

Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français

Objectif 1 – Portrait de la santé, de l'accès aux services et
des besoins en santé des personnes âgées

Rapport parrainé par le Conseil communauté en santé du Manitoba

Danielle de Moissac et Margaux Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface

Octobre 2012

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et figure	iv
1. Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et objectif de recherche.....	1
1.2 Méthodologie	3
2. Profil sociodémographique des aînés.....	4
2.1 Les aînés francophones du Manitoba	4
2.2 Les aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital	7
3. La santé des aînés.....	10
3.1 La santé des francophones vivant en situation linguistique minoritaire.....	10
3.2 La santé des aînés du Manitoba	10
3.3 La santé des francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital	13
3.3.1 Étude du Manitoba Centre for Health Policy	13
3.3.1.1 Indicateurs de santé	14
3.3.1.2 Indicateurs d'utilisation de services de santé	17
3.3.2 Soins à domicile pour les aînés francophones de Winnipeg	19
3.3.2.1 Profil démographique des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile	19
3.3.2.2 Besoins des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile	21
3.3.3 Soins de longue durée pour les aînés francophones de Winnipeg	23

3.3.3.1 Profil démographique des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée	24
3.3.3.2 Besoins des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée	25
4. L'accès aux services de santé en français	27
4.1 L'accès aux services en français en situation linguistique minoritaire.....	27
4.2 L'accès aux services en français au Manitoba.....	31
4.3 L'accès aux services en français par les aînés francophones du Manitoba	32
5. Conclusion et recommandations	37
6. Références.....	41

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1. Scolarisation des aînés de Winnipeg.....	6
Tableau 2. Répartition des aînés selon l'âge.....	7
Tableau 3. Répartition des aînés selon l'âge et le sexe.....	9
Tableau 4. Comparaison des indicateurs de santé des francophones et des non francophones de Saint-Boniface et Saint-Vital.....	15
Tableau 5. Comparaison des indicateurs d'utilisation de services de santé des francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital.....	18
Tableau 6. Répartition des aînés ayant recours aux soins à domicile selon l'âge et le sexe.....	20
Tableau 7. Répartition des aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée selon l'âge.....	24
Tableau 8. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels plus couramment consultés par les aînés francophones de Winnipeg....	35
Tableau 9. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moyennement consultés par les aînés francophones de Winnipeg.....	36
Tableau 10. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moins consultés par les aînés francophones de Winnipeg.....	36

FIGURE

Figure 1. Carte de Winnipeg avec secteurs plus fortement peuplés de francophones.....	8
---	---

1. INTRODUCTION

1.1 Mise en contexte et objectif de recherche

Le vieillissement de la population, et particulièrement de la génération des « babyboomers », se fait sentir au Manitoba. On estime que le pourcentage de la population ayant 65 ans et plus va augmenter de 13,9 % à 19,9 % d'ici 2026 (Centre on Aging, 2010). De plus, on prévoit que le nombre de Manitobains de plus de 75 ans doublera presque entre 2007 et 2036 (Doupe et collab., 2011). La demande de services de soins de santé augmente généralement avec l'âge, car les personnes âgées ont plus de probabilité de souffrir de maladies chroniques et de conditions concomitantes, ce qui augmente la complexité et la fréquence des soins (ICIS, 2011; Allaire et collab., 2010; Marmen et Delisle, 2003). De plus, une perte d'autonomie physique ou cognitive exige un soutien plus régulier et continu pour répondre aux besoins quotidiens. Cette réalité entraîne des défis importants quant aux services de santé, car la génération de « babyboomers » souhaite vivre en santé plus longtemps en maintenant son indépendance et sa qualité de vie (FCRSS, 2011b.). Les planificateurs des services de santé et les responsables de politiques doivent donc viser à améliorer les mesures de soutien pour les aînés dans les communautés (FCRSS, 2011b).

Le Manitoba a été désignée comme une province assurant la promotion des politiques, des services et des structures qui appuient les aînés dans leurs communautés (FCRSS, 2011a). Le Manitoba, par son statut de province *amie des aînés*, encourage une vie active, sociale et indépendante afin d'améliorer la santé et le bien-être de tous les aînés du Manitoba (FCRSS, 2011a; Gouvernement du Manitoba, s.d.(a)). Les communautés amies des aînés reconnaissent la diversité et la contribution des aînés, encouragent leur vieillissement sain et actif ainsi que leur participation à tous les aspects de la communauté. Ces communautés créent des environnements accessibles et sécuritaires pour les aînés et les traitent avec respect (FCRSS, 2011a; Gouvernement du Manitoba, s.d.(a)). Certains programmes gouvernementaux manitobains portant sur la santé et l'accès aux soins de santé ont été mis sur pied afin d'élargir le continuum des soins aux aînés au-delà des foyers de soins de longue durée (Doupe et collab., 2011). Un de ces programmes, mis sur pied en 2004, s'intitule « Vieillesse chez soi » (Gouvernement du Manitoba, s.d.(b)). Cette initiative vise les aînés vivant seuls, car ces

derniers sont plus à risque d'isolement, de dépression et de malnutrition. Le but de cette initiative est d'assurer un environnement sécuritaire et sain permettant aux personnes âgées de maintenir leur autonomie dans la communauté le plus longtemps possible. Un nouvel outil a été développé dans le cadre d'une recherche par le Manitoba Centre for Health Policy qui permet d'évaluer les besoins des aînés et de déterminer la meilleure façon d'assurer leurs soins, que ce soit à domicile, dans un logement avec services de soutien ou dans un foyer de soins de longue durée (Doupe et collab., 2011). De plus, le Manitoba dispose maintenant d'un programme visant à soutenir financièrement en partie les aidants naturels (FCRSS, 2011a). Le gouvernement provincial reconnaît donc l'importance de soutenir les aînés dans ses communautés.

Les aînés francophones du Manitoba représentent une population particulièrement vulnérable en ce qui a trait à la santé et à l'accès aux services de santé dans leur langue maternelle. Des analyses secondaires de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes suggèrent que de vivre en situation linguistique minoritaire peut influencer la santé (Bouchard et collab., 2009). Certains facteurs sociodémographiques associés aux francophones en situation minoritaire contribuent à des disparités de santé : un taux de vieillissement plus élevé, une sous-scolarisation, un plus faible revenu et un plus grand pourcentage vivant en région rurale (Bouchard et collab., 2009). On reconnaît qu'au Manitoba, la population francophone vieillit plus rapidement que la population anglophone et semble être en moins bonne santé que les non francophones du même âge (Chartier et collab., 2012). La sous-scolarisation, l'unilinguisme francophone et l'usage prédominant de la langue maternelle lorsque la santé physique et émotionnelle est en péril contribuent également à un plus grand besoin d'accès des aînés aux services dans leur langue (Allaire et collab., 2010). L'accessibilité aux services de santé en français est limitée, avec seulement près de la moitié des francophones ayant accès à un médecin de famille pouvant offrir ses services en français (de Moissac et collab., 2011). La langue dans laquelle les services de soins de santé sont reçus étant particulièrement importante pour la population vieillissante, il va de soi que la planification des soins de santé en français au Manitoba doit prévoir un accès à des services de qualité et sécuritaires pour les aînés francophones du Manitoba. Cela explique pourquoi le Conseil communauté en santé du

Manitoba a ciblé les aînés comme l'un des groupes prioritaires pour recevoir des services en français (CCS, 2009).

Le but principal de cet objectif est donc de dresser un portrait de l'état de santé des personnes francophones du Manitoba âgées de 65 ans et plus résidant à Saint-Boniface et à Saint-Vital. Une description de l'état de santé des aînés vivant dans la communauté, des aînés ayant recours aux soins à domicile et des aînés vivant dans un foyer de soins de longue durée sera d'abord présentée. La disponibilité et l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en français dans ces quartiers seront ensuite examinées. Enfin, les besoins des aînés en matière de services de santé, tant pour les personnes autonomes que pour les personnes en perte d'autonomie et dépendantes, seront cernés.

1.2 Méthodologie

La réalisation de cette recherche est basée, d'une part, sur une revue de littérature portant sur la santé des aînés francophones du Canada, du Manitoba et, le cas échéant, des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital. Cette recherche vise à décrire le profil démographique des aînés francophones, leur état de santé et l'accès aux services de santé et aux services sociaux en français au Manitoba afin de mieux cerner leurs besoins en matière de services. Il est important de préciser que les données portant uniquement sur les aînés francophones vivant à Saint-Boniface et à Saint-Vital sont peu nombreuses, et donc les données portant sur les aînés du Manitoba ou les aînés francophones vivant en situation linguistique minoritaire seront également prises en compte. Certaines données sont facilement disponibles, car le Centre on Aging et le Manitoba Centre for Health Policy de l'Université du Manitoba publient des recherches se rapportant à notre sujet d'intérêt. Plusieurs rapports récents, dont *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036* (Château et collab., 2012), *Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba* (Doupe et collab., 2011) et *La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba* (Chartier et collab., 2012) ont été utilisés, ainsi que les données provenant du recensement et de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle de 2006 de Statistique Canada. De plus, des données administratives provenant du Resident Assessment Instrument (RAI)

Minimum Data Set (MDS) ont été exploitées afin de préciser davantage l'état de santé et les besoins des aînés bénéficiant de soins à domicile et des aînés ayant recours aux soins de longue durée dans les établissements offrant des services en français à Saint-Boniface et à Saint-Vital, soit Actionmarguerite - Taché et Actionmarguerite - Valade, respectivement. Ces données ont été évaluées par comparaison à celles pour l'ensemble des usagers de ces services de l'Office régional de la santé de Winnipeg, à la suite de l'approbation obtenue du comité d'éthique en recherche de l'Université de Saint-Boniface et de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

D'autre part, une analyse secondaire des données recueillies lors de l'enquête portant sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé en français au Manitoba (de Moissac et collab., 2011) a permis de mieux comprendre l'état de la situation actuelle pour les aînés francophones vivant dans la communauté à Winnipeg. Cette analyse a permis d'identifier les services demandés en français par les aînés autonomes et ceux reçus dans cette langue auprès de professionnels issus d'une vingtaine de professions différentes. L'ensemble des informations recueillies a permis de dresser un portrait précis de la santé des aînés francophones, de leur accès aux services et de leurs besoins.

2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES AÎNÉS

2.1 Les aînés francophones du Manitoba

Un profil sociodémographique de la population francophone du Manitoba a récemment été dressé par plusieurs organismes (Allaire et collab., 2010, FCFA 2009), selon les données tirées du recensement fédéral et de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle de 2006. Une brève description suit, un accent particulier étant mis sur la population vieillissante en milieu urbain.

