me traite différemment à cause de mon âge, toujours à me menacer...le docteur dit « si vous continuez à manger ces choses (aliments culturels) vous mourrez, comme l'autre dame. » Il continue à me dire ça. Mon docteur me dit toujours des choses menaçantes. Donc si vous mourrez à cause de ceci ou de cela. Alors finalement j'ai changé de docteur.
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

La question posée aux répondants des organisations sondées était la suivante : « Pensez-vous que dans le système de santé les patients/clients âgés immigrants sont approchés de façon différente à cause d'attitudes négatives envers leur âge? » Vingt-trois (23) ont répondu non, 3 oui, et 17 ont dit parfois. Les commentaires accompagnant les réponses étaient divers. Certains répondants ont dit que la question ne s'appliquait pas à eux (ex. : « étant donné que nous desservons moins de 5 % de la population âgée par année, y compris des personnes âgées, on ne peut pas vraiment répondre à cette question »); ou « Nous nous adaptons aux besoins de l'individu peu importe son âge, » et « pas à cause de son âge et notre population âgée immigrante est minime ».

Certains répondants ont noté que les différences observées dans les approches de soins envers les personnes âgées immigrantes pourraient être attribuées à leur âge et aux différences linguistiques, et un autre répondant a suggéré l'âge et les conditions de santé mentale. Ces réponses portent aussi à penser que certains facteurs ou stratifications peuvent s'enchevêtrer pour créer des différences dans l'approche.

Tableau 4 : Résumé des réponses des organismes sur les perspectives quant aux différences dans les soins fondées sur l'âge, le sexe et l'origine ethnoculturelle

Y a-t-il des différences quelque part dans le système de soins de santé?	Oui	Non	Parfois	Total des réponses
âge	3 (7.0%)	23 (53.5%)	17 (39.5%)	43
sexe	3 (7.0%)	28 (65.1%)	12 (27.9%)	43
Origine ethnoculturelle	5 (11.6%)	19 (44.2%)	19 (44.2%)	43

Total des réponses pour toutes les catégories = 43

Sexe

Nous étions intéressés à savoir si les personnes âgées immigrantes recevaient parfois des soins différents dans le système de santé à cause de leur sexe (homme ou femme)¹⁰. Les groupes de discussion avec les personnes âgées immigrantes ont unanimement répondu qu'ils n'étaient pas traités différemment à cause de leur sexe. Cependant, un participant a fait remarquer que « le ministère de la santé faisait de la discrimination sexuelle contre les hommes parce que la densité osseuse était couverte pour les femmes mais pas pour les hommes. » Un autre participant a souligné que le sexe de la personne âgée immigrante pouvait être un facteur dans la façon dont elle traitait les fournisseurs de services qui sont des hommes ou des femmes.

Certaines personnes âgées traitent différemment les intervenants. Ça dépend de votre origine culturelle. Elles traiteront mieux les intervenants hommes (les médecins) que les femmes dans certaines cultures. (Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion).

En réponse à la question – « Pensez-vous que les femmes âgées immigrantes ou les hommes âgés immigrants reçoivent des traitements différents quelque part dans le système de santé en raison d'attitudes négatives envers leur sexe? », vingt-huit (28) répondants sondés ont répondu « non », 3 « oui », et 12 « parfois ». Les commentaires sur cette question n'apportent pas de preuves, informations ou connaissances personnelles qui soutiendraient un résultat indiquant une différence dans les soins prodigués selon le sexe. Certains organismes ont indiqué traiter tout le monde de façon respectueuse et égalitaire nonobstant le sexe.

Par exemple : Tous ... sont traités avec respect. (Répondant sondé). Les services sont égaux et les normes sont les mêmes sans aucune distinction de sexe, âge ou origine culturelle. (Répondant sondé).

Un autre répondant d'une organisation sondée a dit qu'il existait des différences « dues au manque de compétences culturelles dans certaines organisations quand on parle de l'intersection entre le genre et la culture », suggérant ainsi que d'autres organismes pourraient manquer de sensibilité et qu'il y aurait donc des différences réelles ou potentielles dans le traitement.

Origine ethnoculturelle et soins de santé

Pour les groupes de discussion avec les personnes âgées immigrantes, la question sur l'origine ethnoculturelle était la suivante : « Selon votre expérience comme personne âgée, avez-vous déjà pensé que les fournisseurs de soins de santé (docteurs, infirmières et autres) ne vous avaient pas bien traité ou vous avaient fait sentir inférieur à cause de votre origine ethnoculturelle? » Nous avons également utiliser les termes ascendance, héritage ou origine. Une personne a indiqué qu'elle avait été traitée différemment à cause de sa couleur.¹¹

¹⁰ Dans tous les groupes de discussion, les participants ont eu l'opportunité d'identifier leur diversité de sexes et genres de façon confidentielle. Aucun d'entre eux n'a reporté une diversité de sexes ou genres autre que femme ou homme.

¹¹ L'expérience de cette femme dénote l'acceptation d'une discrimination raciale structurelle et systémique et d'un désavantage. Cela a été identifié dans la littérature comme étant du racisme intériorisé. Il existe une littérature étayée sur la discrimination et les inégalités raciales, et sur l'iniquité en santé et dans les soins. Voir par exemple : (Fleras, 2014; Hyman, 2009; D. R. Williams & Mohammed, 2009), et en ce qui concerne les peuples autochtones (Allan & Smylie, 2015).

J'ai senti que j'avais été traitée différemment à cause de ma couleur. J'ai l'impression que tout le monde dans le système de santé me juge à cause de ma couleur. En dehors du système de santé, je suis traitée différemment parce que j'ai l'air différente, à cause de ma couleur. J'ai passé toute ma vie avec ce truc ethnoculturel alors j'accepte d'avoir été traitée de façon différente.
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion).

Une autre femme qui porte le hijab pense qu'un professionnel de la santé l'a traitée différemment à cause de son origine ethnoculturelle :

Pour moi la pharmacienne à (nom de la pharmacie), quand elle me voit, elle demande à quelqu'un d'autre de me servir, c'est arrivé trois fois maintenant. Pourquoi devrais-je souffrir? Pourquoi est-ce que je devrais voir ça? Après trois fois, j'ai changé de pharmacie.
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Aucun des aidants naturels présents dans les groupes de discussion n'a fait d'observations quant à des différences dans le traitement des personnes âgées immigrantes selon leur âge, sexe ou origine ethnoculturelle.

Non (tous)... au contraire. Ils sont bien traités... d'une bonne manière.

Cependant, il y avait une préférence de la part des femmes âgées immigrantes à être prises en charge par leurs filles plutôt que leurs fils, et les aidants naturels ont aussi souligné que les femmes, particulièrement les femmes âgées, « ne se sentaient pas confortables avec des docteurs du sexe opposé ».

En réponse à la question, « Selon vous est-ce que les personnes âgées immigrantes sont prises en charge différemment quelque part dans le système de santé à cause d'attitudes négatives envers les immigrants? », 5

répondants sondés ont répondu « oui », 19 « non », et 19 « parfois ». Cette catégorie (immigrants) a reçu plus de réponses « oui » et « parfois », et moins de réponses « non », comparée aux catégories âge et sexe (voir tableau récapitulatif).

Beaucoup de commentaires émis par les répondants sondés parlent du manque de sensibilité aux besoins culturels ou du manque de sensibilité aux réalités culturelles/ethniques – un répondant a utilisé le mot « ignorance » -, et l'incapacité organisationnelle à communiquer à cause de connaissances linguistiques limitées. Les implications de ces commentaires reçus de la part des directions d'organisations sont que de nombreux fournisseurs manquent de ressources et / ou de connaissances en ce qui a trait aux compétences culturelles et à la sensibilité aux réalités culturelles.

Pas nécessairement parce que les intervenants ont des préjugés, mais plutôt à cause du manque d'informations sur les autres cultures qui sont différentes de la culture dominante.
(Répondant sondé)

Les problèmes sont liés au manque de sensibilité aux réalités culturelles / ethniques. Je pourrais faire un livre avec plein de détails.
(Répondant sondé).

Les exceptions à ces commentaires étaient les services ciblés sur les groupes ethnoculturels (linguistiques) qui étaient spécifiquement conçus pour accommoder les personnes âgées immigrantes, ainsi que des déclarations exprimant un engagement envers la diversité culturelle, par exemple « nous embrassons la diversité culturelle ». Les organisations situées dans les collectivités isolées ou rurales ont indiqué qu'elles n'étaient pas en contact avec des personnes âgées immigrantes.

Quelle serait la priorité la plus importante pour la santé des personnes âgées immigrantes? La langue de communication et l'accès à des soins culturellement adaptés ont été les deux priorités les plus citées par les répondants au sondage, les personnes âgées immigrantes et les aidants naturels. Les résultats du projet indiquent que la langue et la culture ne sont pas vraiment séparables et que les compétences culturelles et la sensibilité aux réalités culturelles contribuent à augmenter la qualité de la communication. D'autres priorités ont également été citées afin d'améliorer l'accès des personnes âgées immigrantes au système de soins. Elles sont décrites dans les sections suivantes.

a. Faire face aux problèmes de langue et culture dans les soins aux personnes âgées immigrantes

L'accès au système de soins inclut tous les aspects communicationnels qui vont, du contact fait par les patients avec le système pour prendre un rendez-vous, jusqu'à leur attente d'une réponse de la part d'un spécialiste. Offrir différentes options de langue ou des services d'interprétation/traduction est une priorité dans les contacts entre les personnes âgées immigrantes et le système de santé, ainsi que pour celles qui vivent et reçoivent des soins dans la communauté. Avoir des services livrés par des intervenants qui parlent la langue des immigrants était cité comme une priorité importante.

b. Comprendre les points de vue culturels

Voici un exemple parmi d'autres où comprendre les perspectives culturelles ferait une différence : reconnaître que quand les intervenants informent et impliquent les patients dans le processus décisionnel, bien que considéré comme approprié pour de nombreux Canadiens, cela peut parfois créer des difficultés de communication. Par exemple, il est apparu clairement dans les groupes de discussion que des personnes âgées de différentes origines culturelles s'attendaient à ce que les médecins et autres professionnels de la santé leur disent directement ce qu'elles devaient faire.

