



Évaluation des besoins des personnes âgées anglophones : Maintenir la santé et le bien-être

Rapport final basé sur les multiples perspectives et expériences
des personnes âgées d'expression anglaise du Québec vivant
dans la communauté



Marie-Michèle Lord
Galaad Lefay
Joanie Theriault
Hélène Carbonneau

Décembre 2024

Rapport rédigé par

Marie-Michèle Lord Professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Galaad Lefay, assistante de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

Joanie Theriault, professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Hélène Carbonneau, professeure, Département de culture, loisir et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières



Pour citer ce rapport

Lord, M-M., Lefay, G., Theriault, J., Carbonneau, H. (2024). Évaluation des besoins des aînés d'expression anglaise : maintien de la santé et du bien-être ; Rapport final basé sur les multiples perspectives et expériences des aînés québécois d'expression anglaise vivant dans la communauté. Rapport de recherche.

Collaborateurs

Projet de recherche réalisé en collaboration avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN), financé par Santé Canada.



Avec le soutien de Céline Dano, assistante de recherche, UQTR et Simon Laliberté, professionnel de recherche, UQTR.

Résumé

Ce rapport de recherche permet de présenter trois thèmes principaux relatifs aux défis et besoins des personnes âgées d'expression anglaise du Québec. Premièrement, il décrit des obstacles auxquels elles sont confrontées, en particulier les barrières linguistiques qui limitent l'accès aux soins de santé et augmentent l'isolement, surtout dans les régions rurales et éloignées où le soutien des soignants et de la communauté est essentiel. Ensuite, il identifie leurs priorités pour améliorer les services de santé, en insistant sur la nécessité de soins respectueux et accessibles, en particulier les services de fin de vie, et en s'attaquant à l'exclusion numérique, qui accroît leur vulnérabilité. Enfin, il évalue le modèle produit par le CHSSN (2019) « Promoting the health and well-being of English-speaking seniors in Quebec: a community model » pour valider sa pertinence et l'adapter aux réalités des aînés anglophones, confirmant ainsi son adéquation aux diverses expériences du vieillissement.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
Contexte et objectifs de l'étude.....	7
Methodologie.....	8
Questionnaire en ligne.....	9
Groupes de discussion focalisés.....	10
Résultats.....	10
Modèle de promotion de la santé et du bien-être.....	23
Discussion.....	24
Références.....	26

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Distribution des participants par région.....	10
Tableau 2. Défis rencontrés par la participants par région.....	13
Tableau 3. Difficulté d'accès aux services de santé en français au Québec.....	16
Tableau 4. Besoins et priorités exprimés par les personnes âgées.....	21
Figure 1. Modèle du développement de la santé.....	5
Figure 2. Promouvoir la santé et le bien-être des aînés anglophones du Québec : un modèle communautaire	6
Figure 3. Pyramide d'âge des participants.....	9
Figure 4. Raisons rapportées liées au sentiment de stigmatisation.....	18

INTRODUCTION

Comme dans la plupart des pays du monde, la population du Canada vieillit rapidement. En 2023, près de 19 % des Canadiens seront âgés de 65 ans ou plus. Bien que les Canadiens atteignant l'âge de 65 ans puissent espérer vivre encore 20 ans en jugeant leur état de santé satisfaisant, ils peuvent également s'attendre à des problèmes de santé physique, mentale et sociale de plus en plus importants, nécessitant des interactions fréquentes avec les systèmes de soins de santé (ASP, 2020). Actuellement, 2/3 des Canadiens âgés de 65 ans et plus vivent avec au moins une maladie chronique, ce qui rend l'accès aux soins et aux services d'une importance cruciale. Au Québec, les adultes anglophones âgés de plus de 65 ans représentent 15,4 % (193 685 personnes) de la population anglophone totale et jusqu'à 30,5 % des personnes âgées dans les régions rurales et éloignées. La recherche a établi des liens entre les barrières linguistiques, l'accès réduit aux services préventifs et le risque accru d'erreurs de médication dans toutes les tranches d'âge.

Les personnes aînées d'expression anglaise du Québec sont confrontées à plusieurs difficultés pour accéder aux services sociaux et de santé. Selon une étude de Santé Canada (Gouvernement du Canada, 2022), 73 % des Québécois anglophones âgés de 55 ans et plus ont déclaré avoir des difficultés à obtenir des services de santé dans la langue officielle de leur choix. Ces difficultés comprennent les barrières linguistiques, la méconnaissance des services disponibles et l'insuffisance de l'offre de services en anglais. En outre, les personnes aînées anglophones sont souvent confrontées à des vulnérabilités socio-économiques, notamment à des taux plus élevés de faible revenu que leurs homologues francophones, ce qui peut limiter encore davantage leur accès aux services nécessaires (Éthier & Carrier, 2022).

Toutefois, les études n'ont pas beaucoup éclairé le point de vue des personnes aînées anglophones elles-mêmes sur leurs besoins et leurs problèmes en termes d'accès aux services de santé qui leur permettent de maintenir leur bien-être. En outre, les études n'ont pas encore permis d'obtenir des informations approfondies et importantes sur, outre la langue, les facteurs relatifs à l'intersectionnalité et les déterminants sociaux (par exemple, la situation rurale ou urbaine, l'âge, le handicap, le sexe, le genre et les identités sociales, les conditions de vie, la présence ou l'absence de famille, l'accès à la technologie des soins de santé) qui affectent l'accès et de quelles manières spécifiques.

LE VIEILLISSEMENT: UN PHÉNOMÈNE HÉTÉROGÈNE

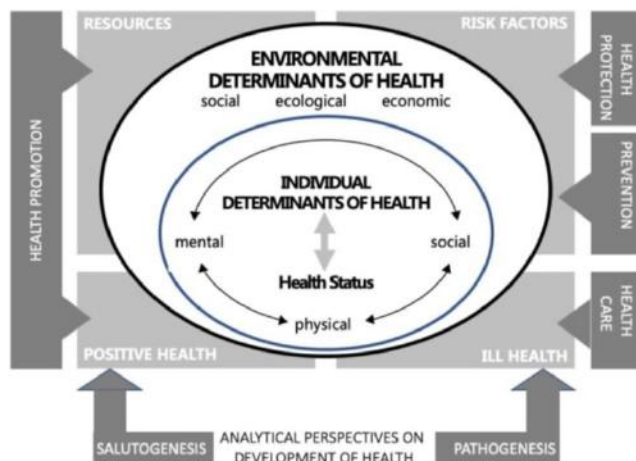
Le vieillissement est un processus biologique universel, mais **il se manifeste de façon profondément hétérogène** selon les individus. Cette variabilité s'explique par de multiples facteurs, dont la génétique, les trajectoires de vie, l'environnement social, économique et culturel, ainsi que les habitudes de vie (Henard, 2002). Sur le plan biologique, certaines personnes connaissent un vieillissement plus marqué, avec une accumulation rapide de fragilités physiques et cognitives, alors que d'autres conservent des capacités fonctionnelles exceptionnelles jusqu'à un âge avancé. Sur le plan social, l'accès aux soins, les réseaux de soutien et les conditions de vie influencent également cette diversité. Enfin, les perceptions du vieillissement varient en fonction de la culture et du contexte, ce qui peut moduler les attentes et les besoins des personnes âgées.