Le pourcentage de francophones au Manitoba ne représente qu'un peu plus de 4 % de la population totale, mais cela représente tout de même plus de 47 000 personnes ayant le français ou le français et l'anglais comme langue maternelle (Allaire et collab., 2010). En

tenant compte du nombre de personnes ayant une connaissance du français, qui comprend entre autres la population immigrante francophone dont la langue maternelle n'est pas le français, ce pourcentage s'élève à 9,3 % de la population totale (Allaire et collab., 2010). Bien que la plupart des francophones (96,8%) soient bilingues (Commissariat aux langues officielles [CLO], 2007), il n'en demeure pas moins qu'une proportion des aînés francophones sont unilingues (Marmen et Delisle, 2003). Dans les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital, qui sont désignés quartiers bilingues par le gouvernement du Manitoba depuis 1999 (CLO, 2007), on compte 16 585 résidents francophones, représentant 55 % des francophones vivant à Winnipeg (Chartier et collab., 2012). Notons que c'est à Saint-Boniface que l'on retrouve la majorité des sièges sociaux d'organismes communautaires francophones, sur les plans culturel, éducatif et religieux et particulièrement dans le domaine de la santé (services et formation de professionnels) (CLO, 2007), assurant ainsi la vitalité linguistique de cette communauté en milieu urbain.

Les aînés représentent une portion importante de la population générale, et ce, de façon plus marquée chez les Franco-Manitobains. Plus de la moitié (55 %) de la population francophone est âgée de 45 ans et plus comparativement à 40 % pour la population totale au Manitoba. Les aînés de 65 ans et plus représentent 20,8 % des Franco-Manitobains comparativement au 13 % des aînés de la population totale (Chartier et collab., 2012; Allaire et collab., 2010; Marmen et Delisle, 2003). Un écart est noté à ce niveau à partir de 45 ans et demeure constant jusqu'à 75 ans et plus (Chartier et collab., 2012; Lesage et collab., 2012; Allaire et collab., 2010). On note donc un vieillissement important de la population de langue maternelle française, car la proportion de la population francophone âgée de 65 ans ou plus est presque deux fois plus élevée que celle âgée de moins de 15 ans (Chartier et collab., 2012; Lesage et collab., 2012).

Au Manitoba, la proportion de femmes de 65 ans et plus est plus grande que celle des hommes du même âge (Centre on Aging, 2010). Cette tendance s'accroît chez les aînés de 85 ans et plus, où l'on compte deux fois plus de femmes que d'hommes. Plus de 55,5 % des aînés de 65 ans et plus sont mariés, mais plus l'âge augmente, plus le pourcentage de veuvage augmente. Presque le trois-quarts des hommes (73,3 %) sont mariés, tandis que moins de la

moitié des femmes (42,2 %) le sont (Centre on Aging, 2010). Le revenu annuel moyen des personnes de 65 ans et plus en 2005 était de 28 365 \$, une majorité d'aînés (40,7 %) ayant un revenu annuel entre 10 000 \$ et 19 999 \$ (Centre on Aging, 2010). De façon générale, les femmes cumulaient un revenu annuel inférieur en comparaison des hommes du même âge. Près de la moitié des aînés de 65 ans et plus vivent seuls et ont un revenu annuel de moins de 20 000 \$, et ce, plus fréquemment chez les femmes (Centre on Aging, 2010). Contrairement à tous les autres groupes d'âge, le revenu médian des anglophones est supérieur à celui des francophones chez les aînés de 65 ans et plus. Cela est vrai tant chez les hommes que chez les femmes, quoique les écarts de revenu soient moins importants chez ces dernières (Lesage et collab., 2012). Pour les aînés de 65 ans et plus, environ 7,5 % de leurs dépenses sont consacrées aux soins de santé, dont 43 % pour des médicaments sur ordonnance. Ce taux diminue à 33 % chez les aînés ne vivant pas seuls.

La scolarisation des aînés francophones de Winnipeg et du Manitoba se distingue de celle de la population anglophone, tel qu'illustré au Tableau 1. À tous les niveaux de scolarisation sauf pour celui du certificat ou du diplôme d'apprenti et du certificat ou du diplôme universitaire inférieur au baccalauréat, le pourcentage de francophones est inférieur au pourcentage d'anglophones (Allaire et collab., 2010). Une proportion plus élevée (47,0 %) de francophones de 65 ans et plus vivant à Winnipeg n'a aucun certificat ou diplôme d'études, en comparaison avec les anglophones du même groupe d'âge (36,6 %) (Allaire et collab., 2010).

Tableau 1. Scolarisation des aînés de Winnipeg

	Anglophones	Francophones
Aucun certificat ou diplôme	36,6 %	47,0 %
Diplôme d'études secondaires	26,0 %	16,9 %
Cert. ou diplôme d'apprenti	11,4 %	12,4 %
Cert. ou diplôme d'un collège ou autre établissement non universitaire	11,2 %	8,5 %
Cert. ou diplôme universitaire inférieur au bacc.	3,9 %	7,4 %
Baccalauréat	5,4 %	3,6 %
Cert. ou diplôme supérieur au bacc.	1,7 %	1,6 %

(Allaire et collab., 2010)

2.2 Les aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital

Selon les données du recensement de 2011, les aînés de la circonscription électorale fédérale de Saint-Boniface, qui comprend le quartier de Saint-Boniface et une grande partie du quartier de Saint-Vital, représentent 15,7 % de l'ensemble de la population, soit 14 085 individus (Statistique Canada, 2012a). Ce pourcentage est légèrement supérieur aux statistiques pour la ville de Winnipeg, où les aînés représentent 14,4 % de la population urbaine, ainsi que le pourcentage au niveau provincial, qui est de 14,3 %. Une comparaison des pourcentages d'aînés de Saint-Boniface, de Winnipeg et du Manitoba est illustrée au Tableau 2, en tenant compte des tranches d'âges à partir de 65 ans. Les pourcentages d'aînés francophones dépassent légèrement ceux de l'ensemble des aînés de la ville de Winnipeg pour toutes les tranches d'âges sauf celle des 85 ans et plus. Le pourcentage d'aînés de Saint-Boniface entre 75 et 84 ans est aussi plus élevé que pour l'ensemble des aînés du Manitoba.

Tableau 2. Répartition des aînés selon l'âge

Tranche d'âge	Saint-Boniface (%)	Winnipeg (%)	Manitoba (%)
65-69 ans	28,6	28,1	29,1
70-74 ans	21,9	21,4	22,3
75-79 ans	19,1	18,7	18,3
80-84 ans	16,2	15,6	14,8
85 ans et plus	14,1	16,2	15,5

(Statistique Canada, 2012a)

Selon les données du recensement 2006, ce sont dans les quartiers résidentiels du nord de Saint-Boniface et au Parc Windsor où l'on retrouve une plus grande proportion de résidents ayant le français comme langue maternelle (entre 18 % et 49 %) (Figure 1). Dans ces cinq secteurs de recensement, les aînés représentent 19,5 % de la population totale. De plus, dans trois de ces secteurs (identifiés par une étoile à la Figure 1), on remarque un plus grand pourcentage d'aînés ayant 80 ans et plus, soit 46,3 % en comparaison avec 30,4 % pour l'ensemble de la circonscription de Saint-Boniface et 30,3 % pour les aînés de la province.



Figure 1. Carte de Winnipeg avec secteurs plus fortement peuplés de francophones

La répartition d'hommes et de femmes chez les aînés de la circonscription de Saint-Boniface est très similaire à celle pour l'ensemble des aînés de Winnipeg : 58,2 % sont des femmes et 41,7 % sont des hommes (Statistique Canada, 2012a et b). Les hommes sont généralement mieux représentés dans les tranches d'âges plus jeunes, soit 32 % des hommes ayant entre 65 et 69 ans. Comparativement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans la tranche d'âge des 85 ans et plus. Cela s'explique par l'espérance de vie plus élevée des femmes (Ryan et Blandford, 2009). Les statistiques pour Saint-Boniface sont très similaires aux données pour l'ensemble de la population de Winnipeg (Tableau 3).

Tableau 3. Répartition des aînés selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge	Saint-Boniface		Winnipeg	
	% Homme	% Femme	% Homme	% Femme
65-69 ans	32,0	26,2	31,8	25,5
70-74 ans	23,7	20,6	23,1	20,2
75-79 ans	19,7	18,6	19,3	18,3
80-84 ans	15,3	17,0	14,3	16,5
85 ans et plus	9,3	17,6	11,4	19,6
Total	100	100	100	100

(Statistique Canada, 2012a et b)

Le taux de placement des personnes âgées en établissement au Canada a diminué, avec 93 % des aînés vivant dans la collectivité et ayant recours à divers types de soutien formel et informel (ICIS, 2011). Au Manitoba, 12,2 % des personnes de 65 ans et plus habitent dans un foyer de soins de longue durée (Centre on Aging, 2010). Dans la circonscription de Saint-Boniface, deux établissements de soins de longue durée offrent des services en français à leurs résidents. À Actionmarguerite - Taché à Saint-Boniface, on dénombre 152 résidents francophones, ce qui représente 47,2 % de l'ensemble des résidents (Puchniak, 2012). À Actionmarguerite - Valade à Saint-Vital, 161 résidents sont francophones, soit 96,4 % de l'ensemble des résidents (Puchniak, 2012). De plus, 102 aînés vivant à Saint-Boniface (n=90) et à Saint-Vital (n=12) reçoivent des soins à domicile en français offerts par l'Office régional de la santé de Winnipeg (Slegers-Boyd, 2012). Les francophones représentent près de 8 % des aînés de ces quartiers qui reçoivent des soins à domicile (Slegers-Boyd, 2012).

3. LA SANTÉ DES AÎNÉS

3.1 La santé des francophones vivant en situation linguistique minoritaire

Des analyses de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes démontrent que les francophones se perçoivent comme étant en moins bonne santé que la majorité anglophone (Bouchard et collab., 2009). On note que les francophones en situation minoritaire ont plus de problèmes de santé chronique et plus de stress, consomment plus d'alcool, de tabac et de médicaments et disposent d'un réseau de soutien plus faible (Gaboury et collab., 2009; Bouchard et collab., 2009). Il y a un plus grand nombre de francophones (20 %) qui sont atteints de deux maladies chroniques ou plus, comparativement aux anglophones (17,2 %). À titre de référence, en Ontario, une étude illustre que le taux de prévalence de certaines maladies, telles que les maladies respiratoires, l'hypertension et les problèmes musculo-squelettiques, est plus élevé chez les francophones que chez les anglophones (FCFA, 2001). On constate un profil socioéconomique et un profil de santé plus précaire chez les aînés de la minorité francophone en comparaison avec les aînés de la majorité anglophone ontarienne et une plus grande consommation de médicaments à Toronto (Gagnon-Arpin et Bouchard, 2011; Bourbonnais, 2007). Cela suggère que les francophones sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé, mais cette situation semble s'améliorer depuis l'année 2000 (Forgues et collab., 2009).

3.2 La santé des aînés du Manitoba

Selon le profil de santé des aînés du Manitoba, seulement 39,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus se décrivent comme étant en excellente ou en très bonne santé, et ce, de façon plus évidente chez les hommes (Centre on Aging, 2010). L'espérance de vie, telle que rapportée en 2006, est de 81,7 ans pour les femmes et 76,8 ans pour les hommes (Ryan et Blandford, 2009). En 2005, 88,8 % des Manitobains âgés de 65 ans et plus ont indiqué avoir au moins un problème de santé chronique. De plus, 49 % de cette population a dit souffrir de deux ou trois affections chroniques (Ryan et Blandford, 2009). Au moins 20 % des aînés du Manitoba ont signalé être atteints d'une des maladies chroniques suivantes : l'arthrite/rhumatisme (49,6 %),

l'hypertension (43,9 %), des problèmes de dos (23,9 %), des cataractes (22,1 %) et des allergies autres qu'à la nourriture (20,2 %). Les femmes sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé que les hommes, à l'exception des problèmes de dos (Ryan et Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010).