Un autre exemple concerne le fait que certains points de vue culturels empêchent des personnes et leurs aidants de parler de la mort, du mourir et de la planification pour l'avenir. Quand une maladie est associée avec le processus de mourir et la mort, le sujet n'est pas toujours ouvert à discussion dans certaines cultures.

Quand j'étais récemment à l'hôpital avec une autre personne âgée de plus de 92 ans – le docteur... finalement essayait de lui demander si elle avait besoin (de réanimation)... c'est très difficile pour les membres de la famille de poser cette question à une personne âgée. Parce qu'on n'a pas l'habitude de parler de ça, brancher une personne âgée à une machine ou non.
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Elle (ma mère) n'aime pas parler de ce genre de choses. C'est tabou. Elle dit « qu'est-ce que tu veux dire? Est-ce que tu veux que je meure, est-ce que tu espères que je meurs maintenant? Qu'est-ce que tu veux dire? »
(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion).

Mon père est allé à un atelier qui expliquait comment les personnes âgées pouvaient se préparer. Il est revenu et il a dit peut-être que nous devrions faire quelques arrangements. Il en a parlé juste une fois et n'en a plus jamais reparlé... peut-être que c'est plus facile à accepter des autres plutôt que de vos enfants.
(Aidant naturel).

Pour certains aidants naturels, il y a des pressions additionnelles quand les personnes âgées sont en train de mourir : bien qu'il existe des services (comme les soins palliatifs, les hospices), ces services ne peuvent pas offrir des soins dans la langue de la personne – ce qui met plus de stress sur les aidants naturels. Le concept d'hospice peut rentrer en conflit avec certaines cultures. D'autres concepts qui existent dans le système de santé comme l'ordonnance de « ne pas réanimer » et la Planification préalable des soins et les Directives préalables en matière de soins médicaux ne semblaient pas être connus de certains participants aux groupes de discussion.¹²

Encadré 4 : Un exemple de manque de compétences culturelles

Dans cet exemple cité dans un groupe de discussion, l'aidant naturel servait de communicateur, interprète et médiateur pour l'échange d'informations entre le médecin et la patiente (qui était la mère de l'aidant naturel). La responsabilité culturelle de l'aidant naturel – maintenir l'optimisme du membre de la famille – a été minée avec des conséquences néfastes pour l'aidant naturel et la parente.

Parler des problèmes de la mort avec la communauté immigrante est parfois difficile... Dans ma culture quand les gens meurent, on a l'habitude de ne pas leur dire. Tout le monde dans la famille saura que la personne meurt, mais pas elle. Parce que l'on croit que cela les démoralisera et qu'ils abandonneront et ils ne combattront pas la maladie dont ils sont atteints.

Cette femme – elle était en train de mourir. Le fils (mon ami) l'a emmenée voir le médecin : le fils faisait la traduction. Le médecin a senti que le fils ne traduisait pas tout et le fils – il ne traduit pas le fait qu'elle va mourir dans une couple de semaines. Le médecin a pensé que le fils faisait ça (parce que sa mère allait lui apporter un bénéfice). Donc ce qui est arrivé c'est que le médecin a demandé au fils de sortir. Ils ont appelé un interprète. Ils lui ont dit, via l'interprète, qu'elle était en train de mourir. Sans que son fils ne soit présent dans la pièce. Elle est morte dans les deux semaines qui ont suivi. Ça a été un tel traumatisme pour le fils qui n'était pas avec sa mère... le médecin voulait qu'elle sache qu'elle mourrait au cas où elle voudrait faire quelque chose avant de mourir. Et le fils ne voulait pas qu'elle abandonne... elle a été dévastée d'apprendre qu'elle était en train de mourir et personne n'était avec elle dans la pièce pour la soutenir, et le fils était tellement en colère. (quelqu'un dans le groupe : ils doivent vous le dire – vous êtes en train de mourir). Oui, mais c'est comme ça que nous l'envisageons dans notre culture. Ce n'est pas qu'on veut prendre quelque chose de la personne âgée. On ne leur dit pas qu'ils vont mourir. On les soutient jusqu'à la fin.

c. Offrir des programmes spécifiques pour les personnes âgées immigrantes

Certaines personnes âgées immigrantes ont mentionné que des programmes conçus spécifiquement pour elles sont très importants pour les aider à faire face à leurs problèmes de santé et de bien-être.

Ils (les fournisseurs de soins) n'ont pas le temps de vous écouter. Être capable de venir dans un lieu comme ça...si nous n'avions pas une place comme ça¹³, nous serions déprimés. Nous avons le temps de nous écouter les uns les autres.

(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Être dans la communauté où les personnes peuvent trouver du soutien, du monde pour écouter leurs soucis dans leur propre langue, aide à prévenir l'isolement social et la dépression. Certains programmes actuellement offerts dans le RLISS de Champlain répondent à cette problématique (voir annexe A).

d. Réduire les listes d'attente

Tous les groupes de discussion ont mentionné les temps d'attente dans plusieurs endroits du système, médecins de famille¹⁴, soins spécialisés, soins hospitaliers et d'urgence, soins à domicile, ou soutien aux soins personnels et ménage à domicile. L'attente et les délais dans l'obtention d'un rendez-vous, parfois alors qu'on souffre, ou voir un spécialiste, semblaient être parmi les priorités les plus importantes auxquelles répondre pour les personnes âgées immigrantes. Les salles d'urgence étaient vues par certains comme une solution pour avoir ou recevoir des soins : même si vous attendez en salle d'urgence, vous « obtenez tout en salle d'urgence ». Les défis des personnes âgées quant à l'accès à leur docteur quand elles ont besoin de soins ont aussi été relevés par la littérature (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

13 « un lieu comme ça » fait référence à un programme régulier dans lequel les personnes âgées immigrantes se rassemblent et parlent la même langue.

14 Un seul participant a indiqué ne pas avoir été capable de trouver un médecin de famille.

e. Fournir des logements et des établissements appropriés pour les personnes âgées immigrantes

Beaucoup de personnes âgées immigrantes étaient logées dans la communauté, ce qui correspondait au désir partagé par tous les informateurs de voir les personnes âgées immigrantes intégrées à la vie communautaire et recevoir des services de santé proches de chez elles.

... Amener les soins plus près de la maison, par le fournisseur le plus adapté, pour la meilleure qualité des soins. Moins de soins en institution. (Répondant sondé).

Cependant, les politiques de logement communautaire étaient perçues comme étant inflexibles pour accommoder les familles et les aider avec les soins. Le cadre de vie idéal était :

... ils ont une sorte de résidence pour personnes âgées, comme leur propre appartement dans leur propre bâtiment, où tellement de personnes parlent la même langue. Et ils peuvent, par exemple, chaque soir ou durant la journée descendre dans le hall d'entrée... ils rêvent toujours de ça – des repas, leur propre appartement. Certains peuvent préparer leur propre repas. Mais pour ça...leur propre vie sociale (aidant naturel).

Il y a un bâtiment pour personnes âgées où beaucoup de (nom de la langue parlée) personnes âgées vivent et on voit des personnes qui se soutiennent mutuellement. Elles frappent à la porte quand elles ne les ont pas vues, pour les voir. Si l'une d'entre elles est opérée, elles cuisinent et apportent les repas à cette personne. Elles nettoient les unes pour les autres. Elles s'occupent les unes des autres dans cet édifice (aidant naturel).

Dans le système de soins de santé du RLISS de Champlain, il existe quatre niveaux de soins de santé allant des soins à domicile, en passant par les soins de longue durée et les soins infirmiers 24h sur 24. Cependant, les répondants âgés dans les groupes de discussion, en particulier, ont identifié un besoin urgent pour des structures (nous avons besoin de ces types de soins et nous n'avons pas d'endroit où aller. On a besoin d'aide maintenant). Bien que ces structures ne soient pas toujours une solution pour certaines familles dont la culture exige de prendre soin des personnes âgées.

Prendre soin de vos aînés – ce n'est pas seule-

ment que vous les aimez et que vous vous occupez d'eux – en partie ça a trait avec comment la communauté va vous percevoir... Si vous mettez ma mère dans un foyer de soins, les gens diront que je suis une mauvaise fille. Une bonne fille ou un bon fils... se sacrifiera pour ses parents. (aidante naturelle)

f. Améliorer la littératie en matière de santé et aider les personnes âgées à prendre soin d'elles

Dans les groupes de discussion, les personnes âgées immigrantes ont parlé des difficultés qu'elles éprouvaient pour s'y retrouver dans le système de santé. Nombre d'entre elles avaient besoin d'informations pour combler leur manque de connaissances sur les services et options concernant leur santé; et beaucoup d'entre elles avaient besoin d'aide pour gérer leurs propres informations sur leur état de santé.