Le modèle de développement de la santé de Bauer et al (2006) est un modèle qui tient compte de cette hétérogénéité dans la compréhension de la santé. Il s'agit d'un cadre conceptuel qui vise à expliquer comment la santé se développe tout au long de la vie, en tenant compte des facteurs biologiques, sociaux et comportementaux. Le modèle repose sur une approche dynamique, dans laquelle la santé n'est pas considérée comme un état statique, mais comme un processus évolutif influencé par des interactions complexes entre l'individu et son environnement, comme le montre la Figure 1. Voici les points clés du modèle : 1) La santé en tant que processus de développement. La santé est conceptualisée comme le résultat cumulatif de transitions et d'interactions au cours de la vie. Cela inclut les expériences développementales prénatales, les événements de l'enfance, les choix comportementaux à l'âge adulte et les conditions de vie plus tard dans la vie ; 2) Le rôle des fenêtres de vulnérabilité et d'opportunité. Certaines périodes de la vie, comme l'enfance ou le passage à la vie adulte, sont considérées comme des périodes critiques où les influences environnementales, les habitudes de vie et les soins de santé ont un impact disproportionné sur la trajectoire de santé ; 3) L'approche écologique et systémique. Le modèle intègre des facteurs à plusieurs niveaux (individuel : génétique, biologie, comportements) ainsi que des facteurs sociaux (interactions familiales, réseaux sociaux, statut socio-économique) et environnementaux (contexte culturel et politique, accès aux services de santé).

La compréhension des besoins des personnes âgées doit prendre en compte cette hétérogénéité, permettant une réponse adaptée aux différentes réalités et contraintes des citoyens vieillissants. Une approche multidimensionnelle est donc nécessaire et cette hétérogénéité appelle une approche

personnalisée dans les politiques publiques et les pratiques de soutien. Il s'agit d'analyser les besoins sous différents angles, notamment la culture, le sexe et le statut socio-économique.

Figure 1. Modèle de développement de la santé



Par exemple, le processus de vieillissement diffère considérablement **entre les zones urbaines et rurales**, principalement en raison des disparités dans l'accès aux ressources et aux services, ainsi que des particularités sociales et environnementales propres à chaque contexte (Kinsella, 2001 ; LISA, 2022). Les contextes ruraux, semi-urbains et urbains se distinguent par leurs caractéristiques démographiques, géographiques, économiques et sociales. Un contexte urbain fait référence à un milieu caractérisé par un développement humain intensif, une forte densité de population et la présence d'infrastructures et d'équipements complexes (Coop Carbone, 2018). Dans le portrait des régions du Québec, quatre catégories de communautés rurales peuvent être identifiées : 1) les communautés rurales périphériques ; 2) les communautés rurales intermédiaires ; 3) les communautés rurales éloignées ; et 4) les communautés rurales isolées (Coop Carbone, 2018). Il est déjà reconnu que le fait de vivre dans un milieu rural, semi-urbain ou urbain a un impact significatif sur l'accès aux services communautaires, leur disponibilité et leur nature (Ticala, 2020). Les différences entre ces milieux sont notamment influencées par la densité de population, l'accessibilité géographique, la culture communautaire et les besoins spécifiques de chaque région.

Dans les zones rurales, les personnes âgées peuvent être confrontées à des défis importants, tels que l'accès limité aux soins de santé en raison des distances géographiques, le manque de professionnels de la santé et des infrastructures de



transport souvent inadéquates ou insuffisantes. Ces obstacles contribuent à une prévalence plus élevée des maladies chroniques, telles que les troubles cardiovasculaires et le diabète, en raison d'une prévention insuffisante. En revanche, les zones urbaines offrent un meilleur accès à des soins spécialisés et à des infrastructures adaptées, même si la pollution, le bruit et le stress urbain peuvent nuire à la santé mentale et physique des personnes âgées.

Un autre facteur qui peut influencer le processus de vieillissement est l'appartenance à un groupe minoritaire. Entre autres, le fait de parler une langue minoritaire peut avoir un impact sur la santé (Angel & Angel, 2006). Par exemple, certaines données tendent à mettre en évidence le fait que les aînés anglophones, qui font donc partie d'un groupe minoritaire au Québec qui est un pays francophone, font face à des défis uniques en raison des barrières linguistiques, des inégalités socioéconomiques, de l'isolement social accru, des exigences élevées en matière de soins pour les quelques aidants familiaux, ainsi que de la méconnaissance de leurs besoins et du manque de représentation associé au statut minoritaire de leur communauté.

Figure 2. Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées d'expression anglaise au Québec : un modèle communautaire



Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN) est un organisme provincial à but non lucratif dont la mission est de soutenir les communautés d'expression anglaise du Québec en favorisant un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux en anglais. Pour ce faire, il élabore des programmes et des partenariats intersectoriels qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé et favorisent la vitalité des communautés. Le CHSSN est un organisme fiduciaire qui reçoit des fonds des gouvernements provincial et fédéral et les distribue à des organismes communautaires dans toutes les régions du Québec, en plus de répondre à des mandats spécifiques pour mieux comprendre les besoins et les enjeux vécus par les personnes âgées d'expression anglaise au Canada. À partir d'une recherche sur la littérature scientifique, ils ont créé en 2019 un modèle pour soutenir les actions communautaires qui favorisent la santé et le bien-être des personnes âgées d'expression anglaise. Ce modèle met de l'avant 5 besoins prioritaires des aînés d'expression anglaise au Québec : 1) Santé et services sociaux ; 2) Promotion de la santé et prévention ; 3) Soutien à domicile et conditions de vie; 4) Réduire l'isolement et 5) Supporter les personnes proches aidantes, tel qu'illustré à la Figure 2.

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE RÉALISÉE

Dans le cadre de la mission du CHSSN, Santé Canada a débloqué des fonds pour mieux comprendre les besoins des personnes âgées d'expression anglaise du Québec vivant dans la communauté.

Sur la base des multiples perspectives et expériences de personnes âgées d'expression anglaise du Québec vivant dans la communauté, un projet de recherche a été réalisé en 2024, visant à 1) dresser un portrait de leurs **besoins** en vue de maintenir leur santé et leur bien-être, 2) identifier avec eux leurs **priorités** quant aux améliorations possibles dans le secteur de la santé pour améliorer leur bien-être, et 3) **revoir le modèle** développé par le CHSSN en 2019 afin de le valider et de l'ajuster du point de vue des personnes âgées concernées.