En 2005, la cause principale de décès parmi les Canadiens de 60 ans et plus était les tumeurs malignes (28,6 %), suivie des maladies du cœur (24,3 %) et des maladies cérébrovasculaires (6,8 %) (Ryan et Blandford, 2009). En 2010, environ 45 % des décès parmi les personnes âgées entre 60 et 74 ans étaient causés par le cancer. Par ailleurs, 26 % des décès parmi les aînés de 75 ans et plus étaient causés par des problèmes cardiaques (Centre on Aging, 2010).

Le vieillissement est normalement associé à une réduction de la mobilité, après les problèmes de santé et les capacités physiques et sensorielles réduites des aînés. En 2007, 83,2 % des Manitobains âgés de 65 ans et plus n'ont signalé aucun problème de mobilité ni aucune difficulté les obligeant à avoir recours à une aide, qu'elle soit sous forme mécanique ou personnelle (Ryan et Blandford, 2009). Des personnes âgées entre 65 et 75 ans, seulement 4,9 % ont besoin du support d'une canne, de béquilles ou d'un fauteuil roulant. Des aînés âgés de 75 ans et plus, 17,7 % ont besoin d'aide à la mobilité (Ryan et Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010). Bien qu'il n'y ait aucune différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la mobilité, les femmes de 75 ans et plus (32 %) sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de mobilité qui requièrent l'utilisation d'un fauteuil roulant ou l'aide d'une autre personne comparativement aux hommes de ce groupe d'âge (17,9 %). En fait de problèmes de vue et d'ouïe, près de 72 % des aînées ont des problèmes de vue qui sont corrigés par des lunettes alors que 82,1 % des aînés n'ont pas de problème d'ouïe (Ryan et Blandford, 2009).

Au Manitoba, 36,8 % des aînés ont besoin d'assistance pour accomplir au moins une tâche quotidienne. Un quart des personnes de 65 ans et plus ont besoin d'aide à accomplir au moins une activité de la vie quotidienne telle que préparer un repas, se rendre à un rendez-vous, faire des courses, faire le ménage ou s'occuper de ses finances. Ce besoin augmente avec l'âge : 14,6 % des aînés de 65 à 74 ans signalent ce besoin, en comparaison à 38,9 % des aînés de 75 ans et plus. De plus, ce besoin est plus élevé chez les femmes. Par ailleurs, 34,1 % des

personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin d'aide à faire de gros travaux ménagers. Seulement 3,2 % des aînés ont besoin d'aide pour se déplacer dans leur maison (Ryan et Blandford, 2009). Chez les aînés âgés de 75 ans et plus, environ 23 % ont besoin d'aide, et ce, plus fréquemment chez les femmes (27,3 %) que chez les hommes (13,3 %) (Ryan et Blandford, 2009).

En 2005, près de 30 % des aînés du Manitoba ont indiqué que leur santé mentale était excellente ou très bonne (34,7 %) (Ryan et Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010). De plus, deux tiers des aînés n'ont pas de problèmes cognitifs et ont peu de difficulté à résoudre des problèmes quotidiens. Les aînés de 75 ans et plus sont plus susceptibles d'avoir de la difficulté à se souvenir et à résoudre des problèmes quotidiens (35,5 %) par comparaison aux personnes âgées entre 65 et 74 ans (25 %) (Ryan et Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010). De plus, on note qu'une grande proportion des aînés n'ont pas la capacité de littéracie leur permettant de bien comprendre les informations écrites, comme celles figurant sur les dépliants, les horaires de transport et tout document traitant de la santé (Centre on Aging, 2010). Ce constat est encore plus marqué pour les aînés francophones vivant en situation linguistique minoritaire (Boivin, 2007).

La population vieillissante a plus souvent recours à la pharmacothérapie comme élément essentiel à son plan de traitement pour maladie chronique. Il est donc important d'avoir accès à des pharmacothérapies sécuritaires qui conviennent à leur état de santé et qui soient efficaces en temps opportun. Certains médicaments peuvent entraîner des effets indésirables qui peuvent non seulement augmenter les risques de morbidité et de mortalité, mais aussi occasionner des hospitalisations et augmenter le nombre de visites chez le médecin (Fick et collab., 2003). Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir d'effets indésirables causés par des pharmacothérapies complexes ou par les changements occasionnés par le vieillissement qui influencent l'absorption des médicaments (Hanon et collab., 2001). La polypharmacie, par exemple, demeure problématique au Canada, puisque près d'une personne âgée sur quatre (23 %) prend dix médicaments sur ordonnance ou plus (ICIS, 2011). Quelques analyses de l'utilisation de médicaments par les aînés ayant recours au régime public d'assurance-médicaments ont été effectuées par l'Institut canadien d'information sur la santé

(ICIS) et démontrent les tendances d'utilisation de médicaments par les aînés du Manitoba. En 2005-2006, 25,2 % des aînés ont utilisé des médicaments potentiellement contre-indiqués pour les personnes âgées en raison d'un risque élevé d'effets indésirables. Cette tendance est cependant à la baisse depuis 2000-2001 (ICIS, 2007). Le taux d'utilisation chronique de médicaments potentiellement contre-indiqués pour les personnes âgées et de médicaments psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs) est plus élevé chez les femmes et chez les personnes âgées de 85 et plus (ICIS, 2007; ICIS 2009a; ICIS 2012). Les médicaments psychotropes qui prédisposent les usagers à un risque plus élevé de chutes sont utilisés par 34 % des aînés en communauté et 75 % des aînés en soins de longue durée (ICIS, 2012). Les médicaments antipsychotiques, utilisés pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés, sont utilisés par 2,6 % des aînés vivant dans la collectivité et 37,7 % des aînés en soins de longue durée (ICIS 2009a). L'utilisation des pompes à protons, qui sont prescrites pour traiter l'acidité dans le système gastro-intestinal et qui posent un risque accru de fracture de la hanche liée à l'ostéoporose lorsqu'utilisées à long terme, est à la hausse, avec une augmentation de leur utilisation chronique (ICIS, 2009b).

3.3 La santé des francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital

3.3.1 Étude du Manitoba Centre for Health Policy (2012)

Un récent rapport intitulé « La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba (2012) », basé sur des données administratives du Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), décrit l'état de santé des francophones vivant au Manitoba (Chartier et collab., 2012). Une cohorte de francophones a été sélectionnée, comprenant, entre autres, les personnes qui ont fréquenté une école offrant un programme en français, les personnes qui ont résidé dans un foyer de soins personnels francophone et les personnes qui ont indiqué le français comme langue de correspondance souhaitée relativement aux soins de santé. Dans son ensemble, l'état de santé de la cohorte francophone du Manitoba est similaire à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains non francophones, bien que certaines variations régionales existent. Certains indicateurs de santé et d'utilisation de services de santé diffèrent significativement, avec une prévalence de diabète sucré,

d'interventions coronariennes, de démence, d'ordonnance d'antidépresseurs et d'un manque de suivi à la suite d'un nouveau traitement pour la dépression, d'une prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines (sédatifs), d'hospitalisation à la suite d'une blessure, de chutes accidentelles, d'admission dans un foyer de soins de longue durée et d'une attente prolongée avant d'être admis à un tel foyer. Ces indicateurs seront décrits en plus grand détail dans les sections qui suivent.

En ce qui concerne l'état de santé déclaré, de bien-être émotionnel et de satisfaction à l'égard de la vie, les Franco-Manitobains ne diffèrent pas des autres Manitobains. Il en va de même pour le stress vécu au quotidien et au travail, la fréquence de la consommation occasionnelle excessive d'alcool et le tabagisme. Un élément qui diffère se rapporte à l'état de santé déclaré. En utilisant les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour l'Office régional de la santé de Winnipeg, les chercheurs du Manitoba Centre for Health Policy ont constaté que les francophones de Winnipeg sont moins portés à rapporter que leur état de santé mentale est « excellent » ou « très bon » que les autres Manitobains vivant à Winnipeg, et ce, en tenant compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés au style de vie (Chartier et collab., 2012).

Une analyse par cohorte de naissances révèle que les francophones nés avant 1958 semblent être en moins bonne santé que les autres Manitobains du même âge ainsi que les francophones nés après 1958 (Chartier et collab., 2012). Une comparaison de cinq indicateurs de santé révèle que les francophones plus âgés ont un taux de diabète, un taux de sortie d'hôpital et une quantité de médicaments prescrits plus élevés que ceux des autres Manitobains plus âgés. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, le fait d'être francophone semble avoir une influence sur la santé des aînés (Chartier et collab., 2012).

3.3.1.1 Indicateurs de santé

Le Tableau 4 présente les données portant sur les indicateurs de santé des francophones des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital, par comparaison aux Manitobains non francophones vivant dans ces mêmes quartiers. Ce tableau se veut une synthèse des

problèmes de santé où les taux sont significativement différents entre les francophones et les non francophones résidant dans les quartiers nommés ci-dessus. Ces données se rapportent à l'ensemble de la cohorte des francophones et non uniquement aux aînés. Toutefois, les éléments soulevés peuvent se rapporter aux aînés.

Tableau 4. Comparaison des indicateurs de santé des francophones et des non francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital

Indicateurs de santé	Saint-Boniface	Saint-Vital
Suicide ou tentatives de suicide	↓	
Prévalence de morbidité respiratoire totale	↓	↓
Diabète sucré	↑ (Saint-Boniface Ouest)	
Schizophrénie	↓	
Démence	↑	
Cathétérisme cardiaque		↑
Intervention coronarienne percutanée		↑
Arthroplastie du genou		↓
Ordonnances d'antibiotiques		↓
Ordonnances d'antidépresseurs		↑ (Saint-Vital Nord)
Prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité	↑	↑

(Chartier et collab., 2012)

Tel qu'illustré au Tableau 4, les francophones résidant à Saint-Boniface et à Saint-Vital ont des taux différents pour certains problèmes de santé ou conditions médicales en comparaison avec les non francophones. Les exemples où les francophones ont des taux supérieurs au groupe témoin non francophone et qui se rapportent plus directement aux aînés seront discutés plus loin.

En fait de conditions médicales, on constate qu'un taux plus élevé de francophones vivant à Saint-Boniface Ouest souffrent de diabète sucré, qui est une affection chronique reliée à l'insuline et à la digestion des sucres (Chartier et collab., 2012). De plus, les résidents francophones de Saint-Vital sont plus aptes à subir une intervention

reliée à une coronopathie (problème de circulation sanguine dans le cœur) que les non francophones de ce quartier, bien que l'on n'observe pas de prévalence de maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension et de cardiopathie ischémique (manque d'oxygène circulant dans le muscle cardiaque) dans ce groupe. On note par contre un taux plus élevé de cathétérisme cardiaque, qui est une méthode d'évaluation d'une cardiopathie ischémique, et d'intervention coronarienne percutanée, intervention qui consiste à traiter les artères coronaires rétrécies, chez les francophones que chez les non francophones vivant à Saint-Vital. De façon générale, les taux d'interventions coronariennes sont plus élevés pour toute la cohorte franco-manitobaine (Chartier et collab., 2012).