... il ne devrait y avoir un mécanisme central... sans dépenser beaucoup d'argent pour le faire... par exemple un passeport de ma santé – un document très simple qui créera une propriété... et rappellera ce que vous avez, ce dont vous avez besoin, ce que vous avez eu jusqu'à présent – et alors parce que c'est à vous – c'est votre propriété (de votre santé) pour se rappeler de toutes les choses, et deuxièmement, vous le présentez à votre fournisseur de soins – et cela lui facilitera la tâche pour vous donner votre traitement (Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Parmi les observations importantes du personnel présent lors de certains groupes de discussion, on retrouve le fait que certaines des difficultés éprouvées par des personnes âgées immigrantes proviennent du manque d'alphabétisation dans leur propre langue.

Comment pouvez-vous accéder à l'information quand vous ne pouvez ni lire ni écrire? Certains sont venus ici (au Canada) pour élever leurs petits-enfants alors ils ne vont pas aux programmes (communautaires). Ils survivent encore. Ça en dit long sur leur résilience. (membre du personnel)

g. Réduire les coûts pour les soins de santé à la charge des patients

Étant donné que certaines personnes âgées ne répondent pas aux critères pour recevoir de l'aide afin de payer les lunettes, soins dentaires, appareillages auditifs, médicaments, etc., les aider à payer ces coûts a été cité comme une priorité.

Les personnes âgées aimeraient peut-être se voir exempter des frais pour les dentiers, les soins dentaires, les appareillages auditifs, les lunettes, les cannes, les déambulateurs, etc.

h. Fournir des moyens de transport abordables, accessibles et disponibles

Le transport est considéré comme fondamental pour la santé des personnes âgées, leur permettant d'accéder au système de soins de santé; les aidant à éviter l'isolement social; et favorisant le bien-être mental. La réduction des problèmes de coût, d'accès et de disponibilité des transports a été soulevée dans tous les groupes de discussion comme une priorité principale. L'amélioration de Para Transpo, y compris un meilleur accès à l'organisation pour prendre rendez-vous, a été perçue comme une priorité par les participants aux groupes de discussion.

i. Aider les organisations à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes

La question suivante a été posée aux répondants au sondage « Nonobstant les services/programmes que votre organisation offre actuellement, qu'est ce qui pourrait aider votre organisation à améliorer la santé et les soins offerts aux personnes âgées immigrantes? » Il y a eu peu de différences dans les scores attribués aux différentes déclarations possibles, ce qui indique qu'il y a peu d'éléments que les organisations ne considèrent pas comme importants pour les aider à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes. Dans le tableau suivant (tableau 5), nous avons inclus les 10 premiers items selon le nombre de réponses.

Tableau 5: Qu'est-ce qui aiderait les organisations sondées à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes – les 10 premières réponses par classement et nombre de réponses

classement	Top dix	Éléments aidant à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses
1.	1	6. augmenter les compétences culturelles / la sensibilité des personnels	34	(100.0%)
1.	2	10. Améliorer l'accès aux soins dans un délai raisonnable	34	(100.0%)
1.	3	21. Inclure les aidants naturels (ex. membres de la famille) lors des rendez-vous médicaux	34	(100.0%)
2.	4	11. Offrir de l'information sur la santé et les soins dans leur langue	33	(97.1%)
2.	5	13. Fournir des services culturellement adaptés	33	(97.1%)
2.	6	15. Inclure les aidants naturels dans les communications régulières concernant les résultats de tests, les prescriptions & l'évolution de l'état de santé des patients	33	(97.1%)
2.	7	25. Offrir des services de santé mentale et des soins pour les troubles mnésiques	33	(97.1%)
3.	8	5. Fournir des soins spécifiques à l'âge pour les personnes âgées immigrantes (ex. soins infirmiers gériatriques, services gériatriques spécialisés)	32	(94.1%)

classe- ment	Top dix	Éléments aidant à améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses
3.	9	12. Mettre en place des programmes fondés sur le modèle de gestion des maladies chroniques ¹⁵	32	(94.1%)
3.	10	28. Augmenter le soutien personnel à domicile (ex. : services de soutien personnel et d'entretien ménager, ex. par un préposé aux services de soutien à la personne ou aide en soins de santé.	32	(94.1%)

j. Réaliser des investissements dans l'intégration et la coordination des soins ainsi que la sensibilisation et la communication

Nous avons posé la question suivante aux répondants des organisations « Si vous receviez du financement opérationnel additionnel pour répondre aux besoins en santé des personnes âgées immigrantes, quels seraient les deux premiers champs d'opération où vous investiriez cet argent? » Des 32 réponses à cette question (50% de tous les répondants), i) administration organisationnelle y compris intégration et coordination des services¹⁵, et ii) sensibilisation et communication avec les membres de la communauté, ont reçu le plus grand nombre de réponses.

L'intégration et la coordination des soins comme priorité organisationnelle révèle l'objectif d'amélioration de la coordination des services et de transitions harmonieuses entre les types de soins et les composantes du système de santé, particulièrement pour les populations ciblées y compris les personnes avec des besoins complexes et les personnes âgées.¹⁶ Ceux-ci incluent par exemple les services en santé mentale et de traitement des dépendances comme éléments de services intégrés et coordonnés, et des transitions et une intégration des soins de l'hôpital à la communauté. Un répondant sondé a fait remarquer qu'il existait très peu de services en santé mentale et de traitement des dépendances pour les personnes âgées et les personnes âgées immigrantes.

Les thèmes de l'intégration et de la coordination des soins ainsi que ceux de la sensibilisation et de la communication ont également mis en avant l'importance de l'interprétation pour les personnes âgées immigrantes.

Les soins primaires et les services reliés (interprétation). Beaucoup de personnes âgées sont mieux desservies via des visites à domicile par le prestataire de soins primaires. Ces rencontres sont chères et prennent du temps, mais elles desservent bien les personnes âgées (répondant d'une organisation sondée)

D'autres secteurs pour du financement opérationnel incluent de l'espace pour du nouveau personnel¹⁷ et des ressources pour élargir l'accès aux services et la livraison le soir et les fins de semaine.

15 Pour les modèles de gestion des maladies chroniques, voir par exemple : (Gouvernement de l'Ontario, 2008; Grover & Joshi, 2015; Johnston, Liddy, Ives, & Soto, 2008; Russell et al., 2009)

16 http://www.drdh.org/Documents/6_Champlain_LHIN_Integrated_Health_Service_Plan_2013_16.pdf

17 Les répondants des organisations ont listé une variété de professionnels de la santé et d'intervenants de la santé alliés. Dix (10) répondants d'organisations ont identifiés les travailleurs sociaux avec une spécialisation en gérontologie.

Encadré 5 : Programmes et services dédiés aux personnes âgées immigrantes

Les programmes et services suivants étaient listés par les organisations comme étant spécifiquement dédiés aux personnes âgées immigrantes:

- L'unité Thelma Steinman et d'autres unités pour personnes âgées des Services à la famille juive, qui offrent un certain nombre de services aux personnes âgées immigrantes parlant russe, yiddish et anglais
- Le Centre de jour pour personnes âgées Yet Keen pour les personnes âgées parlant mandarin (dessert les adultes de 60 ans et plus parlant mandarin)
- Programme d'intervention en soins primaires (Programme d'intervention en soins primaires en anglais, français et diverses autres langues avec l'aide d'un interprète culturel).
- Un groupe de femmes âgées immigrantes arabophones
- Santé mentale multiculturelle
- *Centre de gestion du sevrage, support au logement et aide à la vie autonome*
- Services d'interprétation et de liaison culturelle

En plus de l'encadré ci-dessus, voir l'annexe A pour une liste des services et programmes fournis par les organisations ayant répondu au sondage.

RECOMMANDATIONS POUR LES PLANIFICATEURS DE SOINS DE SANTÉ DU RLISS DE CHAMPLAIN

La santé c'est tout.

(Participant à un groupe de discussion avec les personnes âgées immigrantes)

Un certain nombre de recommandations ont été émises pour contribuer à l'amélioration des soins de santé et à la qualité de vie des personnes âgées, qui, pour beaucoup d'entre elles, est axée sur leur santé. Les recommandations faites au RLISS de Champlain sont tirées des résultats de l'étude et répondent aux thèmes prioritaires provenant de tous les répondants. Ces recommandations ont été développées avec le Comité consultatif du projet.

Les personnes âgées immigrantes reconnaissent que le système de soins de santé représente un pilier important, mais elles reconnaissent également que les déterminants sociaux de leur santé sont étroitement enchevêtrés – vivre à domicile avec du soutien est perçu comme crucial pour maintenir la santé et empêcher une certaine dépendance du système de soins de santé organisé et institutionnel.

Recommandation (a) Reconnaître la santé de la population des personnes âgées immigrantes

Reconnaître la santé de la population des personnes âgées immigrantes permet de prendre en compte deux tendances démographiques : le vieillissement et la diversité de la population. Les approches de soins fondées sur les populations reconnaissent les personnes âgées immigrantes comme une population, tout en comprenant qu'au sein de cette population,

il existe des sous-groupes dont les membres n'ont pas les ressources personnelles, le capital social ou l'alphabétisation de base qui leur permettraient de vivre de manière indépendante et de rester en santé dans la communauté. Certaines personnes âgées immigrantes vivent avec des désavantages économiques importants; sont vulnérables à une détérioration de leur santé; et connaissent l'isolement social et la marginalisation. Un système de santé complexe - conçu et structuré pour un contexte canadien dominant et alphabétisé - désavantage considérablement certaines personnes âgées immigrantes, et a un impact sur leurs prestataires de soins qui essaient de fournir des soins de qualité aux patients.