L'amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé passe nécessairement par l'interrogation des personnes directement concernées par ces améliorations. Cette compréhension est cruciale à l'heure où les besoins des personnes âgées augmentent et où plusieurs rapports soulignent que le système de santé actuel ne pourra pas répondre à ces besoins de manière efficace et satisfaisante à moyen terme si le statu quo est maintenu. La prise en compte des besoins des personnes âgées issues de minorités linguistiques pourrait permettre, entre autres, d'améliorer la qualité des soins pour cette population, notamment en reconnaissant les différences culturelles dans la perception de la santé, de la maladie et des traitements. La réduction des inégalités de santé pour cette population, l'amélioration

de l'engagement et de la satisfaction dans les soins et le développement de politiques et de programmes efficaces sont d'autres effets possibles de la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées d'expression anglophones dans la réflexion sur la réforme et l'innovation en matière de santé.

MÉTHODOLOGIE

Une méthodologie mixte a été employée dans le cadre de ce projet. L'objectif était d'interroger de nombreuses personnes âgées sur des sujets d'intérêt et d'affiner ces informations en donnant la parole à des personnes directement concernées par le phénomène à l'étude afin d'obtenir une compréhension plus détaillée de leurs expériences et des particularités liées à leurs parcours de vie.

Plus précisément, un **questionnaire en ligne** a été distribué par le biais des canaux de communication des groupes et centres affiliés au CHSSN et les participants pouvaient le remplir de février 2024 à mars 2024. Le questionnaire comprenait 10 questions, dont des questions sociodémographiques, des questions sur l'utilisation des services communautaires et de santé, des questions sur les défis rencontrés et des questions sur les priorités perçues par les participants.

En mars 2024, **trois groupes de discussion focalisés** ont été organisés dans trois régions du Québec : 1) la Gaspésie (éloignée), Lanaudière (rurale) et Montréal (urbaine). Une méthode de choix raisonné a été utilisée pour sélectionner les groupes de discussion dans des régions dont la démographie et les réalités territoriales varient. Les groupes de discussion se sont tenus dans des centres communautaires, offrant ainsi un environnement familier et accessible aux participants. Chaque session a été animée par deux chercheurs qui ont guidé les discussions et pris des notes détaillées afin de recueillir les points de vue exprimés. Chaque groupe de discussion a duré environ une heure et demie et a été structuré en deux parties principales. La première partie traitait des défis et des besoins des personnes âgées anglophones, tandis que la seconde partie explorait le modèle proposé par le CHSSN, dans le but de recueillir des commentaires pour l'améliorer au besoin.

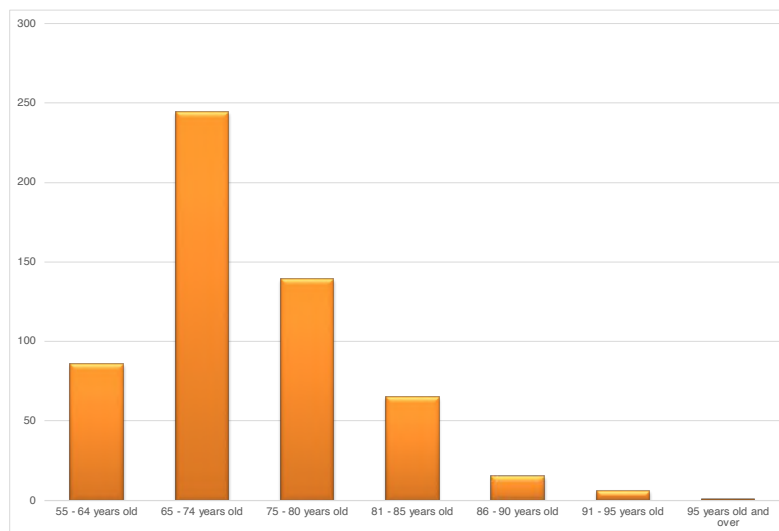
Les données des questionnaires ont été analysées à l'aide d'une analyse statistique inférentielle simple. Les données des verbatim des groupes de discussion ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu thématique. L'analyse a été réalisée selon les techniques décrites par Sundler et al. (2019). En accord avec la littérature présentée précédemment sur l'hétérogénéité du vieillissement, l'analyse que nous avons réalisée a tenu compte de plusieurs variables, dont le milieu de vie (éloigné, rural, urbain) des personnes participantes.

DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

Questionnaire en ligne

Au total, **565 personnes** ont répondu au questionnaire en ligne. Bien que l'âge des participants varie, comme le montre la Figure 3, la plupart des répondants avaient entre 65 et 85 ans, avec une moyenne d'âge comprise entre 65 et 74 ans.

Figure 3. Pyramide d'âge des participants



Sur la base de la densité de population, des types d'activités et de la distance par rapport aux infrastructures développées (en particulier les infrastructures de santé), il est possible de classer les régions d'où proviennent les participants en trois groupes différents : urbain, rural et éloigné (Wakerman, & al., 2017). La catégorie urbaine comprend les personnes qui vivent dans des zones densément peuplées, dotées d'infrastructures développées et où prédominent les activités non agricoles. La catégorie rurale concerne les personnes qui vivent dans des zones peu peuplées, principalement axées sur l'agriculture ou les ressources naturelles, avec des infrastructures limitées. La catégorie des régions éloignées concerne les personnes qui vivent dans des zones isolées, loin des villes, avec des infrastructures et des services minimaux et une faible densité de population. La plupart des participants venaient de régions **urbaines** (43 %) et **rurales** (56%). Le Tableau 1 indique l'ensemble des régions identifiées par les répondants.

Tableau 3. Distribution des participants par région

Région	Pourcentage
Bas-Saint-Laurent (rurale)	0.5
Mauricie (rurale)	1.1
Estrie (rurale)	2.9
Montréal (urbaine)	31.7
Outaouais (rurale)	6.6
Abitibi-Témiscamingue (éloignée)	0.7
Laval (urbaine)	9.1
Laurentides (rurale)	2.9
Lanaudière (rurale)	1.4
Montérégie (rurale)	37.4
Centre-du-Quebec (rurale)	1.4
Total	100.0

Groupes de discussion focalisés

Au total, **34 personnes âgées** ont participé aux groupes de discussion focalisés, soit 26 femmes et 8 hommes. Plus précisément, 13 personnes âgées ont participé au groupe de discussion en région éloignée (Gaspésie), 6 personnes âgées ont participé au groupe de discussion en région rurale (Lanaudière), tandis que 13 personnes âgées ont participé au groupe de discussion en milieu urbain (Montréal).