Pour ce qui est des conditions reliées à la santé mentale, on constate qu'un plus grand taux de résidents francophones de Saint-Boniface souffre de démence, qui se caractérise par une perte de fonctions cérébrales influençant la mémoire, le comportement, l'apprentissage et la communication (Chartier et collab., 2012). Cette définition s'applique aux personnes de 55 ans et plus, qui ont un diagnostic de démence ayant nécessité au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation. Bien que la cohorte francophone ne démontre aucune prévalence de dépression ou de troubles anxieux, nous notons un taux plus élevé d'ordonnances d'antidépresseurs pour les francophones vivant dans Saint-Vital Nord que pour les non francophones vivant dans cette même région. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, on note toutefois un taux inférieur chez les francophones de Saint-Vital quant au suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur. Ce suivi permet de surveiller la façon dont le patient réagit à un antidépresseur afin d'ajuster le traitement au besoin, particulièrement à la suite d'un diagnostic initial de dépression. On évalue ce suivi comme étant trois visites chez le médecin dans les quatre mois suivant l'exécution de l'ordonnance d'un nouvel antidépresseur, à la suite d'un diagnostic de dépression (Chartier et collab., 2012).

On constate également un taux plus élevé de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité dans les quartiers de

Saint-Boniface et de Saint-Vital (Chartier et collab., 2012). Les benzodiazépines sont généralement prescrites pour traiter les troubles anxieux, les troubles de panique, l'insomnie, les crises épileptiques, la spasticité musculaire et le sevrage alcoolique. L'utilisation prolongée des benzodiazépines n'est généralement pas recommandée, car elle peut entraîner une tolérance et une dépendance physique et psychologique pour les personnes âgées¹. Le taux plus élevé de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines ne s'applique qu'aux résidents vivant dans la communauté et non aux résidents des foyers de soins personnalisés, où les taux sont légèrement supérieurs aux taux pour les non francophones, mais pas de façon statistiquement significative (Chartier et collab., 2012).

3.3.1.2 Indicateurs d'utilisation des services de santé

Le Tableau 5 présente les données portant sur les indicateurs d'utilisation des services de santé auxquels les francophones des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital ont eu recours, en comparaison avec les Manitobains non francophones vivant dans ces mêmes quartiers. Ce tableau se veut un résumé des services de santé où les taux sont statistiquement différents entre les francophones et les non francophones résidant dans les quartiers à l'étude. Notez que ces données se rapportent à l'ensemble de la cohorte des francophones et non uniquement aux aînés. Toutefois, les éléments soulevés peuvent se rapporter aux aînés. Également, ces services ne sont pas uniquement les services disponibles en français, mais tous les services de santé auxquels la population générale a accès.

¹ Les données décrites ci-dessus se rapportent aux résidents qui ont reçu au moins deux ordonnances de benzodiazépines ou encore une ordonnance de benzodiazépines pouvant suffire pour un traitement de plus de 30 jours.

Tableau 5. Comparaison des indicateurs d'utilisation des services de santé par les francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital

Indicateurs de services de santé	Saint-Boniface	Saint-Vital
Proportion d'adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe	↑	
Prévalence de mammographie	↑	
Hospitalisations à la suite d'une blessure	↑	
Admission dans un foyer de soins personnels	↑	
Résidents d'un foyer de soins personnels	↑	↑
Temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels	↑	

(Chartier et collab., 2012)

Tel qu'illustré au Tableau 5, les francophones résidant à Saint-Boniface et à Saint-Vital ont eu recours à certains services de santé dans des proportions différentes de celles des non francophones. Les exemples où les francophones ont des taux supérieurs au groupe témoin non francophone ou qui se rapportent plus directement aux aînés seront discutés plus loin.

Certains constats s'avèrent positifs quant à l'utilisation des services de santé par les francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital. La proportion plus élevée d'adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe et la prévalence de la mammographie en sont deux exemples (Chartier et collab., 2012). Quant aux services hospitaliers, les résidents francophones de Saint-Boniface sont plus souvent hospitalisés à la suite d'une blessure, dont la cause principale est la chute accidentelle. Le pourcentage de chutes accidentelles de la cohorte franco-manitobaine est un peu plus élevé que celui du groupe non francophone (53 % et 49 %, respectivement) (Chartier et collab., 2012).

Quelques constats se rapportent aux foyers de soins personnels (foyers de soins de longue durée). Les résidents francophones âgés de 75 ans et plus de Saint-Boniface et de Saint-Vital sont plus portés à être admis et à vivre dans un foyer de soins personnels que les non francophones du même groupe d'âge vivant dans ces deux quartiers

(Chartier et collab., 2012). À Saint-Boniface, le taux de résidents vivant en foyer de soins personnels est deux fois plus élevé pour les francophones que pour les non francophones, tandis qu'à Saint-Vital, ce taux est de 1,5 fois plus élevé. Par contre, le temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels est plus élevé pour les francophones que pour les non francophones à Saint-Boniface. Ce temps d'attente se calcule par le nombre de semaines écoulées jusqu'à ce que la moitié des résidents en attente soient admis dans le foyer. Le temps d'attente pour les francophones est deux fois plus long, soit près de 16 semaines, par comparaison à près de 8 semaines pour les non francophones. Le temps d'attente pour les aînés francophones de Saint-Vital est d'environ 8 semaines (Chartier et collab., 2012).

3.3.2 Soins à domicile pour les aînés francophones de Winnipeg

Le programme de soins à domicile, géré par l'Office régional de la santé de Winnipeg, offre des services aux aînés vivant dans la collectivité. À la suite d'une requête auprès de la directrice de ce programme, un profil des aînés francophones qui utilisent ces services a été recueilli à partir de la banque de données Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) (Slegers-Boyd, 2012). Il est important de préciser que les personnes ayant 65 ans et plus en date du 31 décembre 2011 et qui ont identifié le français comme langue de service de préférence ont été sélectionnées parmi l'ensemble des usagers de Winnipeg pour former la cohorte d'aînés francophones. Une comparaison entre cette cohorte francophone et l'ensemble des clients du même âge pour l'ensemble de la région de Winnipeg a été effectuée. Les éléments ayant une différence significative entre ces deux groupes seront décrits ci-dessous.

3.3.2.1 Profil démographique des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile

La cohorte d'aînés francophones qui a recours aux soins à domicile comprend 131 individus, dont 78 % (n=102) habitent à Saint-Boniface (n=90) et à Saint-Vital (n=12). Cette cohorte représente 8 % des aînés profitant du programme de soins à domicile à

Saint-Boniface et à Saint-Vital et 1,6 % des aînés profitant du programme de soins à domicile à Winnipeg. Près de 78 % du groupe d'aînés francophones est composé de femmes, comparativement à 69,3 % pour l'ensemble des clients. L'âge des aînés francophones varie de 66 à 99 ans, l'âge moyen étant de 85 ans, ce qui est légèrement plus élevé que pour l'ensemble des clients (83 ans). Le Tableau 6 illustre la répartition des hommes et des femmes selon les tranches d'âges. On ne note aucune différence significative entre les francophones et l'ensemble des aînés, sauf pour un pourcentage plus élevé de femmes francophones ayant 90-94 ans (25,5 % comparativement à 16,2 % pour l'ensemble des femmes). Par ailleurs, près de 50 % de la cohorte francophone sont des aînés veufs, 30,5 % sont mariés et 12,2 % n'ont jamais été mariés. En fait d'éducation, un pourcentage plus élevé de la cohorte francophone n'a pas terminé le secondaire (56,4 % comparativement à 46,7 % pour l'ensemble des aînés), mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 6. Répartition des aînés ayant recours aux soins à domicile selon l'âge et le sexe.

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Francophone	Tous	Francophones	Tous	Francophones	Tous
65-69	3,5	8,1	1,0	5,9	1,5	6,6
70-74	10,3	10,0	4,9	8,6	6,1	9,1
75-79	17,2	17,6	11,8	13,7	13,0	14,9
80-84	24,1	23,0	23,5	22,3	23,7	22,5
85-89	27,6	24,3	28,4	27,0	28,2	26,1
90-94	10,3	13,5	25,5	16,2	22,1	15,4
95-99	6,9	3,1	4,9	5,7	5,3	4,9
100+	0	0,4	0	0,6	0	0,6
Âge moyen	83,3	82	85,5	83,5	85	83

D'après l'évaluation complète la plus récente ayant eu lieu entre 2009 et 2011, près de 36 % des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile vivent avec leur aidant naturel. L'aidant naturel est plus souvent l'enfant (ou gendre/bru) (60,3 %) ou l'époux/épouse (20,6 %), mais peut également être un autre membre de la famille (9,2 %), ou un ami/voisin (6,1 %). Seulement 3,8 % de la cohorte francophone n'a pas d'aidant naturel, mais on remarque que 21,4 % n'a pas d'aidant naturel secondaire, et donc aucun soutien supplémentaire si l'aidant naturel principal n'est pas disponible. Cela se compare bien aux données canadiennes, où 97 % des clients des services à domicile comptent sur le soutien d'aidants naturels pour maintenir leur autonomie (ICIS, 2011). On note également que peu d'aînés francophones ayant recours aux soins à domicile sont laissés seuls tout le temps, soit 7,6 % par comparaison avec 14,8 % pour l'ensemble des aînés ayant recours aux soins à domicile à Winnipeg.

3.3.2.2 Besoins des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile

Les aînés ayant recours aux soins à domicile ont certains besoins physiques et psychosociaux. Les données du MDS nous permettent d'évaluer ces besoins. Une comparaison entre les besoins des aînés de la cohorte francophone et ceux de l'ensemble des clients du même âge pour l'ensemble de la région de Winnipeg a été effectuée. Les éléments présentant une différence significative entre ces deux groupes seront décrits ci-dessous.

De façon générale, on note que les aînés de la cohorte francophone ont reçu moins de jours de services de soins à domicile, en moyenne, que l'ensemble des aînés de la région de Winnipeg. On rapporte une moyenne de 912 jours pour les aînés francophones par comparaison à 1313 jours pour l'ensemble des aînés de Winnipeg. Les besoins ayant rapport aux activités de la vie quotidienne, comme s'habiller et manger, sont très similaires entre les aînés de la cohorte francophone et l'ensemble des aînés. Par contre, on remarque une différence par rapport aux activités plus élaborées, dites de la vie domestique, comme la préparation des repas, l'entretien général et le ménage de la

maison, la gestion des finances personnelles, le transport, les emplettes et l'utilisation du téléphone. Les aînés de la cohorte francophone semblent avoir une plus grande difficulté à accomplir ces tâches que l'ensemble des aînés ayant recours aux soins à domicile à Winnipeg.