Pour la population des personnes âgées immigrantes dans son ensemble (en gardant à l'esprit que bien que diverse, elle représente une sous-population de la population des personnes âgées au Canada), il serait peut-être plus utile de mettre l'accent sur l'état de santé des personnes âgées immigrantes plutôt que leur âge. Bien que les diminutions observées dans la santé optimale tendent à être parallèles au vieillissement pour certains membres de la population âgée, changer l'optique des soins axés sur la maladie/mauvaise santé, pour favoriser la promotion et la prévention des maladies pour ceux qui sont « en santé » - pourrait aider à préserver une bonne santé et serait plus pertinent qu'un accent mis uniquement sur la livraison des soins de santé.



Recommandation (b) Répondre aux besoins linguistiques et culturels en matière de soins des personnes âgées immigrantes

Des approches proactives pour améliorer la santé et les soins aux personnes âgées immigrantes, en perfectionnant tous les aspects de l'accès au système de soins en particulier grâce aux communications et à la langue, peuvent contribuer à diminuer les inégalités et iniquités en matière de santé. Tous les informateurs de l'étude, le personnel et les membres du Comité consultatif du projet ont souligné l'impératif pour le système de soins de santé de comprendre et d'accommoder les langues et cultures des personnes âgées immigrantes, en les considérant comme les bases essentielles de leurs soins.

Recommandation (c) Prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des personnes âgées immigrantes

Peut-être qu'un des défis les plus difficiles dans la planification des services, conçus pour avoir un impact sur les soins et les résultats en matière de santé des personnes âgées immigrantes, est de comprendre que la santé n'est pas uniquement liée à la livraison de soins, mais aussi à l'implication de secteurs et d'aspects de la vie qui ne relèvent pas de la santé. Prendre en compte ces facteurs, les déterminants de la santé, peut s'avérer crucial dans la prévention des problèmes de santé, et suggère une planification pour augmenter la connectivité des secteurs et systèmes (par exemple en développant des liens entre le système de soins et le secteur de l'établissement qui est typiquement le premier point de contact pour de nombreux nouveaux arrivants au Canada).

Le revenu est un déterminant important de la santé. Il y a eu beaucoup de discussions dans les groupes sur les coûts associés aux soins, en référence aux coûts à la charge des patients que les personnes âgées immigrantes peuvent avoir à payer. Le mot « pauvreté » n'a pas été employé, mais l'analyse des caractéristiques des participants aux groupes de discussion indique que de nombreuses personnes âgées immigrantes sont personnellement dépourvues de beaucoup de revenus ou de ressources adéquates.

Ces dernières années, plus d'attention a été portée au Canada sur le développement de collectivités-amies des

ainés afin de contribuer à la santé et au bien-être des Canadiens plus âgés en maintenant leur engagement dans leurs communautés.¹⁸ Le concept « collectivités-amies des aînés » incorpore la protection des personnes âgées qui sont vulnérables grâce à la livraison de services tels que des logements abordables, sécuritaires et bien conçus pour les aînés, et des transports publics abordables et accessibles¹⁹. Les modèles de centres de santé communautaire, par exemple, qui opèrent au niveau local, sont reconnus et bien placés pour limiter les effets de l'isolement social, de la pauvreté, et du manque de littératie en matière de santé des personnes âgées immigrantes. À l'échelle municipale, la planification pour le logement des populations d'ainés, et spécifiquement des personnes âgées immigrantes, et la collaboration de multiples secteurs dans la planification aideront à répondre de manière efficace aux besoins sociaux et en santé.

Les consultations du RLISS de Champlain sur le développement de sous-régions en 2016 ont aussi montré une approche axée sur la santé de la population et l'équité en matière de santé. La consultation faisait remarquer « (a) une variété de populations et des caractéristiques uniques à chaque communauté exigeront une attention spéciale... ».²⁰

*Solutions –fondées sur la langue de communication, résidences et vie dans la communauté à laquelle ils peuvent participer et négocier. Repas et culture (y compris vie sociale) qui sont familiers (résumé) nourriture musulmane – mais pas nécessairement religieux...
(Répondant sondé)*

Recommandation (d) Mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies

La promotion de la santé et la prévention des maladies se trouvent étroitement associées aux déterminants sociaux de la santé. L'amélioration des programmes communautaires pour les personnes âgées immigrantes et leurs aidants naturels était perçue comme importante pour promouvoir la santé y compris la santé mentale, la prévention des maladies et la réduction de l'isolement social. Certaines personnes âgées immigrantes ont indiqué que des programmes conçus spécifiquement pour elles favorisent de façon importante leur bien-être.²¹ Être dans une communauté où les gens peuvent trouver du soutien pour

18 Agence de la santé publique du Canada. (2012). Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité.

19 P.5. Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/age-friendly-communities-guide-2012-collectivites-amies-aines/alt/pub-fra.pdf>

20 RLISS de Champlain. (2016). Sub-Region Development Summary Report. p.3 <http://www.champlainhln.on.ca/GoalsandAchievements/OurStratPlan/SubRegions.aspx> [Note de trad.: il est possible de consulter en français le Rapport sommaire sur les profils de la santé de la population des sous-régions, publié en octobre 2017, <http://www.champlainhln.on.ca/GoalsandAchievements/OurStratPlan/SubRegions.aspx>]

21 Le personnel a indiqué que tout le monde ne participait pas à ces programmes même si les personnes âgées immigrantes les ont demandés. (Je dois leur dire peut-être trois

écouter leurs inquiétudes contribue à éviter la dépression.

Notre santé dépend d'un endroit comme celui-ci, où l'on peut venir, socialiser dans notre langue, et partager des choses ensemble. Tout de suite notre bien-être s'en trouve meilleur... tout cela est bon pour notre santé. Nous sommes mieux quand nous sommes (ici)

(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Nous sommes tous déprimés. On allait constamment chez le docteur... et en étant déprimés... ils n'ont pas le temps de nous écouter. Pouvoir venir dans un endroit comme ça... si nous n'avions pas une place comme ça, on déprimerait. Nous avons le temps de nous écouter les uns les autres.

(Personne âgée immigrante participant au groupe de discussion)

Recommandation (e) Améliorer l'accès aux services de santé mentale au travers des organismes communautaires desservant les immigrants

Les participants au projet de recherche étaient très au fait des problèmes de santé mentale y compris la démence et la maladie d'Alzheimer, ainsi que la violence envers les aînés²². Améliorer l'accès aux services de santé mentale en soutenant les organismes de services aux immigrants en collaboration avec les services et soutiens dans le système général de santé mentale permet de capitaliser sur les connaissances que les agences et organismes locaux ont concernant les besoins des populations qu'ils desservent. Alors que les services de santé mentale généraux « répondent aux déterminants sociaux de la santé mentale des migrants; sont adaptés au genre et à l'étape de vie; et reconnaissent les défis et la résilience des différents groupes migratoires » (Khanlou, 2010, p.16), les organismes communautaires de services aux immigrants ont été identifiés comme étant importants pour les services de santé mentale parce qu'ils ont « un rôle important à jouer pour évaluer les besoins et forces locaux en matière de santé mentale, et pour prendre des mesures à l'égard des priorités locales » (Gouvernement du Canada, Robert, & Gilkinson, 2012, p. 28; Commission de la santé mentale du Canada, 2012, p. 84). L'augmentation de l'accès aux soins de santé mentale sera facilitée grâce à l'interprétation/traduction.

fois, il y a un programme dans l'édifice – ils ne viennent pas. Ils ne viennent pas.)

Recommandation (f) Soutenir les aidants naturels

Les résultats de cette étude et un certain nombre de rapports indiquent clairement qu'il faut soutenir les aidants naturels (Accreditation Canada, n.d.; Balance of Care Research Group University of Toronto, Williams, Peckham, Rudoler, & Watkins, 2012; Donner et al., 2015). Cette recommandation est en partie fondée sur les preuves qui montrent que, grâce à l'aide apportée par les aidants naturels, l'entrée en institution des personnes âgées peut être retardée et la dépendance aux soins formels réduite, évitant ainsi l'augmentation des coûts pour les soins de longue durée et les systèmes de soins de santé (A. P. Williams et al., 2013, p. 37).

Recommandation (g) Augmenter l'accès aux soins buccodentaires

Augmenter l'accès aux soins de santé, y compris les soins dentaires pour les personnes âgées immigrantes, sera facilité grâce à l'interprétation/traduction qui est particulièrement importante pour ceux et celles ayant un faible niveau d'alphabétisation dans leur langue d'origine. En ce qui concerne les soins dentaires, leurs coûts représentent un obstacle pour les personnes âgées immigrantes. King recommande « [d']examiner les façons de mieux intégrer et de mieux aligner les services de santé buccodentaire pour les Ontariens et les Ontariennes à faible revenu, et [de] favoriser notamment leur intégration et leur alignement avec l'ensemble du système de santé » (King, 2012, p.5).

Recommandation (h) Collecter des données et fournir de l'information

Une question importante pour le Canada est de savoir si les soins de santé sont livrés de manière équitable pour tout le monde. Pour répondre à cette question, on utilise parfois un instrument appelé l'évaluation des impacts sur l'équité en matière de santé qui permet de déterminer les effets d'une politique, d'un programme ou d'un service sur une population.