RÉSULTATS

SERVICES UTILISÉS PAR LES PERSONNES ÂGÉES RENCONTRÉES AFIN DE MAINTENIR LEUR SANTÉ ET LEUR BIEN-ÊTRE

Lors des échanges en groupes de discussion, les personnes âgées anglophones ont été invitées à discuter des divers services qu'elles utilisent dans leur communauté pour assurer leur santé et leur bien-être. Tous les participants ont souligné que certains services étaient essentiels. Il s'agit notamment des

visites chez le médecin de famille, des consultations avec des infirmières praticiennes spécialisées et de l'accès aux services communautaires et d'entraide, qui sont souvent fournis par des bénévoles dévoués et diverses organisations. L'ensemble de ces services constitue l'épine dorsale du soutien à la santé et au bien-être des personnes âgées d'expression anglaise rencontrées.

Pour les personnes âgées anglophones **vivant en milieu rural**, les **pharmaciens** jouent un rôle essentiel en tant que prestataires de soins de santé de première ligne. De nombreux participants ont souligné qu'ils consultaient souvent leur pharmacien avant de chercher d'autres services de santé. Cette préférence est motivée par l'accessibilité et la familiarité des pharmacies locales. Comme l'a fait remarquer une personne participante :

“ La pharmacie est un élément central de notre communauté. Nous nous y rendons régulièrement pour poser des questions.

Les pharmaciens sont considérés non seulement comme des experts en matière de médicaments, mais aussi comme des conseillers de confiance pour les questions générales de santé. En outre, les personnes âgées vivant en milieu **rural** se tournent fréquemment vers leurs **proches aidants** - membres de la famille ou amis proches - pour obtenir un soutien quotidien, en particulier lorsqu'elles sont confrontées à des problèmes de santé. Cette dépendance à l'égard des proches aidants reflète les liens interpersonnels étroits qui existent au sein de ces communautés et la disponibilité limitée de services de santé professionnels immédiats.

Dans les zones **urbaines**, les personnes âgées anglophones rencontrées déclarent également consulter leurs proches aidants pour des questions de santé. Cependant, ils bénéficient d'un plus large éventail d'options de soins de santé que leurs homologues vivant en milieu rural. Les participants ont indiqué qu'ils accédaient sans hésitation aux hôpitaux anglophones de leur région, s'assurant ainsi que les barrières linguistiques n'entravent pas leurs soins. Les personnes âgées vivant en milieu urbain apprécient **la disponibilité de services spécialisés**, tels que les cliniques ambulatoires et les outils de diagnostic avancés, qui sont plus accessibles en milieu urbain. Cette accessibilité favorise un sentiment de confiance dans la recherche de soins opportuns et appropriés.

Pour les personnes âgées anglophones des **régions éloignées**, la dépendance à l'égard de **systèmes de soutien de proximité** (appelés « close-knit support systems » par les personnes rencontrées) est encore plus prononcée. Ces personnes âgées dépendent souvent fortement de leur famille et de leurs amis pour répondre à leurs besoins en matière de santé et de bien-être. Lorsqu'ils ont besoin de services professionnels, ils se tournent généralement vers les services d'urgence de leurs hôpitaux locaux. La

rareté des options de soins de santé facilement accessibles dans ces régions souligne l'importance des services d'urgence en tant que filet de sécurité essentiel. Les participants ont raconté comment ils comptaient sur leur communauté immédiate pour combler les lacunes laissées par une infrastructure de soins de santé limitée, soulignant ainsi la résilience et l'ingéniosité des personnes âgées vivant dans des régions éloignées.

L'analyse des **questionnaires en ligne** a révélé à la fois des points communs et des différences dans la manière dont les personnes âgées anglophones d'expression anglaise gèrent leurs soins de santé et les services d'aide dans les zones rurales, urbaines et éloignées. Si les médecins de famille, les infirmières spécialisées et les services communautaires sont universellement importants, le rôle des pharmaciens, des soignants et des hôpitaux varie considérablement en fonction du contexte géographique. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des politiques de santé et des systèmes de soutien adaptés, qui tiennent compte des défis et des ressources propres à chaque type de communauté, afin de garantir à tous les seniors anglophones un accès équitable aux services dont ils dépendent le plus.



DÉFIS POUR LE MAINTIEN DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Le Tableau 2 met en évidence les principales difficultés rencontrées par les personnes âgées ayant répondu au questionnaire en ligne lorsqu'elles désirent accéder aux services de soins de santé, classées par zones rurales, urbaines et éloignées. Il présente le pourcentage de personnes âgées confrontées à des difficultés telles que l'obtention de services dans leur langue, le sentiment d'être mal comprises par les prestataires de soins, l'accès à des services à proximité du domicile et le sentiment d'être exclues des processus de soins. Le tableau inclut également d'autres préoccupations, telles que la difficulté à trouver un médecin de famille.

Notamment, les personnes âgées vivant en milieu **rural** déclarent avoir le plus de difficultés à **accéder à des services près de chez elles** et dans leur langue, tandis que les personnes âgées vivant dans des régions **éloignées** ont beaucoup de mal à **se sentir comprises** par les personnes qui s'occupent d'elles. Il convient de noter le **pourcentage élevé** de répondants (50 %) dans les régions éloignées qui disent avoir l'impression que les personnes qu'ils rencontrent pour discuter de leurs problèmes de santé ne comprennent pas la situation ou leurs besoins.

Table 4. Défis rencontrés par les personnes âgées par région

Défis	Rurale	Urbaine	Éloignée
<i>Difficulté à obtenir des soins et services dans sa langue</i>	44.7	35.8	25
<i>Sentir que la personne que je rencontre ne comprend pas mes besoins</i>	19.4	18.8	50
<i>Difficulté à accéder à des services près du lieu de résidence</i>	37.5	21.8	0
<i>Se sentir exclus</i>	20.4	16.2	0
<i>Autres (particulièrement avoir accès à un médecin de famille)</i>	9.9	10.5	0

Les groupes de discussion focalisés ont également été l'occasion de discuter avec les personnes âgées anglophones de leur expérience en matière d'accès aux services destinés à favoriser leur santé et leur bien-être, ainsi que des différents problèmes et difficultés qu'elles rencontrent.

Soins et services accessibles

La quête d'un médecin de famille

De nombreux participants aux groupes de discussion ont fait état de difficultés considérables pour accéder à un médecin de famille, ce qui leur donne un sentiment de manque de soutien et d'incertitude quant à leurs soins de santé. Ce problème est particulièrement prononcé dans les régions éloignées, où la rareté des prestataires de soins de santé ajoute à la difficulté. Comme l'a exprimé l'une des personnes participantes :

« Lorsque mon médecin de famille est parti, je suis devenue orpheline. C'était il y a quatre ans. Ici, les médecins n'arrivent pas, ils partent ou prennent leur retraite et ne sont pas remplacés. Ils ne viennent pas et nous n'avons pas de suivi ».