En fait de diagnostic prédominant pour les aînés de la cohorte francophone, il semble que l'hypertension (64 %) et l'arthrite (57, %) soient les maladies chroniques les plus souvent signalées. L'ostéoporose (22,9 %), les cataractes (20,6 %), les maladies de la thyroïde (19,9 %), le diabète (17,6 %) et les accidents vasculaires cérébraux (17,6 %) sont les atteintes qui sont signalées par près d'un cinquième de la cohorte francophone. Ces atteintes sont signalées de façon similaire par l'ensemble des aînés de la région de Winnipeg. Là où on note une différence entre la cohorte francophone et l'ensemble des aînés est par rapport à la démence autre que celle associée à la maladie d'Alzheimer. Les francophones souffrent moins (6,9 %) de ce trouble que l'ensemble des aînés (16,9 %). Par contre, un pourcentage plus élevé d'aînés francophones expriment des peurs qui semblent non fondées (7,6 %) par comparaison à l'ensemble des aînés (4,2 %). Bien qu'on remarque un pourcentage plus élevé de plaintes répétitives se rapportant à l'anxiété (14,5 %) et à la santé (13,7 %) comparativement à l'ensemble des aînés (9,1 % et 5,3 %, respectivement), un moins grand pourcentage d'aînés francophones souffrent d'un problème médical causant des difficultés liées à la cognition, à l'émotion, aux activités quotidiennes de la vie ou à un comportement instable.

Les services demandés auprès des intervenants en soins à domicile sont plus souvent une aide en lien avec les soins personnels (hygiène et soins de santé de base) (56,6 %) et une aide à l'entretien ménager (48,1 %). Par rapport aux traitements ou aux thérapies spécialisés, on note un pourcentage plus élevé de demandes de bracelet d'alerte médicale ou de système d'alerte électronique à des fins de sécurité (25,2 %), de nourriture convenant à un régime alimentaire spécial (16 %) et d'accompagnement chez le médecin ou à la clinique (15,3 %). Une différence entre la cohorte francophone et l'ensemble des aînés de Winnipeg est notée avec un pourcentage plus élevé de demandes de bracelet d'alerte médicale ou de système d'alerte électronique à des fins de sécurité (25,2 % par

comparaison avec 16,9 % pour l'ensemble des aînés) et de services d'ergothérapie (2,3 % par comparaison avec 0,8 % pour l'ensemble des aînés). On note une différence à la baisse pour la visite chez le médecin ou à la clinique (15,3 % comparativement à 24 % pour l'ensemble des aînés). De plus, un moins grand pourcentage d'aînés francophones a eu à faire un séjour à l'hôpital (au moins une nuit) dans les 90 jours précédant l'étude (17,6 %). Ce pourcentage s'élève à 25,7 % pour l'ensemble des aînés.

L'utilisation des médicaments s'avère importante pour les aînés ayant recours aux soins à domicile. On note que plus de 53 % des aînés de la cohorte francophone utilisent neuf médicaments différents ou plus (prescrits pour les 7 derniers jours précédant l'étude) et 32,8 % en utilisent entre 5 et 8. Ce pourcentage n'est pas statistiquement différent de celui pour l'ensemble des aînés.

3.3.3 Soins de longue durée pour les aînés francophones de Winnipeg

Les soins de longue durée pour aînés francophones sont disponibles à deux établissements, soit Actionmarguerite -Taché à Saint-Boniface et Actionmarguerite - Valade à Saint-Vital. Ces deux établissements sont gérés par Actionmarguerite, une des œuvres de la Corporation catholique en santé du Manitoba, avec une entente de service avec l'Office régional de la santé de Winnipeg. À la suite d'une requête auprès du programme de soins de longue durée de l'Office régional de la santé de Winnipeg, un profil des aînés francophones qui habitent dans ces foyers a été recueilli à partir de la banque de données Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) (Pushniak, 2012). Les données démographiques pour ces deux établissements et pour l'ensemble des établissements de soins de longue durée de la ville de Winnipeg ont été recueillies à partir des données du troisième trimestre (Q3, juillet-septembre) de 2011. Les indicateurs de qualité sont présentés pour l'année 2011. Une comparaison des données portant sur les deux foyers de Saint-Boniface et de Saint-Vital ainsi que sur l'ensemble des foyers de soins de longue durée de la ville de Winnipeg sera présentée ci-dessous.

3.3.3.1 Profil démographique des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée

Les résidents ayant indiqué une préférence pour le français comme langue de service sont très nombreux, particulièrement à Actionmarguerite - Valade, où ces derniers représentent 96,4 % (n=161) des résidents. À Actionmarguerite - Taché, ce pourcentage s'élève à 47,2 % (n=152) et à 5,4 % (n=346) pour l'ensemble des foyers de Winnipeg. On compte plus de femmes que d'hommes âgés dans les foyers de Saint-Boniface et de Saint-Vital : 65,8 % des résidents à Actionmarguerite - Taché, 82 % à Actionmarguerite - Valade et 72,1 % pour l'ensemble des foyers de Winnipeg sont des femmes. Plus l'âge des résidents augmente, plus la proportion de femmes est élevée. La répartition pour les tranches d'âges est présentée au Tableau 7. On constate certaines différences entre Actionmarguerite - Taché et Actionmarguerite - Valade. À Actionmarguerite - Taché, près de 18 % des résidents ne sont pas des aînés, comparativement à moins de 2 % à Actionmarguerite -Valade et 5 % à Winnipeg. Plus de résidents à Actionmarguerite - Taché sont âgés de 95 ans et plus (22,7 %) par comparaison avec 13,2 % à Actionmarguerite - Valade et avec 11,9 % à Winnipeg. À Actionmarguerite - Valade, un plus grand pourcentage de résidents ont entre 80 et 94 ans, tout comme dans l'ensemble des foyers de Winnipeg.

Tableau 7. Répartition des aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée selon l'âge.

Tranche d'âge	Actionmarguerite	Actionmarguerite	Winnipeg
	Taché	Valade	
65-69	5,6	0,6	3,4
70-74	6,2	5,4	4,8
75-79	5,3	4,2	9,7
80-84	8,4	15,6	18,4
85-89	15,8	26,9	26,3
90-94	18,6	32,3	20,9
95-99	16,8	9,6	9,9
100 et plus	5,9	3,6	2,0
Total	82,6	98,2	95,4

Un plus grand pourcentage d'aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée sont veufs ou veuves, soit 25,2 % à Actionmarguerite - Taché et 46,1 % à Actionmarguerite - Valade, mais on constate un certain pourcentage qui sont mariés (14,6 % à Actionmarguerite - Taché et 16,2 % à Actionmarguerite - Valade). Ces pourcentages sont similaires à ceux pour l'ensemble des foyers de Winnipeg.

3.3.3.2 Besoins des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée

Les aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée ont certains besoins physiques et psychosociaux. Les données du MDS nous permettent d'évaluer ces besoins. Une comparaison entre les besoins des aînés des foyers de longue durée francophones et l'ensemble des foyers de Winnipeg a été effectuée selon les données de l'exercice financier 2011 ou du troisième trimestre de cette même année. Les éléments présentant une différence significative au sein de ces deux groupes seront décrits ci-dessous.

De façon générale, les résidents d'Actionmarguerite - Taché et d'Actionmarguerite - Valade souffrent moins de problèmes médicaux que les résidents des foyers de longue durée de Winnipeg. Les diagnostics prédominants pour les aînés francophones vivant à Actionmarguerite - Taché et à Actionmarguerite - Valade sont les maladies neurologiques (77 % et 84 %), telles que la démence associée à l'Alzheimer (41,5 % et 71,2 %). Les diagnostics de maladies cardiovasculaires (52,1 % et 61,5 %), de maladies musculo-squelettiques (42,2 % et 50 %) et d'hypertension (41,5 % et 51,9 %) sont également élevés. On retrouve également un taux élevé de maladies reliées à la santé mentale, telles que la démence autre que celle associée à l'Alzheimer (39 % et 62,8 %), des maladies psychiatriques (41,5 % et 43,6 %) et la dépression (36,1 % et 34,6 %). Les pourcentages présentés ci-dessus pour Actionmarguerite - Taché ne sont pas statistiquement différents des pourcentages observés pour les résidents de l'ensemble des foyers de longue durée de Winnipeg. Par contre, les pourcentages observés à Actionmarguerite - Valade pour les maladies neurologiques et les démences sont légèrement plus élevés que ceux notés pour l'ensemble des foyers de longue durée de

Winnipeg. On note également un pourcentage plus élevé de résidents souffrant d'ostéoporose à Actionmarguerite - Valade, soit 26,3 % par comparaison avec 16,6 % pour les résidents de l'ensemble des foyers de soins de longue durée de Winnipeg. De plus, un plus grand pourcentage de résidents à Actionmarguerite - Valade souffrent de maladies sensorielles, de cataractes et de glaucome.

Le niveau de soins requis par les résidents pour les activités de la vie quotidienne, qui peut aller d'une indépendance à une dépendance totale, est très similaire entre Actionmarguerite - Taché et l'ensemble des foyers de Winnipeg. On note qu'un plus grand pourcentage de résidents d'Actionmarguerite - Taché requiert l'usage d'appareils de contention physique (physical restraints), soit 23,7 % comparativement à 14,4 % dans l'ensemble des foyers de longue durée de Winnipeg. Par contre, un pourcentage plus bas de chutes, soit 9,9 % contre 14,3 % dans l'ensemble des foyers de Winnipeg, est également noté.

À Actionmarguerite - Valade, le degré de perte d'autonomie des aînés est plus grave. On remarque un pourcentage plus élevé (62,1 %) de résidents étant de niveau 2, soit dépendants ou entièrement dépendants, que dans l'ensemble des foyers de Winnipeg (39,6 %).

L'utilisation des médicaments s'avère importante pour les résidents des foyers de longue durée. À Actionmarguerite - Taché, on constate que 58,1 % des résidents utilisent neuf médicaments différents ou plus, par rapport à 40,8 % à Actionmarguerite - Valade et 42,6 % pour l'ensemble des foyers de Winnipeg.

4. L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

4.1 L'accès aux services en français en situation linguistique minoritaire

Les francophones minoritaires au Canada font souvent face à une pénurie de services dans leur langue maternelle, particulièrement dans les services de santé, ce qui peut nuire à leur état de santé (Forgues et collab., 2011; Marmen et Delisle, 2003). Bien qu'on reconnaisse que la langue de communication entre le patient et le professionnel de la santé est un élément essentiel à l'accès et à l'efficacité des services de soins de santé (Bowen, 2001; Lepage et collab., 2012), un écart important entre la disponibilité des services en anglais et en français est évident (FCFA, 2001).

La langue et la culture peuvent créer une barrière dans l'accès aux services de santé, et ce, même lors du premier contact avec les services de santé (Bowen, 2011). Cela peut avoir pour conséquence que les personnes en situation minoritaire sont moins bien servies par les services de santé comparativement aux gens en situation majoritaire (Lesage et collab., 2012; Forgues et collab., 2011). La barrière linguistique peut avoir des effets négatifs sur les droits et la satisfaction des patients ainsi que sur les résultats des traitements (Forgues et collab., 2009). Selon Bowen (2001), les obstacles à l'obtention de services de santé en français sont associés à des risques d'hospitalisation, à une augmentation du risque d'intubation pour les asthmatiques, à une différence dans les médicaments prescrits et à des nombres plus élevés de réactions indésirables causées par les médicaments. Finalement, il est possible que la gestion des maladies chroniques, telles que l'asthme et le diabète, soit moins adéquate (Bowen, 2001). Bowen (2001) explique aussi que la qualité des services peut être affectée par l'interaction avec le professionnel de la santé. Le non-respect de la confidentialité du dossier du patient ou l'obtention plus ou moins adéquate d'un consentement aux soins figurent parmi les conséquences d'une mauvaise communication patient-médecin (Bowen, 2001).