Les réponses des organisations de santé du RLISS de Champlain sondées indiquent clairement que les institutions de soins de santé pourraient bénéficier d'un soutien et de capacités accrues à l'égard de la collecte de données et des évaluations des impacts sur l'équité en matière de santé. Par exemple, trente-quatre (60%) des

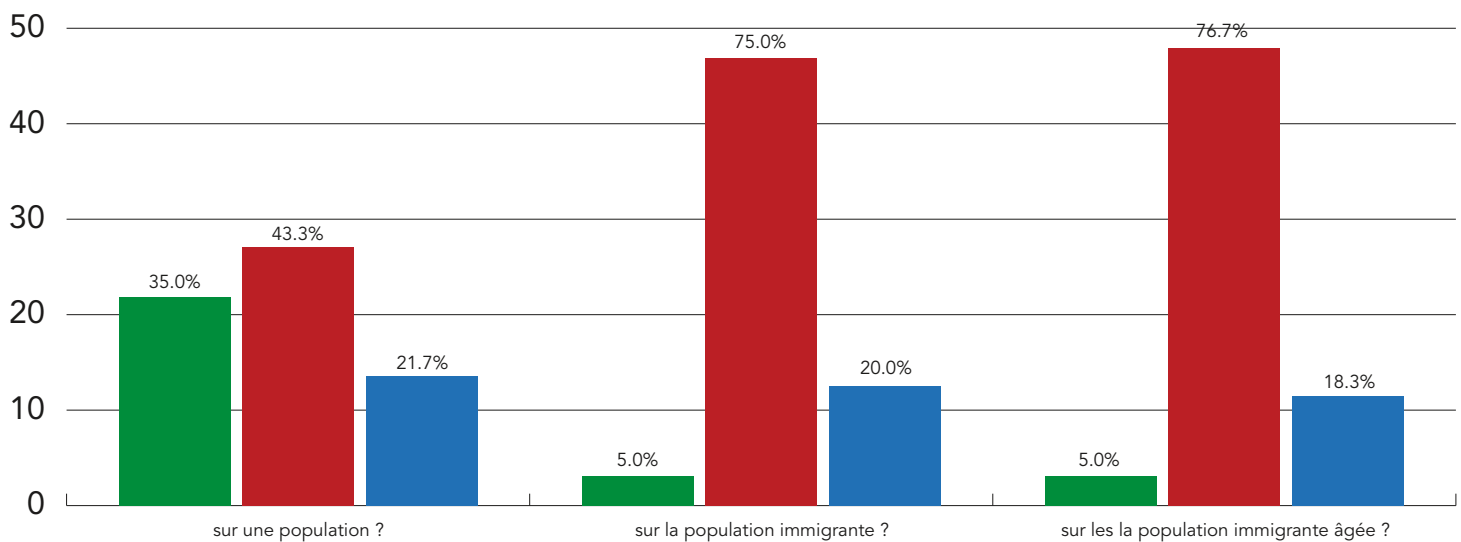
22 La violence envers les aînés a été identifiée comme un problème social, un problème de santé et de santé mentale important pour les personnes âgées. Des inquiétudes ont été exprimées par le personnel quant au manque de lits dans les abris d'urgence adaptés culturellement pour les femmes âgées immigrantes se trouvant dans des situations de maltraitance.

organisations sondées n'avaient pas collecté de données et n'avaient pas eu accès à des données qui pourraient montrer combien de personnes âgées immigrantes elles avaient desservies. Là où les différences entre les sexes ont montré des résultats inégaux en santé pour les populations de femmes et d'hommes, les données désagrégées sont un ajout important pour la priorisation et la planification des services. Alors que quatre-vingt trois pourcent (20) des répondants sondés ont indiqué faire une ventilation des données selon le sexe, 16,7% (4) des répondants sondés ont indiqué ne pas faire de ventilation de leurs données selon le sexe.

On a demandé aux organismes s'ils avaient déjà utilisé un outil d'évaluation des impacts sur l'équité en matière de santé (ou un autre instrument ou une approche pour évaluer l'équité). Premièrement, 35% des répondants avaient utilisé des évaluations des impacts sur l'équité en matière de santé sur une population, alors que 21,7% en utilisent parfois (colonne 1). Cependant, 43,3% n'en ont pas utilisé. Environ le même nombre de répondants n'a pas utilisé d'évaluation des impacts sur l'équité en matière de santé pour les populations immigrantes ou les populations âgées immigrantes (colonnes 2 & 3). Alors que l'utilisation d'instruments d'évaluation de l'équité pour une population donnée indique que ce type d'instrument est bel et bien utilisé, les pourcentages plus faibles pour les populations d'immigrants et de personnes âgées immigrantes indiquent que seul un quart des répondants sondés utilisent des évaluations de l'équité spécifiquement pour des populations immigrantes.

Graphique : L'utilisation des évaluations des impacts sur l'équité en matière de santé par les organisations sondées

Vert = oui
Rouge = non
Bleu = parfois



Un manque de données sur les personnes âgées immigrantes et leurs soins de santé semble évident. La collecte de données aux fins de planification est nécessaire par les organisations ainsi que le RLISS afin de contribuer à un processus décisionnel informé et à l'établissement des priorités dans les soins. Orienter la collecte de données (ex. données régionales désagrégées selon les caractéristiques des populations comme le pays d'origine, le niveau de revenu, le sexe, l'âge) dans le but d'utiliser ces données pour fournir des informations importantes, par exemple sur la livraison des services et la satisfaction des patients, peut faire une différence positive dans l'avenir (Gouvernement de l'Ontario, 2017, p. 16; Commission ontarienne des droits de la personne, 2000). La recherche sur la population des personnes âgées immigrantes augmentera également les connaissances sur la diversité de la population et les défis auxquels elle fait face dans les secteurs de la santé et des services sociaux dans la région.

En termes de diffusion de l'information, en plus du partage des données entre organismes, nous recommandons que le RLISS ajoute sur son site Web une section sur la santé des immigrants afin d'incorporer les informations et les ressources pour les personnes âgées immigrantes, qui pourraient être utilisées par les personnes elles-mêmes ou par les intervenants

en santé. D'autres sites Web disposent d'applications de traduction fournies par l'internet sur leurs sites, cela pourrait être une idée à explorer.

Encadré 6 : Résumés des priorités, principaux items et recommandations de perfectionnement organisationnel pour améliorer la santé et les soins de santé des personnes âgées immigrantes dans la région du RLISS de Champlain

Résumé des priorités selon les résultats de la recherche

- Répondre aux besoins linguistiques et culturels des personnes âgées immigrantes
- Offrir des programmes spécifiques pour les personnes âgées immigrantes
- Fournir des logements et des cadres de vie appropriés et abordables afin de soutenir leur santé et leur vie communautaire
- Améliorer la littératie en matière de santé et les informations sur la santé
- Procurer des moyens de transport abordables, accessibles et disponibles, y compris Para Transpo à Ottawa
- S'attaquer aux problèmes d'accès, de disponibilité et d'abordabilité, par exemple les listes d'attente, les coûts non couverts associés aux médicaments; les soins dentaires, oculaires et auriculaires; et les appareils et accessoires fonctionnels

Résumé des principaux éléments pouvant aider les organisations selon les réponses au sondage

- Augmenter les compétences culturelles et la sensibilisation à la diversité culturelle des personnels; et fournir des services de soins adaptés culturellement, spécifiques à l'âge et en temps opportun, y compris des informations sur la santé et les soins dans les langues de communication des aînés immigrants.
- Offrir des services de soins en santé mentale et des soins pour les troubles mnésiques
- Augmenter le soutien personnel à domicile
- Inclure régulièrement les aidants naturels dans les communications sur la santé des personnes âgées immigrantes (résultats des tests médicaux, prescriptions, & évolution de l'état de santé des patients)
- Mettre en œuvre des programmes fondés sur le modèle de gestion des maladies chroniques ²³

Les résultats et les recommandations issus de cette étude suggèrent fortement que les capacités de planification du RLISS axées sur la livraison de services aux immigrants, y compris à la sous-population que représentent les **personnes âgées immigrantes**, soient bonifiées.

23 Vivre en santé Champlain, « Vivre en santé Champlain offre un programme régional centralisé permettant d'améliorer la coordination et l'accès au soutien à la prise en charge personnelle, aux programmes et aux ressources pour les personnes ayant une maladie chronique ainsi qu'à de la formation pour les professionnels de la santé qui fournissent du soutien aux patients qui vivent avec une maladie chronique. » <https://www.livinghealthychamplain.ca/fr/AusujetdeVSC> (consulté le 4 juin 2018, note de trad.)

9a Recherche dans les régions rurales

Les régions rurales couvrent un espace important du RLISS de Champlain. Les données démographiques indiquent que le nombre de personnes âgées immigrantes est très faible dans les régions rurales. L'accès et l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées ne sont pas bien connus dans les régions rurales (Mattson, 2010). Le fait que certaines personnes âgées immigrantes puissent faire l'expérience d'un isolement social plus grand et connaître des défis quant à leur environnement rural pointe vers la nécessité de réaliser des recherches plus poussées afin de mieux connaître leurs accès et soins de santé.²⁴

9b Pratiques exemplaires pour la santé et les soins de santé des personnes âgées immigrantes dans le RLISS de Champlain

Notre recherche de pratiques exemplaires pour la santé et les soins des personnes âgées immigrantes dans la littérature indique un bénéfice potentiel à continuer ce travail. L'alignement des résultats du projet de recherche avec la littérature et les développements et innovations dans le RLISS de Champlain avec les rétroactions des fournisseurs de services peuvent offrir des directions à l'égard des pratiques exemplaires dans la région.