Dans les zones **urbaines**, les personnes participantes ont fait état de longs délais d'attente et de systèmes surchargés, qui les obligent à recourir à des cliniques sans rendez-vous ou à des services d'urgence pour les soins de routine. La situation est encore plus critique dans les régions rurales et

éloignées, où les personnes âgées doivent souvent faire face à des périodes d'attente prolongées pour obtenir un rendez-vous. Ces défis soulignent la nécessité d'améliorations systémiques pour garantir un accès rapide et fiable aux médecins de famille pour toutes les personnes âgées.

Une quête à longue distance

De nombreuses personnes âgées rencontrées ont indiqué que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux nécessitait souvent de **parcourir de longues distances**, un défi à la fois physique et émotionnel. Le transport, lorsqu'il est nécessaire, est souvent difficile à organiser, ce qui amplifie encore le sentiment d'isolement et d'impuissance.

« Le transport n'est pas facile. Il y a des autobus, mais pas assez. Je dois toujours demander de l'aide, faire preuve de créativité ou parfois annuler un rendez-vous difficile à obtenir. »

Outre la pénurie de personnel, les personnes âgées des régions **éloignées** signalent que, face à des services locaux en français qui ne répondent pas à leurs besoins, elles préfèrent voyager plusieurs heures pour consulter des médecins anglophones, par exemple dans une province anglophone voisine.

« Je préfère faire une heure de route et avoir accès à un médecin qui prend le temps de s'occuper de moi et surtout de me comprendre. »

« Beaucoup d'entre nous préfèrent se rendre au Nouveau-Brunswick plutôt que dans un hôpital proche de chez eux, afin d'être mieux compris et mieux accueillis.

Ces défis soulignent le besoin critique d'améliorer les services locaux et les options de transport accessibles pour soutenir la santé et le bien-être des personnes âgées.

Construire une relation thérapeutique

Haut taux de roulement du personnel de santé dans les régions rurales et éloignées

Les personnes âgées sont souvent confrontées à de longues périodes d'attente pour obtenir des rendez-vous, en particulier avec des spécialistes, en raison du taux élevé de roulement dans le système de santé. Ce changement constant perturbe la continuité des soins, rendant difficile l'accès à un traitement régulier et fiable et le développement d'une relation thérapeutique basée sur la confiance. L'instabilité dans la disponibilité des spécialistes complique davantage la gestion de leur santé, augmentant ainsi leur frustration et leur incertitude quant à l'accès aux soins nécessaires.

Accès aux services dans sa langue

De nombreuses personnes âgées ont exprimé leur frustration face au manque d'accès constant aux services en anglais, en particulier dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les établissements de santé. Ce problème est aggravé par une **signalisation unilingue en français**, créant des obstacles pour les personnes anglophones qui tentent de s'orienter dans les établissements de soins et de comprendre les instructions. Ce sentiment a été partagé par plusieurs personnes participantes, dont une personne âgée vivant en milieu urbain qui a témoigné :

« À l'hôpital de Montréal, le garde a refusé de me parler en anglais, et toute la signalisation était en français. Je ne savais même pas comment me rendre à ma salle de chirurgie et j'ai dû errer dans l'immense hôpital pour trouver l'endroit. »

L'accès irrégulier aux ressources en anglais, comme les sections traduites des sites web ou les outils téléphoniques automatisés, complique davantage l'expérience des personnes âgées anglophones. Par exemple, alors que certaines parties d'un système téléphonique peuvent être traduites, d'autres ne le sont pas, ce qui entraîne de la confusion et un sentiment d'exclusion.

Le manque d'accommodements linguistiques s'étend également aux interactions avec les professionnels de la santé. De nombreuses personnes participantes ont signalé des difficultés à exprimer efficacement leurs besoins, certains professionnels étant soit réticents, soit incapables de fournir des services en anglais. Cette réalité se reflète également dans les réponses au questionnaire en ligne, où 45,33 % des participants ont souligné des défis pour recevoir des services dans leur langue (voir Tableau 3). Une personne âgée a indiqué avoir été ignorée par un professionnel de la santé, affirmant :

« Il est arrivé qu'un professionnel me dise qu'il n'avait pas le temps de s'occuper de ça. Imaginez, un médecin qui n'a pas le temps de prendre le temps de me comprendre. »

Ces barrières linguistiques génèrent un sentiment d'aliénation et réduisent la confiance envers le système de santé. Les participants ont souligné l'importance **d'améliorer la signalisation bilingue**, d'optimiser la **qualité des traductions sur les plateformes numériques** et de s'assurer que le personnel de santé soit en mesure de **répondre efficacement** aux besoins des aînés anglophones.

Table 3. Facilité d'accès des services de santé et services sociaux en anglais au Québec

		Pourcentage
Rurale	C'est toujours difficile d'accéder aux services	33.6
	Certains services sont difficiles d'accès	42.8
	La majorité des services sont accessibles	21.7
	Total	98.0
Urbaine	C'est toujours difficile d'accéder aux services	30.6
	Certains services sont difficiles d'accès	39.3
	La majorité des services sont accessibles	27.1
	Total	96.9
Éloignée	C'est toujours difficile d'accéder aux services	25.0
	Certains services sont difficiles d'accès	75.0
	La majorité des services sont accessibles	0
	Total	100

Défis associés à l'intersectorialité

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux participants ont exprimé leur sentiment d'exclusion de certains programmes et services en raison du manque d'accessibilité en anglais. Cette barrière linguistique représentait un obstacle majeur à l'accès aux soins nécessaires et alimentait des sentiments de **frustration et d'exclusion**. L'absence d'accommodements linguistiques laissait souvent les participants avec un sentiment **d'irrespect et d'impuissance**. L'accès aux services dans sa propre langue était systématiquement identifié comme essentiel pour préserver la dignité et garantir un traitement respectueux.

Les expériences de **déshumanisation** constituaient un thème récurrent, les participants décrivant fréquemment des attitudes condescendantes et infantilisantes de la part des prestataires de services, tant en milieu rural qu'urbain et éloigné.