Selon la Fédération des communautés francophones et acadiennes, les principaux obstacles à l'accessibilité des services de santé en français sont l'offre, la demande, la densité des communautés francophones, l'hésitation des francophones à exprimer leurs besoins et le

manque d'organisations francophones (FCFA, 2001). En ce qui concerne l'offre, la FCFA (2001) explique que les obstacles sont présents dans l'institutionnalisation et l'organisation de l'offre des services ainsi que la visibilité et la disponibilité des professionnels francophones. En ce qui concerne la demande, la FCFA (2001) suggère que les obstacles peuvent être causés par l'hésitation des francophones à demander des services en français et la petite taille des communautés francophones. La FCFA conclut que la barrière de la langue diminue la probabilité de recevoir des services pour prévenir des problèmes de santé plus graves. De plus, la barrière augmente la durée de la consultation, la probabilité du recours à des tests diagnostiques et la probabilité d'une erreur de diagnostic. La barrière linguistique diminue aussi la fidélité aux traitements et la satisfaction de l'usage par rapport aux services (FCFA, 2001).

À part quelques études en Ontario et au Nouveau-Brunswick, peu de recherches portent sur la problématique du vieillissement et de l'accès aux soins de santé en français pour les aînés francophones vivant en situation minoritaire. C'est pourquoi en 2008, la Fédération des aînés et des aînées francophones du Canada (FAAFC, 2008) a défini cinq priorités de recherche, soit le vieillissement à domicile, l'accès aux services de longue durée, l'état de santé et la qualité de vie des aînés, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et finalement, la santé mentale chez les aînés francophones.

L'Association acadienne et francophone des aînés et aînées du Nouveau-Brunswick (AAFANB) se préoccupe également de l'accès des aînés francophones aux services de longue durée. En particulier, on s'intéresse à la pénurie de foyers de soins de longue durée offrant des services en français dans certaines régions du Nouveau-Brunswick, problème également présent dans d'autres régions du Canada (Forgues et collab., 2011).

Dans toutes les provinces, on constate que l'indice de vieillissement (population des 65 ans et plus / population des 0-15 ans) des francophones est plus élevé que chez les anglophones (Forgues et collab., 2011). Au Manitoba, cet indice s'élève à 2,24, par comparaison avec l'indice canadien qui est de 0,86. Le fait que la proportion d'aînés soit plus grande chez les francophones comparativement à la population totale crée une pression sur les services de

longue durée (Forgues et collab., 2011). On constate également que la génération de « babyboomers » a des valeurs différentes par rapport à la sexualité, au rôle de la femme et des minorités, à l'utilisation des technologies de l'information et de communication ainsi qu'aux habitudes de vie qui vont influencer leurs besoins en vieillissant (Hodge, 2008). Par exemple, la nouvelle structure familiale (recomposition des familles) a pour conséquence que les aînés ont moins de soutien de la famille que dans le passé, ce qui met donc plus de pression sur les services de longue durée publics ou privés. Une nouvelle structure sociale et une plus grande implication de l'État sont nécessaires afin de subvenir aux besoins des aînés (Forgues et collab., 2001). En Ontario, quelques études suggèrent que les services de maintien à domicile répondraient aux désirs des aînés francophones (Ouellet, 1996), particulièrement en l'absence de services en français (Martel et Pinsonneault, 1996). Au Nouveau-Brunswick, les foyers de soins ne sont pas assujettis à une loi quant à la langue d'usage dans ces foyers, mais en Ontario, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* oblige les dirigeants de ces établissements à tenir compte des préférences ethniques, spirituelles, linguistiques, familiales et culturelles (Forgues et collab., 2011), et donc « la planification des soins de longue durée doit reconnaître et appuyer l'engagement d'offrir à la population francophone des services dans la langue de leur choix » (Martel et Pinsonneault, 1996). Au Manitoba, en l'absence d'une loi sur les services en français, la *Politique des services en langue française* permet aux établissements qui servent les francophones de bénéficier de services gouvernementaux par l'entremise du Secrétariat aux affaires francophones.

Une analyse géographique sur l'accessibilité des foyers de soins de longue durée pour les aînés de 75 ans et plus a été effectuée en 2011 au Nouveau-Brunswick (Forgues et collab., 2011). On constate que le nombre de lits des foyers de soins de longue durée a diminué de 1,2 % au Nouveau-Brunswick, a augmenté de 1 % au Manitoba et a augmenté de 11 % pour l'ensemble du Canada entre 2001 et 2008. Par contre, au Manitoba, on notait le plus grand nombre de lits par millier de population de 75 ans et plus au Canada en 2008 (Forgues et collab., 2011). Au Nouveau-Brunswick, bien que les proportions de foyers de soins (niveau 1 et 2) étant désignés comme offrant des services uniquement en français (33,8 %) ou des services bilingues (18,3 %) reflètent la proportion des anglophones et des francophones dans

l'ensemble du Nouveau-Brunswick, la répartition géographique n'est pas homogène, avec une absence de foyers de soins francophones ou bilingues dans les régions du Sud-Ouest et du Centre (Forgues et collab., 2011). On constate également une liste d'attente importante à l'hôpital et en communauté tant du côté francophone qu'anglophone. En conclusion de cette étude, l'accès des aînés francophones à des services de longue durée en foyers de soins est une problématique qui ne pourra que s'accroître étant donné le vieillissement de la population francophone minoritaire au Canada, avec un besoin accru de lits dans certaines régions géographiques où on a pu démontrer une pénurie (Forgues et collab., 2011).

Au Manitoba, Deroche (2009) explique qu'il y a une absence d'options satisfaisantes de logements occasionnels pour les aînés de Winnipeg. Deroche (2009) propose des mesures pour augmenter les options de logements pour les aînés. Quelques mesures proposées sont d'augmenter le soutien pour les aînés vivant en groupes, d'augmenter le nombre de logements offrant des services de soutien et d'assurer une expansion des logements de soins de longue durée (Deroche, 2009).

Selon les études *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036* et *Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba* du Manitoba Centre for Health Policy, on prévoit une augmentation modeste (7,5 %) dans l'utilisation des foyers de soins de longue durée du Manitoba d'ici 2021, alors que cette augmentation deviendra plus importante au fur et à mesure que les « babyboomers » atteindront 85 ans, soit entre l'an 2031 et 2036 (Chateau et collab., 2012; Doupe et collab., 2011). À long terme, on estime que les planificateurs des services de santé et les responsables de politiques devront faire un choix : 1) augmenter et spécialiser les soins accordés dans les logements avec services de soutien (supportive housing), permettant à un plus grand nombre d'aînés d'y vivre, malgré leurs besoins en santé plus complexes, ou 2) augmenter le nombre de lits ou de foyers de soins de longue durée (Doupe et collab., 2011). Bien qu'un service de soutien associé au logement puisse être une solution de recharge aux foyers de soins de longue durée, les auteurs soulignent que ce type de service ne peut répondre qu'à 12 – 20 % des besoins. Donc, une augmentation éventuelle du nombre de lits dans les foyers de soins de longue durée serait nécessaire (Chateau et collab., 2012). On reconnaît également que

l'augmentation des soins requis par les aînés de Winnipeg dépend en partie de l'appui informel offert à ces derniers (Chateau et collab., 2012). La présence d'une épouse ou d'enfants à proximité retarde leur besoin de service, mais a pour résultat qu'une fois qu'ils sont admis dans un foyer de soins de longue durée, leurs soins sont plus exigeants. De plus, la durée de vie en foyer de soins de longue durée est réduite. Pour les aînés n'ayant pas recours à un réseau d'appui informel tel qu'une épouse ou des enfants, le réseau formel doit pouvoir assurer le continuum de soins (Château et collab., 2012).

4.2 L'accès aux services de santé en français au Manitoba

Selon les données de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle de 2006, 43 % des Franco-Manitobains déclarent qu'il est important ou très important pour eux d'obtenir des services de santé en français. Par contre, on constate la prévalence de l'utilisation de l'anglais dans les interactions avec les infirmières (70 %), avec le médecin de famille (77 %), de même qu'avec les professionnels et spécialistes offrant des services de soins en santé (80 %) (Lesage et collab., 2012). Environ 15 % des médecins et 8 % des infirmières au Manitoba peuvent soutenir une conversation en français, mais seulement 2,6 % des médecins et 4,1 % des infirmières utilisent régulièrement cette langue au travail (Lepage et collab., 2012). Une méconnaissance du français par les professionnels de la santé, telle que perçue par les répondants, est la principale raison mentionnée par les francophones du Manitoba pour expliquer l'absence de services dans cette langue lors de leurs consultations. Cette perception influence donc grandement le choix de la langue utilisée lors des échanges. Cependant, quelle que soit leur langue principale, la majorité des francophones (82 %) utilisent l'anglais lorsqu'ils consultent les différents professionnels de la santé (Lesage et collab., 2012).

En utilisant des données administratives provinciales manitobaines, Chartier et ses collaborateurs (2012) constatent que la proportion de francophones qui a consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français en 2008-2009 s'élève à 27,6 % pour les francophones de Saint-Boniface et 23,3 % pour les francophones de Saint-Vital. Ce pourcentage se compare à 23,3 % pour l'ensemble des francophones de Winnipeg et 28 % pour l'ensemble des francophones du Manitoba (Chartier et collab., 2012).

De leur côté, de Moissac et ses collaborateurs (2011) constatent, par l'entremise d'un sondage distribué dans la communauté franco-manitobaine auprès d'un échantillon volontaire, que près de 50 % des répondants ont reçu des services en français de leur médecin de famille (de Moissac et collab., 2011). Les services sont également disponibles auprès d'autres professionnels, en moyenne pour 25 % des répondants. Les professionnels les plus souvent consultés pour lesquels les services en français sont le moins souvent obtenus sont les médecins spécialistes (8 %), les pharmaciens (14 %) et les optométristes (15 %) (de Moissac et collab., 2011).

4.3 L'accès aux services de santé en français par les aînés francophones du Manitoba

Au Manitoba, un plus grand nombre d'aînés (94,2 %) ont accès à un médecin de famille régulier en comparaison aux personnes des groupes d'âge plus jeunes (Centre on Aging, 2010). Selon Forgues et ses collaborateurs (2011), les aînés francophones consultent plus souvent des professionnels de la santé que les aînés anglophones. Les services de santé en français au Manitoba existent, mais ne sont pas accessibles à tous les aînés francophones. En milieu urbain, il est plus facile de recevoir des services en français, car les professionnels francophones sont plus nombreux (Lesage et collab., 2012).

Une enquête portant sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé en français au Manitoba a été effectuée en 2011 (de Moissac et collab., 2011). Les données qui suivent sont tirées d'une analyse secondaire effectuée afin de mieux connaître les perspectives des aînés de Winnipeg. Lors du recrutement des participants, usagers des services de santé, une version papier du sondage a été distribuée à huit foyers où habitent des personnes de 55 ans et plus à Saint-Boniface. Bien qu'il ait été impossible de regrouper seulement les aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital pour cette analyse secondaire, les données discutées ci-dessous proviennent très majoritairement des aînés de ces quartiers. De plus, il faut préciser que ces aînés vivent dans la collectivité ou dans un logement avec services de soutien et non dans un foyer de soins de longue durée.