²⁴ https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRC_fr.pdf, p. 6 Voir aussi <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/transportation#consequences>. A study in Guelph etc. <https://www.wdgpUBLICHEALTH.ca/sites/default/files/wdgpfiles/sdoh-wdg-report-2013-for-web.pdf>



CONCLUSIONS

Les personnes âgées immigrantes se trouvent au cœur de deux tendances démographiques dominantes au Canada : le vieillissement et la diversité. La planification des soins pour les personnes âgées immigrantes est essentielle pour offrir des services de santé équitables dans l'avenir. Nous laissons le mot de la fin à une des personnes âgées immigrantes interviewées :

...Je dirais à mon docteur, s'il vous plaît prenez soin des personnes âgées, donnez-leur de bons soins et ne pensez pas que maintenant elles n'apportent plus rien au pays. Parce qu'elles ont été très utiles pour ce pays, alors maintenant donnez-leur de très bons soins de santé.



RÉFÉRENCES

- Académie canadienne des sciences de la santé (2014). Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada. http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf
- Accreditation Canada. (n.d.). The Caregiver Support Project: A Self-Directed Care Model to Improve Resiliency among Seniors' Informal Caregivers. Retrieved March 10, 2017, from <https://accreditation.ca/caregiver-support-project-self-directed-care-model-improve-resiliency-among-seniors%E2%80%99-informal>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada.* (Discussion paper). Toronto, ON: The Wellesley Institute. Retrieved from <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Report-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Feb-2015.pdf>
- Balance of Care Research Group University of Toronto, Williams, A. P., Peckham, A., Rudoler, D., & Watkins, J. (2012). *Caregiver support project. Evaluation interim report.* Toronto, ON: Alzheimer Society of Toronto. Retrieved from http://alz.to/wp-content/uploads/2014/12/caregiver_support_interim_BoC.pdf
- Bhuiya, A., & Wilson, M. G. (2016). *Identifying the Effects of and Approaches to Integrating Oral-Health Services in Health Systems. Rapid synthesis.* Hamilton, ON: McMaster Health Forum. Retrieved from <https://www.mcmasterhealthforum.org/docs/default-source/Product-Documents/rapid-responses/identifying-the-effects-of-and-approaches-to-integrating-oral-health-services-in-health-systems.pdf?sfvrsn=2>
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Your next of kin or your own career?: Caring and working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics*, 27(3), 718–738. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.10.004>
- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Canadian Dental Association. (2010). *Position paper on access to oral health care for Canadians.* Ottawa, ON: Canadian Dental Association. Retrieved from https://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/accessToCarePaper.pdf
- Carers Canada. (2016). Carer Facts | Carers Canada. Retrieved November 26, 2016, from <http://www.carerscanada.ca/carer-facts/>
- Commission de la santé mentale du Canada (2012). Changer les orientations, changer des vies: Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alberta). https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final. Genève: Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Commission ontarienne des droits de la personne (2000). Document de travail: La discrimination et l'âge - Problèmes relatifs aux droits de la personne vécus par les personnes âgées en Ontario. <http://www.ohrc.on.ca/fr/document-de-travail-la-discrimination-et-lâge-problèmes-relatifs-aux-droits-de-la-personne-vécus-par/âge-et-intersectionnalité>
- Conference Board of Canada. (n.d.). Elderly Poverty. Retrieved April 6, 2017, from <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/elderly-poverty.aspx>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et les Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>
- Division de la démographie (Statistique Canada) (2016). Regard sur la démographie canadienne. Deuxième édition. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-003-x/91-003-x2014001-fra.pdf?st=ILn3Df1M>

- Donner, G. (chair), Expert Group on Home and Community Care, McReynolds, J., Smith, K., Fooks, C., Sinha, S., & Thomson, D. (2015). *Bringing Care home*. Retrieved from http://health.gov.on.ca/en/public/programs/ccac/docs/hcc_report.pdf [Note de trad.: pour un résumé des faits saillants en français, voir : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2015/03/amener-les-soins-au-domicile-sommaire-des-recommandations-du-groupe-dexperts.html>]
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., ... Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
- Ferrer, I., Grenier, A., Brotman, S., & Koehn, S. (2017). Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. *Journal of Aging Studies*, 41, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.02.001>
- Fleras, A. (2014). *Racisms in a Multicultural Canada: Paradoxes, Politics, and Resistance*. Waterloo, Ont.: Wilfrid Laurier Univ. Press.
- Glauber, R. (2016). Gender Differences in Spousal Care Across the Later Life Course. *Research on Aging*, 0164027516644503. <https://doi.org/10.1177/0164027516644503>
- Gouvernement du Canada, Robert, A.-M., & Gilkinson, T. (2012). Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada: Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/recherche/sante-mentale-bien-etre-immigrants-recents-canada-donnees-enquete-longitudinale-aupres-immigrants-canada-elic.html>
- Gouvernement de l'Ontario. (2017). Une meilleure façon d'avancer: Plan stratégique triennal de l'Ontario contre le racisme. <https://www.ontario.ca/fr/page/une-meilleure-facon-davancer-plan-strategique-triennal-de-lontario-contre-le-racisme>
- Gouvernement de l'Ontario. (2008). L'excellence des soins pour tous. Vivre en santé Champlain. Programme d'autogestion des maladies chroniques. http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/pri_champlain.aspx
- Grover, A., & Joshi, A. (2015). An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 210–227. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p210>
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the "sandwich generation." *Ageing & Society*, 26(5), 707–722. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06004934>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does "access to health care" mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188.
- Hamid-Balma, S. (2010). Editor's Message: Older Adult Immigrants and Refugees. *Visions Journal*, 2010, 6 (3), P. 4, 6(3 (Immigrants and Refugees)), 4.
- Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, C., Clark, N., Benoit, C., & Brotman, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*, 9, 5. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>
- Hyman, I. (2009). *Racism as a determinant of immigrant health*. Toronto, ON: Strategic Initiatives and Innovations Directorate (SIID) of the Public Health Agency of Canada and Metropolis. Retrieved from http://www.metropolis.net/pdfs/racism_policy_brief_e.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). Les soins de santé au Canada 2011. Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Johnston, S., Liddy, C., Ives, S. M., & Soto, E. (2008). *Literature Review on Chronic Disease Self-Management*. Ottawa, ON: Élisabeth Bruyère Research Institute. Retrieved from <https://www.livinghealthynortheast.ca/Portals/0/Documents/Literature%20Review%20on%20Chronic%20Disease%20Self%20Management.pdf>
- Khanlou, N. (2010). Migrant mental health in Canada. *Canadian Issues*, 9–16.

- King, A. (2012). La santé buccodentaire - Bien plus qu'une question de caries. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/oral_health/oral_health.pdf
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Mather, M. (2017). Today's research on aging. Program and Policy Implications, Population Reference Bureau, 35, 1–12.
- Mattson, J. (2010). *Transportation, Distance, and Health Care Utilization for Older Adults in Rural and Small Urban Areas*. Fargo: Small Urban & Rural Transit Center Upper Great Plains Transportation Institute North Dakota State University. Retrieved from <http://www.ugpti.org/pubs/pdf/DP236.pdf>
- Mitra, S., Globerman, J., & Rapid Response Service. (2014). *Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people*. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network. Retrieved from <http://www.ohntn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR79.pdf>
- Morgan, T., Williams, L. A., Trussardi, G., & Gott, M. (2016). Gender and family caregiving at the end-of-life in the context of old age: A systematic review. *Palliative Medicine*, 30(7), 616–624. <https://doi.org/10.1177/0269216315625857>
- National Research Council (US) Panel on Race, Ethnicity, and Health in Later Life. (2004). *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. (N. B. Anderson, R. A. Bulatao, & B. Cohen, Eds.). Washington (DC): National Academies Press (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK25532/>
- Ontario Dental Association. (2010). Oral health and aging: addressing issues and providing solutions. Oral health issues for Ontarians: special report. Toronto: ODA; 2010. Available from: <http://www.oda.on.ca/senior-special-report.html>. Toronto: Ontario Dental Association. Retrieved from <http://www.youroralhealth.ca/seniors97/seniors-special-report>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie: projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Rapport du Secrétariat. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250847/B138_16-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=921ECA0BF8315167C8865CC-B9431E0AD?sequence=1
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126–P137.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ... Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824–E925. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090313>
- Quiñonez, C., Gibson, D., Jokovic, A., & Locker, D. (2009). Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(4), 366–371. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00476.x>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Client Centred Care - Nursing best practice guideline: Shaping the future of Nursing (update)*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Client_Centred_Care.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2008). *Oral Health: Nursing Assessment and Intervention*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-nursing-assessment-and-intervention>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2014). *Preventing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*. Toronto, ON: RNAO. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_Abuse_and_Neglect_of_Older_Adults_English_WEB.pdf

- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 309–318. <https://doi.org/10.1370/afm.982>
- Sabbah, W. (1998). Utilization of dental care services: an analysis of the Canada Health Survey, 1994." Toronto: MSc Thesis, Faculty of Dentistry, University of Toronto. (MSc Thesis). Faculty of Dentistry, University of Toronto, Toronto, ON.
- Sadeghi, L., Manson, H., & Quiñonez, C. R. (2012). *Report on Access to dental care and oral health inequalities in Ontario*. Toronto: Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Retrieved from https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Dental_OralHealth_Inequalities_Ontario_2012.pdf
- Santé Canada (2010). Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009. <http://publications.gc.ca/site/fra/9.637551/publication.html>
- Smith, D. (2007). Spotlight on Access to Care: President's Column. *Journal of the Canadian Dental Association*, 73(9), 755.
- Spillman, B. C., & Pezzin, L. E. (2000). Potential and Active Family Caregivers: Changing Networks and the "Sandwich Generation." *Milbank Quarterly*, 78(3), 347–374. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00177>
- Szczepura, A. (2005). Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal*, 81(953), 141–147. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.026237>
- Trivedi, R., Beaver, K., Bouldin, E. D., Eugenio, E., Zeliadt, S. B., Nelson, K., ... Piette, J. D. (2014). Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. *Chronic Illness*, 10(3), 167–179. <https://doi.org/10.1177/1742395313506947>
- Vissandjée, B., Weinfeld, M., Dupéré, S., & Abdool, S. (2001). Sex, gender, ethnicity, and access to health care services: Research and policy challenges for immigrant women in Canada. *Journal of International Migration and Integration / Revue de L'integration et de La Migration Internationale*, 2(1), 55–75. <https://doi.org/10.1007/s12134-001-1019-7>
- Wiles, J. (2003). Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health & Social Care in the Community*, 11(3), 189–207. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00419.x>
- Williams, A. P., Peckham, A., Rudoler, D., Tam, T., & Watkins, J. (2013). *Caregiver support project: Formative evaluation. Final Report*. Toronto, ON: Balance of Care Research and Education Group, Ryerson University. Retrieved from <http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/balancecare/CaregiverSupportProjectFormativeEvaluation.pdf>
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>

Annexe A : organisations sondées et leurs programmes

Le sondage ciblait toutes les organisations recevant du financement de la part du RLISS de Champlain.

- Soixante-quatre organisations ont répondu au sondage
- Un tiers (36,5%) recevait 90-100% de leur financement du RLISS de Champlain, plus des 2/3 des répondants recevaient 50% ou plus de leur financement du RLISS
- Un peu moins de 40% (deux cinquièmes) des organisations livraient des services dans toute la région géographique couverte par le RLISS de Champlain. Les autres fournissaient des services à l'échelle sous-régionale (Voir : Carte : Sous-régions du RLISS de Champlain)



- Les organisations opéraient dans cinq catégories de services primaires – hôpital (16,4%); établissements de soins de longue durée (16,4%); services de santé mentale et de traitement des dépendances (23%); soins à domicile et communautaires (26,2%); et centres de soins communautaires (18%)
- La majorité des services étaient des soins primaires (23 organismes); la promotion de la santé et le développement communautaire (24 organismes); et la santé mentale et les dépendances (25 organismes)
- Les organisations qui ont répondu délivraient des soins dans : une institution reliée à la santé (40%); à travers un programme communautaire qui n'était pas situé dans une institution de santé (30%); dans un centre de santé communautaire (8,3%); dans des résidences pour personnes âgées immigrantes (5%); et dans d'autres lieux y compris des hospices, et des centres résidentiels de traitement pour les dépendances et l'abus de substances (16,7%)

En plus d'une grande variété de services et programmes identifiés dans le tableau suivant, les organisations ont mentionné d'autres services et champs spécifiques de services aux personnes âgées immigrantes (33 entrées individuelles).

Tableau 6 : Services et programmes délivrés par les organisations sondées

Réponses	Pourcentage	nombre
Soins primaires	38.3%	23
Promotion de la santé et développement communautaire	40.0%	24
Dépendances et santé mentale	41.7%	25
Sécurité alimentaire	16.7%	10
Santé et développement des femmes	10.0%	6
Éducation	21.7%	13
Communauté autochtone et services culturels	8.3%	5
Immigration et établissement	6.7%	4
Services aux familles (y compris soins de jour pour adultes)	18.3%	11
Services d'accessibilité pour personnes handicapées	16.7%	10
Logement (y compris soins de répit pour aînés immigrants)	16.7%	10
Développement économique communautaire et entreprise sociale	3.3%	2
Sécurité publique et communautaire	8.3%	5
Mesures d'urgence et secours aux sinistrés	8.3%	5
Communauté francophone et services culturels	11.7%	7
Services d'emploi	5.0%	3
Services juridiques	0.0%	0
Transport	20.0%	12
Initiatives des hôpitaux-amis des aînés	15.0%	9

Réponses	Pourcentage	nombre
Services gériatriques spécialisés	25.0%	15
Soins infirmiers à domicile	5.0%	3
Thérapie à domicile	1.7%	1
Soutien personnel à domicile (y compris soutien personnel et services de ménage ex. par un préposé aux services de soutien à la personne ou une aide en soins de santé)	16.7%	10
		60

En plus de cette liste, les répondants ont décrit plusieurs types de services et programmes offerts aux immigrants et aux aînés. Ils comprennent :

Services hospitaliers : services de santé aigus et sub-aigus, soins continus complexes, réadaptation, services hospitaliers.

Clinique de santé pour nouveaux arrivants, centre de gestion du sevrage, support au logement et aide à la vie autonome, soins en hospice, et médecine traditionnelle.

Dépistage du diabète, éducation, et autogestion du diabète, et soins des pieds.

Programmation de jour y compris services « une journée sans » et programmes sans rendez-vous (drop-in).

Services de santé mentale y compris centres de ressources par les pairs et gestion intensive de cas. Le counseling et l'intégration des aînés ont été cités, et un programme soutient la Fierté des Aînés. Les services culturels et de soutien communautaire ont été mentionnés mais sans entrer dans les détails.

Des programmes de sensibilisation ont été mentionnés y compris de sensibilisation multiculturelle, pour nouveaux arrivants et personnes âgées. Des programmes pour réduire l'isolement des aînés, de la surveillance par téléphone (des appels de surveillance sont effectués auprès de populations cibles) ont également été cités.

Des programmes de prévention et de promotion de la santé comme les programmes de sensibilisation des aînés et multiculturelles, et une « initiative multiculturelle de sensibilisation à la sécurité pour les personnes atteintes de démence qui sont recherchées ou se sont perdues, et pour ceux qui prennent soin d'elles ».²⁵

Des programmes d'éducation notamment des classes de langue anglaise.

Des programmes reliés aux repas (repas collectifs, clubs Diner's, diners communautaires, repas surgelés, et popotes roulantes).

D'autres services ont été cités comme des référencement pour du ménage à domicile, des visites de courtoisie, un programme de petites réparations dans les logements, et du prêt d'équipement.

Finalement, les organismes ont identifié des programmes qui desservent uniquement les personnes âgées immigrantes. Ces exemples se retrouvent dans le texte principal du rapport.

Annexe B : Santé buccodentaire – quelques notes tirées de la littérature

« Le processus de vieillissement peut être aussi dur pour votre bouche, vos dents et gencives que pour d'autres parties de votre corps. Quand on vieillit, on est plus susceptible d'accumuler de la plaque dentaire et de voir les plombages se fissurer et s'affaiblir. En outre, nos dents ont tendance à être plus fragiles et friables, et de nombreux aînés souffrent d'une diminution du contrôle musculaire, qui peut rendre plus difficile l'action de mâcher ou le port de dentiers. Finalement, plus on vieillit, plus il est nécessaire d'être vigilant pour lutter contre le développement des maladies gingivales. » (Ontario Dental Association, 2010, p. 7)

« La santé buccodentaire est importante pour le bien-être général des enfants et des adultes et une mauvaise santé buccodentaire peut être liée à d'autres maladies et à des problèmes sérieux de santé comme des infections respiratoires, des maladies cardiovasculaires, le diabète et un mauvais état de nutrition. » (Bhuiya & Wilson, 2016, p. 3). Des relations ont aussi été établies entre le métabolisme des os (ostéoporose); une mauvaise santé buccodentaire et une perte substantielle de poids, la déshydratation, et l'infirmité (King, 2012, p.7). C'est particulièrement le cas pour les aînés les plus vulnérables, « particulièrement ceux vivant dans les établissements de soins de longue durée » (Ontario Dental Association, 2010, p. 3).

Sabbah (1998) et Santé Canada (2010) expliquent que « Un piètre état de santé était un prédicteur d'une fréquentation accrue des cabinets de médecins, mais d'une diminution des visites chez le dentiste. Dans le cas des soins dentaires, les facteurs socioéconomiques déterminent l'utilisation des services à un point tel que le nombre de consultations chez le dentiste est inversement proportionnel aux besoins prévus des patients. » (Santé Canada, 2010, p.13; Sabbah, 1998).

Nous avons trouvé peu de recherches sur les soins buccodentaires des aînés immigrants spécifiquement. Cependant, la littérature citée ici suggère que, en plus des processus naturels de vieillissement et des impacts sur la santé buccodentaire, la « vulnérabilité », un revenu faible et la pauvreté sont des déterminants de la santé buccodentaire (Académie canadienne des sciences de la santé, 2014). Des défis quant à l'accès et au paiement des soins de santé buccodentaire existent pour les populations handicapées, réfugiées et immigrantes. « Ces groupes portent en effet un fardeau démesuré en ce qui concerne les affections buccales par rapport à leurs homologues canadiens. » (Académie canadienne des sciences de la santé, 2014, p.42-3).