« Ils nous traitent comme des enfants. C'est encore pire quand j'essaie de m'exprimer en français pour me faire comprendre, mais avec mon accent, c'est comme s'ils étaient encore plus convaincus que je ne suis pas capable de comprendre. »

« Ils vous font sentir diminué. Je suis vieux et j'ai du mal à m'exprimer, imaginez ça ! »

« J'étais incompréhensible. J'avais l'impression qu'il n'était pas facile de me parler et que je ne valais pas la peine qu'on prenne le temps de m'expliquer les choses et de me comprendre. »

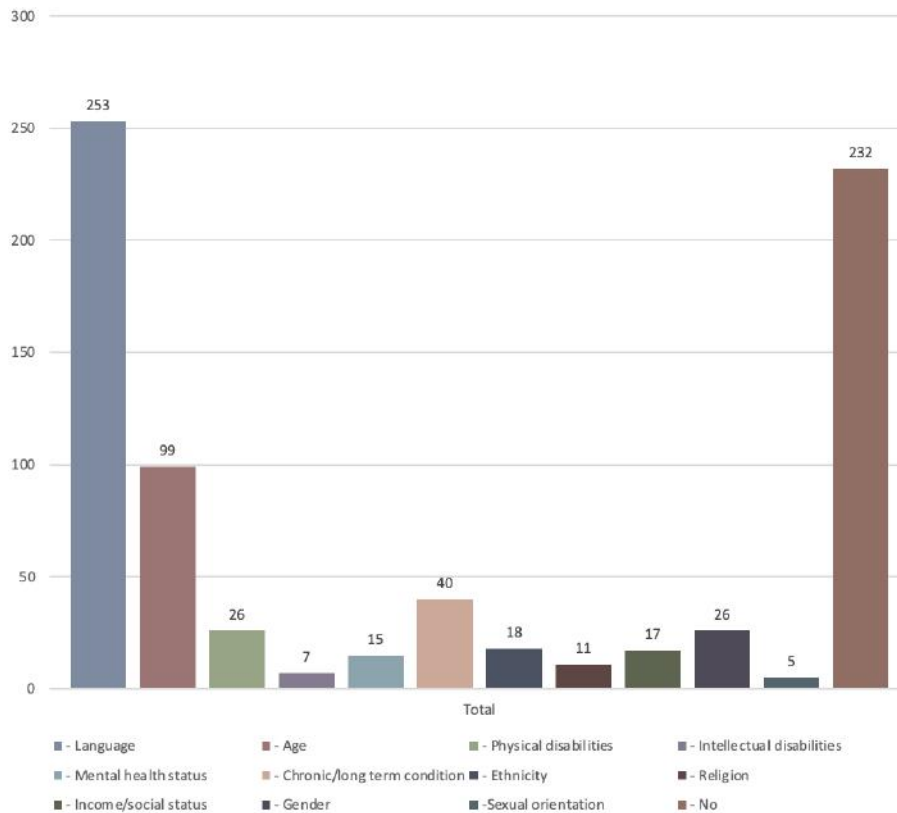
Les contraintes de temps lors des consultations médicales aggravait encore ces problèmes. Les aînés vivant en milieu rural, par exemple, ont souligné les **attentes irréalistes** imposées aux patients, comme l'a exprimé une personne participante :

« Quand vous voyez le médecin, vous n'avez que 20 minutes, et vous ne pouvez parler que d'un seul problème. Ce n'est pas réaliste. Parfois, il me faut la moitié de ce temps juste pour rassembler mes pensées et démarrer la conversation, surtout quand je dois m'exprimer en français. »

Les enjeux d'intersectionnalité, notamment ceux liés à l'âgisme, à la langue et à l'orientation sexuelle, ont exacerbé ces difficultés. La Figure 4 illustre les principales raisons invoquées par les personnes répondantes au questionnaire en ligne pour expliquer leur sentiment de stigmatisation dans les milieux de soins, ainsi que les pourcentages correspondants aux personnes ayant identifié chacune des raisons.

Les données mettent en évidence la prévalence de la stigmatisation fondée sur des facteurs tels que les **barrières linguistiques**, l'**âgisme** et d'autres questions intersectionnelles (par exemple, la présence d'une maladie chronique ou le genre), soulignant les défis auxquels font face les personnes aînées anglophones pour accéder à des soins équitables et respectueux. Certaines personnes participantes ont noté que les efforts visant à inclure les personnes aînées anglophones sont jugés superficiels, souvent limités à des gestes symboliques tels que le très utilisé « Bonjour-Hi », sans impact significatif. Les personnes participantes aux groupes de discussion focalisés ont fait écho à ces préoccupations, soulignant qu'ils se sentaient **souvent stigmatisés** en raison de leur âge ou de leur langue lorsqu'ils accédaient aux services de santé.

Figure 4. Raisons rapportées reliées au sentiment de stigmatisation



Ces expériences soulignent la nécessité d’apporter des **changements systémiques** pour créer un environnement de soins plus inclusif et plus respectueux. Il s’agit notamment d’améliorer l’accès aux services en anglais, de lutter contre les préjugés liés à l’âge et à la langue et de veiller à ce que les prestataires de soins de santé s’engagent auprès des personnes âgées de manière à affirmer leur dignité et leur individualité.

INADÉQUATION ENTRE LES EXIGENCES LIÉES À L’UTILISATION DES TECHNOLOGIES ET LES CAPACITÉS

Plus grande utilisation des technologies

De nombreuses personnes âgées ont fait état de difficultés importantes à s’adapter à la dépendance croissante à la technologie pour accéder aux services de santé. Les technologies telles que les sites internet, les systèmes de messagerie vocale et les messages automatisés sont souvent conçues dans un souci de rapidité et d’efficacité, ce qui peut entrer en conflit avec le rythme auquel de nombreuses personnes âgées naviguent dans ces outils. Ces exigences technologiques, comme cliquer rapidement pour actualiser une page de rendez-vous en ligne ou appuyer rapidement sur les boutons du téléphone

pour sélectionner des options, créent des obstacles à l'accessibilité qui touchent de **manière disproportionnée** les personnes âgées. Les participants ont fait part de la frustration et du stress causés par ces systèmes.

« Il y a de la discrimination dans la technologie, par exemple l'appel automatique avec un temps de réponse limité. »

« Il me faut peut-être deux minutes de plus qu'une personne plus jeune pour appuyer sur le bouton de rendez-vous, et comme les plages horaires se remplissent rapidement, j'ai perdu la chance d'obtenir un rendez-vous avec mon médecin. »

D'autres ont souligné les temps d'attente interminables et le manque d'interaction humaine, l'un d'eux déclarant :

« On peut rester dans l'attente jusqu'à la mort. Personne ne répond, et après avoir appuyé sur plusieurs options qui ne sont pas toujours traduites, il arrive que la ligne soit coupée. »

Ces processus automatisés manquent souvent de la flexibilité et de la patience nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées, ce qui les fait se sentir exclues et sous-estimées.