Le profil sociodémographique de l'échantillon des aînés démontre que ces derniers sont mieux éduqués et financièrement plus stables que les aînés francophones de Winnipeg, selon les données de 2006 de Statistique Canada (Allaire et collab., 2010). Soixante-sept aînés francophones de la région urbaine ont participé à l'étude, dont 65 % étaient des femmes. Plus de 95 % étaient nés au Canada. Près de 40 % des répondants étaient mariés, 34,8 % étaient célibataires et 22,7 % étaient veufs ou veuves. Plus de 32 % des répondants avaient terminé des études universitaires supérieures, tandis que 10,8 % d'entre eux avaient terminé le niveau élémentaire, 23,1 % le niveau secondaire, 16,9 % l'école ou le collège technique et 12,3 % le baccalauréat universitaire. En fait de revenu annuel, un plus grand nombre de répondants (31,3 %) avaient un revenu entre 10 000 \$ et 24 000 \$, tandis que 26,9 % avaient un revenu entre 25 000 \$ et 49 000 \$. Seulement 14,9 % des répondants avaient un revenu de 50 000 \$ ou plus. Notons toutefois que près de 24 % des répondants ont choisi de ne pas répondre à cette question portant sur leur revenu. Ces niveaux d'éducation et de revenu annuel des répondants sont supérieurs à la moyenne des aînés francophones et anglophones de Winnipeg (Allaire et collab., 2010).

Les répondants âgés de 65 ans et plus vivant à Winnipeg sont plus satisfaits de leur état de santé par rapport aux autres groupes d'âge, avec un pourcentage de 95 % comparativement à 85 % pour l'ensemble des répondants adultes. La grande majorité des répondants plus âgés (94 %) considère important ou très important de recevoir des services en français, tout comme les répondants des autres groupes d'âge (de Moissac et collab., 2011). Les aînés ne se renseignent pas de la même façon au sujet de leur santé que les gens des autres groupes d'âge qui eux préfèrent consulter un professionnel, leurs proches ou le Web. Les aînés se renseignent plutôt sur leur santé en lisant des documents publiés (42 %), en consultant un professionnel (39 %) et par l'entremise d'émissions de télévision (29 %). Près des deux tiers des aînés comprennent mieux les informations écrites sur la santé lorsqu'elles sont disponibles en français (65 %) et comprennent mieux les directives et les indications des professionnels de la santé lorsqu'elles sont expliquées en français (73 %), comparativement à l'ensemble des répondants (50 % et 57 %, respectivement). On note également que le français serait la langue qui permettrait une meilleure compréhension lors de consultations avec les professionnels de la santé pour 84 % des répondants plus âgés. Les aînés utilisent le

bouche-à-oreille (69 %), l'affichage (62 %) et les annonces publicitaires (53 %) pour identifier les organismes de santé qui offrent des services en français.

Comme pour l'ensemble des répondants, moins de la moitié des aînés sont prêts à attendre plus longtemps pour recevoir des services en français, même en l'absence d'une situation urgente et peu se font accompagner par un interprète (17 %). Par contre, les aînés sont plus aptes à porter plainte (68 %) que l'ensemble des participants (44 %) lorsque les services ne sont pas disponibles en français dans un établissement désigné bilingue.

Le taux des répondants qui disent demander des services en français et avoir recours à des professionnels pouvant offrir des services en français est plus élevé chez les aînés que pour la population francophone générale. Le Tableau 8 montre le pourcentage de répondants âgés qui demandent des services en français et obtiennent un accueil et des services dans cette langue auprès des professionnels les plus souvent consultés. La demande de services en français est plus élevée pour les aînés francophones de Winnipeg (64,7 %) que pour l'ensemble des répondants franco-manitobains (57,7 %). Quant à l'accueil et aux services obtenus en français auprès des médecins de famille, des infirmières, des hygiénistes dentaires et des dentistes, les moyennes sont plus élevées pour les aînés (52,25 % pour l'accueil et 55 % pour les services) par comparaison avec la population totale (36,25 % pour l'accueil et 35,25 % pour les services). Par contre, en ce qui a trait à l'accueil et aux services obtenus en français auprès des optométristes, des pharmaciens et des médecins spécialistes, le pourcentage d'aînés ayant recours à ces services (moyenne de 6,7 % pour l'accueil et 7,3 % pour les services) est inférieur au pourcentage pour l'ensemble des répondants (moyenne de 11,3 % pour l'accueil et 12,3 % pour les services).

Les professionnels qui sont moyennement consultés par les répondants âgés sont présentés au Tableau 9. Ces professionnels comprennent les infirmières praticiennes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les audiologistes. Dans le cas des trois premières professions, un plus grand pourcentage d'aînés reçoit des services en français par comparaison avec l'ensemble des répondants. Par contre, en audiologie, on note que ce service est en plus grande demande chez les aînés mais que l'accueil en français est beaucoup moins fréquent pour ce groupe que

Tableau 8 – Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels plus couramment consultés par les aînés francophones de Winnipeg

Professionnels :	Demande				Accueil				Service				n
	Parfois	Souvent	Toujours	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Médecin de famille	23	7	50	80	59	39	2	100	63	37	0	100	59
Infirmière	14	12	57	83	59	33	8	100	54	35	11	100	46
Hygiéniste dentaire	17	17	36	70	43	55	2	100	49	51	0	100	43
Dentiste	13	2	53	68	48	46	7	100	54	44	2	100	54
Optométriste	19	7	17	43	9	91	0	100	10	90	0	100	48
Pharmacien	23	6	19	48	8	86	7	100	8	91	2	100	53
Médecin spécialiste	31	15	15	61	3	97	0	100	4	96	0	100	53
<i>Moyenne</i>	<i>20</i>	<i>9,4</i>	<i>35,3</i>	<i>64,7</i>	<i>32,7</i>	<i>63,9</i>	<i>3,7</i>	-	<i>35,6</i>	<i>63,4</i>	<i>2,1</i>	-	<i>50,9</i>

*F/A signifie français et anglais.

Tableau 9 – Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moyennement consultés par les aînés francophones de Winnipeg

Professionnels :	Demande				Accueil				Service				n
	Parfois	Souvent	Toujours	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Infirmière praticienne	14	12	57	83	64	33	3	100	52	45	3	100	29
Chiropraticien	10	14	38	62	43	54	3	100	47	53	0	100	30
Physiothérapeute	9	13	39	61	28	69	3	100	32	64	4	100	28
Audiologiste	25	6	13	44	8	92	0	100	14	86	0	100	21
<i>Moyenne</i>	<i>14,5</i>	<i>11,25</i>	<i>36,75</i>	<i>62,5</i>	<i>35,75</i>	<i>62</i>	<i>2,25</i>	<i>-</i>	<i>36,25</i>	<i>62</i>	<i>1,75</i>	<i>-</i>	<i>27</i>

Tableau 10 – Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moins consultés par les aînés francophones de Winnipeg

Professionnels :	Demande				Accueil				Service				n
	Parfois	Souvent	Toujours	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	Français	Anglais	F/A*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Psychologue	31	0	54	85	47	41	12	100	56	31	13	100	16
Travailleur social	27	18	27	72	56	44	0	100	55	36	9	100	11
Diététiste	25	25	31	81	68	32	0	100	53	35	12	100	17
Massothérapeute	20	7	33	60	27	69	4	100	25	75	8	100	16
Orthophoniste	14	0	14	28	0	100	0	100	10	90	0	100	10
Médecin naturopathe	9	0	27	36	5	90	5	100	0	93	7	100	14
<i>Moyenne</i>	<i>21</i>	<i>8,3</i>	<i>31</i>	<i>60,3</i>	<i>33,8</i>	<i>62,7</i>	<i>3,5</i>	<i>-</i>	<i>33,2</i>	<i>60</i>	<i>8,2</i>	<i>-</i>	<i>11,7</i>

*F/A signifie français et anglais

pour l'ensemble des répondants (18 % vs 15 %) et que la proportion des aînés ayant obtenu des services en français est légèrement moindre que celle de l'ensemble des répondants (14 % vs 15 %). Pour les professionnels qui sont moins souvent consultés par les répondants plus âgés, tels les psychologues, les travailleurs sociaux et les diététistes, on constate que plus d'aînés ont accès aux services en français (Tableau 10). Pour ce qui est des services d'une massothérapeute et d'une orthophoniste, on constate que ces services sont moins souvent obtenus en français, comparativement à l'ensemble des répondants.

En conclusion de cette analyse secondaire, on note le peu d'accès à des services en français pour les aînés francophones vivant à Winnipeg pour ce qui est des services de médecine spécialisée, de pharmacie, d'optométrie, d'orthophonie et d'audiologie. Ces domaines sont pourtant particulièrement importants pour une population vieillissante.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le vieillissement de la population se fait sentir au Manitoba comme ailleurs au Canada, avec la génération de « babyboomers » qui atteint l'âge de la retraite. La population franco-manitobaine a un taux de vieillissement plus élevé que la population non francophone du Manitoba. C'est dans les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital que l'on retrouve la proportion la plus élevée d'aînés à Winnipeg, et ce, plus particulièrement d'aînés de 80 ans et plus. La majorité des aînés vivent dans la collectivité, donc il est important de rendre accessibles des services de soins de santé à domicile ou dans la communauté environnante.

Les données sociodémographiques des aînés francophones démontrent qu'ils sont davantage à risque. Un plus grand pourcentage d'aînés francophones est sous-scolarisé et a un revenu annuel inférieur à celui des aînés non francophones. De plus, une grande proportion d'aînés n'ont pas une capacité en littéracie leur permettant de bien comprendre les informations écrites. Les aînés de 80 ans et plus, qui sont plus fortement représentés par les femmes, ont davantage besoin d'appui pour la mobilité et d'aide à accomplir les activités de la vie quotidienne. De plus, un taux plus élevé d'aînés vivent seuls dans la communauté et de façon générale, les dépenses de santé

sont plus élevées pour les personnes vivant seules. Tous ces facteurs peuvent contribuer aux disparités en lien avec la santé chez les aînés francophones.

Le fait d'être francophone semble avoir une influence sur la santé des aînés du Manitoba. Plus de 88 % des aînés du Manitoba signalent avoir au moins un problème de santé chronique. Pour les aînés francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital, on constate un taux plus élevé d'interventions coronariennes, de diabète et de sorties d'hôpital que pour les aînés non francophones. En fait d'utilisation de médicaments, les aînés francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital vivant dans la collectivité sont à plus grand risque de se retrouver avec une ordonnance potentiellement inappropriée de benzodiazépines. En outre, ils reçoivent plus d'ordonnances d'antidépresseurs avec moins de suivi relatif à l'utilisation de ces médicaments, ils font usage d'une plus grande quantité de médicaments les exposant à des risques de chutes, particulièrement dans les foyers de soins de longue durée. Cela peut nécessiter une hospitalisation pour blessure accidentelle, qui est plus fréquente chez les aînés francophones de ces quartiers qu'ailleurs à Winnipeg. Bien que la pharmacothérapie soit importante pour la population vieillissante, elle peut mettre en péril leur sécurité. Il est donc important que des services de pharmacie soient offerts et accessibles aux aînés vivant dans la communauté et dans les foyers de soins de longue durée.