Des défis similaires existent également pour les personnes handicapées, les réfugiés et les populations récemment immigrées. Ces groupes portent en effet un fardeau démesuré en ce qui concerne les affections buccales par rapport à leurs homologues canadiens. Ils ont souvent des revenus limités, et bien qu'ils aient parfois accès à certaines aides publiques (en particulier les personnes handicapées et les réfugiés), ils font également face à d'importants obstacles pour obtenir des soins dentaires. Par exemple, le gouvernement fédéral a traditionnellement appuyé certains réfugiés, mais le remboursement est limité et réduit à une courte période (souvent une seule année à compter de l'entrée au pays). Ce soutien pourrait être aboli dans un proche avenir, car le gouvernement fédéral a proposé l'annulation de ce programme important. En outre, aucune autre province que le Québec n'offre la prise en charge des réfugiés. Par ailleurs, les nouveaux immigrants n'ont aucune aide publique pour les soins de santé bucco-dentaire à moins qu'ils ne soient admissibles au programme d'assistance sociale, et, dans ce cas aussi, les défis de la pauvreté sont prééminents. (Académie canadienne des sciences de la santé, 2014, p.42-3).

Arlene King, en tant que médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, a noté, dans son rapport visant à sensibiliser le public à l'importance de la santé buccodentaire et à l'accès équitable aux services de soins buccodentaires, que les Ontariens à faibles revenus, y compris les aînés, « n'ont pas un accès adéquat aux services de santé buccodentaire préventive ou thérapeutique au moment et à l'endroit où ils en ont besoin » (King, 2012, p.4).

Des programmes financés par le gouvernement comme le POSPH ne fournissent que des services dentaires et buccodentaires limités (Quiñonez, Gibson, Jokovic, & Locker, 2009). Certaines personnes âgées qui ne sont plus éligibles au POSPH, peuvent être éligibles à l'assurance maladie complémentaire si leurs dépenses de soins de santé sont élevées (cela inclut de l'aide pour la vue, les dents et les soins auditifs). Beaucoup d'aînés immigrants se retrouvent à payer des services dentaires grâce à une assurance privée, dont la couverture dépend des termes du plan et /ou de frais à la charge de l'assuré, ce qui représente un obstacle important pour accéder aux services dentaires nécessaires. (Beaucoup de retraités perdent leurs avantages sociaux à la retraite).

Une étude de Santé publique Ontario a rapporté un résumé de l'état de la santé buccale et de l'accès aux soins buccodentaires selon les différents sous-groupes sociodémographiques de la population ontarienne en utilisant les données de 2005 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Sadeghi et al., 2012). En général, les adultes plus âgés sont moins susceptibles d'être assurés pour les soins buccodentaires (36%) que la population générale ontarienne (68%) (Voir Sadeghi et al. (2012)).

Ceux âgés de 65 ans et plus étaient plus susceptibles de voir un dentiste seulement en cas d'urgence. Cela doit être comparé à la plupart des Ontariens (80%) qui « tendent à voir un dentiste à des fins de prévention alors qu'un sur cinq voit un dentiste seulement en cas d'urgence » (Sadeghi et al., 2012, p. 1). Les différences selon le sexe sur un certain nombre de mesures n'étaient pas « significatives » dans les résultats de l'étude réalisée par les auteurs. En ce qui concerne le statut d'immigration, (comparaison entre statut d'immigrant et de non-immigrant), le tableau fourni ne compare que tous les immigrants et tous les non-immigrants, sans ventilation par groupes d'âge (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Accès aux soins buccodentaires parmi les résidents ontariens selon leurs caractéristiques sociodémographiques

Statut d'immigration	A vu un dentiste dans la dernière année	A indiqué que le cout était une barrière (%)	A vu un dentiste seulement en cas d'urgence (%)	Possède une assurance dentaire (%)
Immigrant	66.3 (65.2-67.3)	19.3 (17.3-21.4)	25.3 (24.3-26.3)	59.2 (58.1-60.3)
Non-immigrant	73.8 (73.3-74.3)	20.2 (19.1-21.3)	17.2 (16.7-17.6)	71.7 (71.2-72.2)

Source: (Sadeghi et al., 2012) à partir des données 2005 de l'ESCC (prévalence et intervalle de confiance de 95%)

Certaines associations professionnelles suggèrent des stratégies pour les soins buccodentaires des aînés. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association dentaire canadienne ont suggéré des stratégies similaires à court et long termes afin d'améliorer la santé dentaire et l'accès aux soins des aînés (Canadian Dental Association, 2010; Registered Nurses' Association of Ontario, 2008). Il y a quelques années, le gouvernement fédéral a créé un Bureau du dentiste en chef pour fournir du leadership en matière de politiques et des directions dans le domaine de la santé buccale et des soins de santé buccodentaire à travers le Canada (un tel bureau n'avait pas été mis en place depuis plus de trente ans). Un président de l'Association médicale canadienne (AMC) a suggéré que Medicare soit étendu afin d'inclure les soins buccodentaires (Smith, 2007). Enfin, l'Association dentaire canadienne recommande maintenant que le gouvernement établisse « un filet de sécurité dentaire », pour tous les Canadiens désavantagés, changeant ainsi son ancienne position qui ciblait des groupes vulnérables spécifiques, particulièrement les enfants (Canadian Dental Association, 2010).

Annexe C : Aide et ressources pour les personnes âgées immigrantes

Si vous êtes en situation de détresse, une **aide d'urgence** est disponible :

Le Distress Centre of Ottawa répond aux appels à l'aide en **anglais** 24h/24, 365 jours par an. Tous les appels sont confidentiels et gratuits. Distress Line (Ottawa/Gatineau) 613-238-3311 (anglais seulement). Si vous êtes encouragé à vous connecter au système hospitalier, d'autres langues sont disponibles.

La ligne de crise en santé mentale (Ottawa) 613-722-6914 (**anglais et français**) La ligne de crise en santé mentale est disponible 24h/24, 7 jours/7, 365 jours par an. Tous les appels sont confidentiels et gratuits. Si vous êtes encouragé à vous connecter au système hospitalier, d'autres langues sont disponibles.

Ontario 211 – Faites le **211** (<http://211ontario.ca>) Ontario **211** est une ligne d'aide et une base de données des services sociaux et communautaires en Ontario. Disponible 24h/24, 7 jours/7, 365 jours par an. Tous les appels sont confidentiels et gratuits. (Des services sont disponibles dans plus de 100 langues).

Ligne d'aide Ontario 211 : **TTY: 1-888-340-1001** (sourds, sourds oralistes, devenus sourds, et malentendants). Bavardage en ligne également disponible.

Si votre détresse est associée à de la violence ou de la maltraitance envers les aînés, veuillez s'il vous plaît appeler : **LIGNE D'ASSISTANCE AUX PERSONNES ÂGÉES : 1-866-299-1011**

Si vous éprouvez de la détresse après l'entretien, vous pourriez **contacter une des organisations suivantes pour obtenir de l'aide**. Ces organisations opèrent habituellement pendant les heures de bureau et elles offrent une variété de services.



Centre de santé communautaire d'Ottawa sud-est (CSCOSE). Faites le 613-737-4809 – demandez pour un rendez-vous avec un conseiller d'accueil OU :

Venez aux services sociaux sans rendez-vous du CSCOSE du lundi au vendredi de 13h à 14h30 avec des services offerts en **français, anglais, somali, et arabe**. Premier arrivé, premier servi.

Le CSCOSE offre aussi une clinique de counseling jusqu'à 12 séances et il a une clinique de counseling sans rendez-vous tous les jeudis de 11h30 à 18h00 avec des services dans différentes langues. Contactez les Services à la famille juive à la place Hunt Club du CSCOSE (Hunt Club /site Riverside 3320 chemin Paul Anka, Ottawa, Ontario K1V 0J9) pour du soutien en **arabe**. Numéro de téléphone : 613 247 1600 poste : 327.

OCISO Ottawa Community Immigrant Services Organization **613-725-0202** (bureau principal). (<https://ociso.org/>). Dispose de conseillers et de conseillers d'accueil. Peut faire des référencement. Counseling clinique offert en **anglais, français, espagnol, arabe, farsi, dari, népalais, hindi, et d'autres langues** au besoin.

Somali Centre for Family Services (**613**) **526-2075** offre de l'aide aux réfugiés et aux immigrants qui ont besoin de soutien en établissement et de services d'intégration. Le SCFS organise de nombreux événements sociaux pour les personnes âgées toute l'année. Le site web est disponible en plusieurs langues. Le personnel parle le somali et l'arabe. (<http://www.somalifamilyservices.org/>).

Ottawa Chinese Community Service Centre (**613**) **235-4875 (Cantonais et mandarin)**. Offre des services de counseling sans rendez-vous les mardis entre 11h00 et 17h00 (Appelez le 613-235-4875).

Services à la famille juive. Rendez-vous le soir pour du counseling disponible. Pour les services offerts aux aînés par les Services à la famille juive, contactez Laura Thomas au 613-722-2225, poste 313. Les services de soutien aux aînés Thelma Steinman des Services à la famille juive offrent des programmes et des services pour les aînés juifs y compris du soutien aux aidants naturels en **anglais, russe et yiddish**.

En général : Pour des services en **arabe** contactez le Centre de santé communautaire d'Ottawa sud-est au 613-247-1600 poste 327.

Pour des services en **cantonais ou mandarin** contactez Ottawa Chinese Community Service Centre 613-235-4875 poste 137.

Pour des services en **somali** contactez Somali Centre for Family Services 613-526-2075 poste 229.

Pour des services in **panjabi**, contactez 613-722-2225 poste 497 (Services à la famille juive)

Pour des services en **français et kinyarwanda** contactez le Conseil économique et social d'Ottawa-Carleton 613-248-1343 poste 331. <http://www.cesoc.ca/index.php/fr/>

Pour des informations sur les services en **anglais, urdu, panjabi, hindi** ou d'autres langues, contactez Ottawa Community Immigrant Services Organization 613-725-5671