En plus des défis liés à la rapidité, les personnes âgées ont également exprimé des difficultés à s'y retrouver dans les complexités des systèmes en ligne. Pour certaines, même des tâches de base comme se connecter ou naviguer sur des sites internet peuvent sembler écrasantes. Une personne participante en milieu urbain a déclaré :

« Je me sens vieux sur Internet, c'est difficile de naviguer. Cela prend beaucoup de temps. »

Cette frustration est aggravée par le manque de convivialité et le manque de soutien pour les personnes âgées qui sont peut-être moins familiers avec les outils numériques. Avec l'avènement des modules en ligne et des opérations supportées par l'intelligence artificielle, certains voient là une solution pour faciliter l'obtention d'informations en anglais, mais la plupart craignent que cela ne fasse qu'exacerber la réticence des autorités à financer des opérateurs bilingues pour répondre au téléphone et pour parler par exemple, des services disponibles.

Ces obstacles entravent non seulement l'accès des personnes âgées aux services essentiels, mais exacerbent également le sentiment d'aliénation et d'impuissance. De nombreux participants ont souligné la nécessité de solutions technologiques plus accessibles et inclusives. Parmi les suggestions, citons la simplification des plateformes en ligne, la fourniture d'instructions plus claires et la garantie de

la disponibilité d'options alternatives non numériques telles que des opérateurs ou une assistance en personne. En relevant ces défis, les fournisseurs de services peuvent créer des systèmes qui répondent mieux aux besoins des personnes âgées, favorisant l'inclusion et garantissant un accès équitable aux ressources essentielles.

Les technologies non traduites

Les personnes âgées ont fait part de leur frustration face à l'**accessibilité inégale** à des sites internet et des systèmes téléphoniques automatisés en anglais, alors que certaines parties sont traduites et d'autres ne le sont pas. Cela crée de la confusion, en particulier dans les situations d'urgence. Comme l'a fait remarquer une personnes participante du milieu urbain :

« Pourrai-je parler en français au téléphone en cas d'urgence ? J'y parviens souvent, mais si c'est urgent et que je dois comprendre des instructions en français, j'ai peur de ne pas pouvoir le faire. »

Ces défis soulignent la nécessité d'un soutien en anglais cohérent et de haute qualité sur toutes les plateformes technologiques pour assurer un accès équitable aux aînés anglophones.

La terreur des soins de longue durée

L'ensemble des personnes participantes, peu importe la région, expriment de vives inquiétudes quant aux soins de longue durée, ayant des craintes concernant la qualité, l'accessibilité et la personnalisation des services. Nombre d'entre eux craignent de perdre leur indépendance et d'être placées dans des établissements où des soins attentionnés et personnalisés ne sont pas garantis. Dans les régions rurales et éloignées, ces craintes sont exacerbées par la disponibilité irrégulière du personnel médical et l'accès limité aux services spécialisés. Les personnes âgées craignent particulièrement que leurs besoins physiques, émotionnels et sociaux ne soient satisfaits et qu'ils n'aient pas leur mot à dire dans les décisions qui ont une incidence sur leurs soins.

« Nous nous inquiétons de la façon dont nous serons traités. Nous devons être inclus dans le processus. »

Pour les personnes âgées anglophones, en particulier celles qui vivent dans des régions majoritairement francophones ou bilingues, les soins de longue durée présentent des défis supplémentaires. Les barrières linguistiques peuvent entraver la communication efficace avec les soignants, ce qui suscite la crainte d'être mal comprises ou de recevoir des soins inadéquats. Dans les régions éloignées, il est particulièrement difficile de retenir des professionnels de la santé anglophones,

ce qui limite encore davantage l'accès aux services essentiels de soins de longue durée. Ces aînés sont particulièrement soucieux de **recevoir des soins de fin de vie dignes dans leur langue**, ce qu'ils considèrent comme essentiel pour maintenir leur confort et leur respect.

« Est-ce que je pourrai bénéficier d'un accompagnement renforcé en fin de vie en anglais ? »

« À une étape aussi importante, j'entends dire qu'il est parfois difficile de dicter nos dernières volontés en anglais. Imaginez ne pas être capable de comprendre les instructions de fin de vie, c'est impossible ! »

BESOINS ET PRIORITÉS

Les personnes participantes aux groupes de discussion ont été invitées à identifier leurs besoins et priorités pour les années à venir afin d'améliorer les soins et les services dont ils ont besoin pour maintenir leur santé et leur bien-être. Certains besoins et priorités ont été nommés par tous les groupes, alors que d'autres ont été mis en évidence plus spécifiquement dans certains groupes de discussion. Le tableau 4 suivant résume les éléments discutés.

Table 4. Besoins et priorités exprimés par les personnes aînées

Besoins	Priorités
<p>Améliorer l'accès à</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation et support quant à l'utilisation des technologies de santé - signalisation bilingue dans les établissements de santé - un médecin de famille <p>Obtenir des services légaux en anglais</p> <ul style="list-style-type: none"> - relatifs aux soins de fin de vie sans coût supplémentaire. <p>Augmenter les ressources humaines et financières</p> <ul style="list-style-type: none"> - des organismes communautaires impliqués dans le soutien des personnes aînées anglophones; - pour des traducteurs dans les soins de fin de vie 	<p>Améliorer et soutenir les soins de longue durée et les soins de fin de vie</p> <p>Augmenter la reconnaissance des proches aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> - temps et financière - soutenir le rôle des proches aidants en leur offrant de la formation <p>Être en mesure d'expliquer et d'être compris dans sa langue en lien avec ses enjeux de santé</p> <p>Sensibiliser les professionnels à la déstigmatisation</p> <p>Améliorer l'expérience utilisateur de la technologie et réduire l'utilisation de la messagerie vocale, des messages enregistrés, au profit d'une présence humaine.</p>

Besoins

Pour répondre aux défis auxquels font face les personnes âgées anglophones, plusieurs améliorations clés ont été identifiées par cette population. D'abord, offrir un accès à **de la formation et du soutien dans l'utilisation des technologies** liées aux services de santé aiderait les personnes âgées à naviguer plus efficacement dans des systèmes de santé de plus en plus numériques. Plusieurs personnes âgées ont de la difficulté à gérer les rendez-vous en ligne et les systèmes automatisés, qui nécessitent souvent des réponses rapides ou des actions spécifiques. En plus de la formation (qui dépend de chaque individu), il serait essentiel que les logiciels ne privilégient pas l'accessibilité des jeunes ou des personnes sans handicap au profit de ceux qui nécessitent plus de temps pour utiliser les fonctionnalités.

De plus, obtenir des **services juridiques liés aux soins de fin de vie** en anglais sans frais supplémentaires est identifié comme crucial. Les personnes âgées doivent avoir l'assurance que leurs volontés seront respectées et comprises dans la langue de leur choix, sans avoir à supporter des charges financières supplémentaires.

Une autre amélioration importante serait **d'assurer une signalisation bilingue** dans les milieux de soins, ce qui permettrait aux personnes âgées anglophones de naviguer plus confortablement dans les établissements de santé. La signalisation unilingue française crée souvent de la confusion et exacerbe le sentiment d'isolement de ces personnes.