Les aînés francophones ayant recours aux soins à domicile reçoivent moins de jours de services que les non francophones, mais ont des besoins plus grands pour des activités de la vie quotidienne plus complexes telles que faire les courses et gérer leurs finances. La demande la plus fréquente en fait de thérapie spéciale est celle d'un bracelet d'alerte médicale ou d'un système d'alerte électronique à des fins de sécurité, ce qui suggère que ces aînés vivent seuls ou ne vivent pas à proximité de leur aidant naturel. En effet, seulement un tiers de ces aînés vivent avec leur aidant naturel. De plus, l'utilisation de neuf médicaments ou plus s'avère plus commune pour les aînés francophones que pour l'ensemble des aînés ayant recours aux soins à domicile à Winnipeg.

Bien qu'un taux plus élevé d'aînés francophones soient admis dans un foyer de soins de longue durée et deviennent résidents d'un tel foyer, les aînés francophones de Saint-Boniface et de

Saint-Vital ont un temps d'attente moyen plus long pour être admis dans un foyer de soins personnels que les aînés non francophones. On constate une pénurie de foyers de soins de longue durée pouvant offrir des services en français. Un taux plus élevé d'aînés de 95 ans et plus habitent dans ces foyers francophones par comparaison avec l'ensemble des foyers de Winnipeg. Bien que les aînés vivant dans les foyers francophones soient généralement en meilleure santé que leurs pairs dans les foyers non francophones de Winnipeg, les problèmes médicaux les plus courants sont les troubles neurologiques et les maladies cardiovasculaires, ainsi qu'un taux plus élevé de démence et d'ostéoporose, particulièrement à Actionmarguerite - Valade. De plus, on note un besoin de niveau de soins quotidiens plus élevé chez les résidents d'Actionmarguerite - Valade. À Actionmarguerite - Taché, on remarque un taux plus élevé de résidents utilisant neuf médicaments ou plus. Cela suggère que les aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée de Saint-Boniface et Saint-Vital sont plus vieux et requièrent plus de soins.

L'accès aux services de santé en français est important pour les aînés francophones, qui sont d'ailleurs plus disposés à porter plainte quand ces services ne sont pas disponibles. Bien que les pourcentages de francophones ayant reçu des services de santé en français diffèrent d'une étude à l'autre, il est clair que les services en français ne sont pas disponibles pour tous ceux qui désirent les recevoir. Les aînés autonomes vivant dans la communauté et ayant un niveau socio-économique supérieur à la moyenne semblent avoir un plus grand accès aux professionnels de la santé pouvant offrir des services en français que l'ensemble des francophones du Manitoba, sauf pour ce qui est de certains professionnels comme les médecins spécialistes, les pharmaciens, les audiologistes, les orthophonistes et les optométristes. Ces professionnels sont pourtant souvent consultés par les aînés, qui souffrent plus souvent de problèmes chroniques, prennent plus de médicaments et souffrent de problèmes de vision.

À la lumière des données présentées ci-dessus, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Améliorer les services de pharmacie en français dans la collectivité et dans les foyers de soins de longue durée.
2. Augmenter l'accès pour les aînés francophones aux professionnels pouvant offrir des services en français, particulièrement dans les domaines suivants : optométrie, orthophonie, audiologie et médecine spécialisée.

3. Élargir et coordonner le continuum de services formels en français pour les aînés francophones, tant pour ce qui est des soins primaires que des logements avec soutien, des soins à domicile qui deviennent plus complexes et plus exigeants, des soins en foyers de soins de longue durée et des soins en fin de vie.
4. Incorporer et appuyer davantage les services informels (tels ceux des aidants naturels) dans ce continuum de services.

Il est important de bien connaître les besoins des aînés francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital ainsi que leur accès aux services de santé en français dans leur communauté afin d'assurer des soins appropriés, de qualité et sécuritaires. Bien que le programme Vieillesse chez soi encourage les aînés à vivre dans la collectivité et les appui, il demeure qu'une pénurie de foyers de soins de longue durée pouvant offrir des services en français et un temps d'attente prolongé pour y être admis les y oblige. Le gouvernement fait des démarches pour assurer le développement d'outils permettant d'évaluer les besoins des aînés afin de mieux y répondre, mais avec le nombre croissant d'aînés, particulièrement de femmes plus âgées vivant seules, les soins à domicile devront évoluer pour mieux répondre aux besoins de santé qui deviennent plus complexes.

6. RÉFÉRENCES

Allaire, G., Bouchard, L., Charbonneau, M. et Morin, V. (2010, avril). *Profil sociodémographique du Manitoba*. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les soins de santé aux francophones/institut franco-ontarien, Université Laurentienne, Sudbury, Ontario.

Boivin, N. (2007). Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick, *Francophonies d'Amérique*, 23-24, 31-44. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1005391ar>.

Bowen, S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Santé Canada. Récupéré de http://www.reseausantealbertain.ca/fr/publications/Barrieres_linguistiques.pdf.

Bouchard, L., Gaboury, I. et Chomienne, M. (2009). La santé en francophonie canadienne : Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé? *Association des médecins de langue française du Canada Bulletin*, 42 (2).

Bourbonnais, V. (2007). *La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire : État des lieux en Ontario*. Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. Récupéré le 11 mai 2012 de <http://www.rssf.on.ca/files/uploads/rssf-files/santeainesfrancosvbourbonnais2008.pdf>.

Centre on Aging. (2010). *Profile of Manitoba's seniors*. University of Manitoba, Winnipeg, MB.

Chartier, M., Finlayson, G., Prior, H., McGowan, K., Chen, H., de Rocquigny, J., Walld, R. et Gousseau, M. (2012). *La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba / Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba*. Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, MB.

Chateau, D., Doupe, M., Walld, R., Soodeen, R.-A., Ouelette, C. et Rajotte, L.. (2012). *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036*. Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, MB.

Commissariat aux langues officielles. (2007). *The Winnipeg Francophone Community: Vitality indicators for official language minority communities, 1: Francophones in urban settings*. Ottawa, ON.

Conseil communauté en santé du Manitoba. (2009). *Préparer le terrain – Sommaire et plan d'action 2006-2009*. Récupéré le 11 mai 2012 de <http://ccsmanitoba.ca/babillard/publications>.

de Moissac, D., de Rocquigny, J., Roch-Gagné, M. et Giasson, F. (2011). *Disponibilité et accessibilité des services de santé en français au Manitoba*. Université de Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

Deroche, F. (2009). *Identification des problèmes et des besoins de santé perçus au sein de la communauté francophone du Manitoba*. Winnipeg : Consultation Deroche Consulting.

Doupe, M., Fransoo, R., Château, D., Dik, N., Burchill, C., Soodeen, R.-A., Bozat-Emre, S. et Guenette, W. (2011). *Planning for Older Adult Care in Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy*. University of Manitoba, Winnipeg, MB.

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada. (2008). *Une population vieillissante : enjeux et options*. Récupéré le 10 mai 2012 de <http://www.faafc.ca/communications/publications/m%C3%A9moires>.

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (FCFA). (2009). *Profil des communautés francophones et acadiennes du Canada* (3^e ed.). Récupéré le 10 mai 2012 de http://profils.fcfa.ca/user_files/users/44/Media/Canada/canada_fr.pdf.

Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA). (2001, juin). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Récupéré le 10 mai 2012 de http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque_De_La_Fcfa_Sections_33/Sante_Et_Services_Sociaux_84.

Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R. et Beers, M. H. (2003). Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 163 (22), 2716-2724.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2011a). *Synthesis report : Better with age*. Récupéré le 10 mai 2012 de www.fcrss.ca.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2011b). *Priorités des systèmes de santé provinciaux et territoriaux : Une analyse contextuelle*. Récupéré le 10 mai 2012 de www.fcrss.ca.

Forgues, E., Doucet, M., et Noël, J. (2011). L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être. *La Revue canadienne du vieillissement*, p. 1-12.

Forgues, E., Noël, J., Nkolo, C., et Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation : L'état de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Moncton, Nouveau-Brunswick.

Gaboury, I., Guignard Noël, J. et Forgues, E. (2009). *Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire : Potentiel d'analyse et état de situation*. Consortium national de formation en santé, Ottawa, ON.

Gagnon-Arpin, I., et Bouchard, L. (2011). *Les services de santé en français en Ontario. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO)*. Ottawa, ON.

Gouvernement du Manitoba. (s.d.(a)). Initiative, province amie des aînés. Récupéré le 13 juillet 2012 de www.Manitoba.ca/agefriendly.

Gouvernement du Manitoba. (s.d. (b)). *Le vieillissement chez soi : Choix de logement pour les aînés du Manitoba*. Récupéré le 12 juillet 2012 de <http://www.gov.mb.ca/health/aginginplace/docs/aip.fr.pdf>.

Hanon, J.T., Shmader, D.E., Ruby C.M. et Weinberger, M. (2001). Suboptimal Prescribing in Older Inpatients and Outpatients, *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (2), 200-209.

Hodge, G. (2008). *The Geography of Aging, preparing communities for the Surge in Seniors*. Montréal, Québec : McGill-Queen's University Press.

Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *The Use of Selected Psychotropic Drugs Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2001 to 2010*. Récupéré le 26 juillet 2012 de <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC589>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Récupéré le 9 octobre 2012 de https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009a). *Utilisation d'antipsychotiques par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2007*. Récupéré le 26 juillet 2012 de <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC490>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009b). *Utilisation de l'inhibiteur de la pompe à protons par les personnes âgées : une analyse des demandes de remboursement de médicaments, 2001 à 2008*. Récupéré le 26 juillet 2012 de <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC505>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006*. Récupéré le 26 juillet 2012 de <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC454>.

Lesage, J., Bouchard-Coulombe, C. et Chavez, B. (2012). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada : Les francophones du Manitoba*. Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

Marmen, L. et Delisle, S. (2003). *Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec*. Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

Martel, R. et Pinsonneault, C. (1996). Maintien à domicile francophone. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2(2), 150-157.

Ouellet, R. (1996) Deux projets innovateurs destinés aux aînés francophones d'Ottawa-Carleton. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2(2), 161-166.

Puchniak, J. (2012). *WRHA Long Term Care Program: Francophone Data Report*. Winnipeg, Manitoba: Winnipeg Regional Health Authority.

Ryan, J. et Blandford, A. (2009). *Manitoba Seniors: Health status update*. Winnipeg, Manitoba: Centre on Aging, University of Manitoba.

Slegers-Boyd, C. (2012) *WRHA Home Care Program: Francophone Data Report*. Winnipeg, Manitoba: Winnipeg Regional Health Authority.

Statistique Canada. (2012a). Saint-Boniface, Manitoba (Code 46009) et Manitoba (Code 46) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 29 mai 2012, consulté le 25 juillet 2012 de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.

Statistique Canada. (2012). Winnipeg, Manitoba (Code 4611040) et Manitoba (Code 46) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 29 mai 2012, consulté le 25 juillet 2012 de <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.