Il importe également d'augmenter les **ressources financières et humaines** des organismes communautaires qui travaillent avec les personnes âgées anglophones. Ces organismes jouent souvent un rôle vital en offrant un soutien essentiel pour s'orienter dans les services de santé et surmonter les barrières linguistiques.

Enfin, il est essentiel d'améliorer **l'accès aux médecins de famille** pour tous les aînés, mais particulièrement pour ceux qui vivent dans des régions rurales ou éloignées, où la pénurie de professionnels de la santé est plus aiguë. Un accès constant à un médecin de famille permet aux personnes âgées de recevoir des soins continus et personnalisés.

Priorités

En ce qui concerne les priorités identifiées par les personnes âgées anglophones pour soutenir leur bien-être, ces dernières ont identifié des priorités globales, et d'autres priorités étaient spécifiques à

certaines régions. Parmi les priorités globales, les personnes participantes ont suggéré d'améliorer et de **valoriser les soins de longue durée et de fin de vie** et **d'accroître la reconnaissance des proches aidants** (donner plus de ressources; ex. temps et financières). Une façon d'y parvenir, ont-elles suggéré, serait de valoriser le rôle des proches aidants par la formation et la reconnaissance financière.

Les personnes participantes ont également identifié **l'humanisation des services** comme une priorité, tant au niveau des personnes que de la technologie. Sur le plan humain, cela passe par la sensibilisation des professionnels à la déstigmatisation (âge, langue, orientation sexuelle). Sur le plan technologique, il s'agit d'améliorer l'expérience des usagers en réduisant l'utilisation de la messagerie vocale, des messages enregistrés, etc., au profit d'une présence humaine.

Une autre priorité identifiée par l'ensemble des personnes participantes est de **recevoir des soins et des services en anglais**, afin de pouvoir expliquer ses problèmes de santé et être compris, ainsi que de comprendre les professionnels impliqués. Les personnes âgées rencontrées ont souligné que leur capacité à s'exprimer dans leur deuxième langue (p. ex. le français) diminue avec l'âge. Il est pourtant impératif de se faire comprendre lorsqu'il s'agit de notre santé et de nommer nos besoins en termes de suivi médical. Il est donc important, notamment dans les milieux de soins de longue durée, de pouvoir faire appel aux services de traducteurs ou d'assistants.

Parmi les priorités spécifiques aux personnes âgées de certaines régions, ceux des régions **rurales et éloignées** ont souligné qu'il fallait accorder la **priorité à l'amélioration de la qualité des services à domicile**. Plus spécifiquement, les personnes âgées anglophones des régions éloignées ont identifié l'accès aux services de soins à domicile comme une priorité.

Le modèle pour promouvoir la santé et le bien-être

Les personnes participant aux groupes de discussion et les répondants au questionnaire en ligne ont été invités à formuler des commentaires sur les priorités identifiées dans le Modèle communautaire pour la promotion de la santé et du bien-être des aînés anglophones du Québec (développé par le CHSSN). Les questions suivantes ont été posées : Ces priorités reflètent-elles fidèlement les priorités actuelles des aînés anglophones? Faut-il ajouter des catégories?

Le questionnaire en ligne a démontré que **85 % (n=470) des répondants** considèrent que les priorités sont **appropriées**. Parmi les répondants, 23 % ont suggéré d'ajouter les **soins de longue durée et de fin de vie** aux priorités, dans le but d'améliorer la qualité des soins à domicile, l'accès à un soutien

juridique en anglais et une approche compassionnelle et digne en fin de vie. Parmi les répondants, 13 % ont suggéré d'ajouter la **prévention de la maltraitance** envers les aînés sous toutes ses formes, y compris la maltraitance organisationnelle dans les soins de longue durée.

Dans les groupes de discussion, les personnes participantes ont jugé que les priorités étaient **appropriées**. Ils ont suggéré d'ajouter/intégrer la **santé mentale et le bien-être**, et de souligner l'importance d'une **vie pleine de sens** tout en évitant de normaliser la dépression chez les aînés. Plusieurs participants ont également souligné l'importance de mettre l'accent sur la **prévention et la promotion de la santé**, et de mettre l'accent sur l'inclusion des aînés plutôt que sur la réduction de l'isolement.

DISCUSSION

En s'appuyant sur les multiples perspectives et expériences des personnes aînées anglophones du Québec, ce projet de recherche avait trois objectifs principaux.

Tout d'abord, le projet visait à dresser un portrait des défis et des besoins des personnes aînées anglophones du Québec en vue de maintenir leur santé et leur bien-être. Bien que de nombreux défis en matière de soins de santé soient partagés par plusieurs personnes aînées, les personnes aînées d'expression anglophone font face à des enjeux supplémentaires liés aux barrières linguistiques. Il s'agit notamment de la **difficulté d'accès aux services, de l'exclusion** des processus décisionnels et du fardeau émotionnel associé au sentiment d'être déshumanisé ou ignoré. Le recours croissant à la technologie aggrave ces défis, car de nombreuses personnes aînées ont du mal à s'y retrouver dans des systèmes complexes qui manquent souvent de soutien linguistique adéquat. Les services de santé utilisés, en plus des visites chez le médecin de famille et de l'utilisation des services communautaires, varient selon le type de région habitée. Dans les zones rurales, l'aide des proches aidants est considérée comme essentielle, tandis que dans les régions éloignées, les gens déclarent que l'entraide des membres de la communauté est précieuse et constitue leur principal filet de sécurité. En octobre 2020, le gouvernement du Québec a adopté la « Loi visant à reconnaître et à soutenir les proches aidants », affirmant l'importance de leur contribution à la société. Cette politique a servi de fondement à la Politique nationale des proches aidants, qui vise à améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être de ces personnes, peu importe l'âge, le milieu de vie ou la nature du handicap des personnes qu'ils accompagnent. La politique s'articule autour de quatre valeurs fondamentales : la dignité, la solidarité, la bienveillance et l'équité. Elle propose des actions concrètes, telles que l'amélioration des services de répit, le développement des centres de jour, le renforcement des services psychosociaux et

l'augmentation du soutien aux organismes communautaires dédiés aux proches aidants. Cette approche globale vise à reconnaître la diversité des réalités vécues par les proches aidants, et à leur offrir un soutien adapté à leurs besoins spécifiques. Il nous semble essentiel de mieux comprendre comment cette politique s'articule avec les services de proximité offerts en milieu rural et éloigné, où les proches aidants sont cruciaux.

Le deuxième objectif de ce projet était d'identifier avec les personnes âgées anglophones du Québec leurs priorités quant aux améliorations possibles dans le secteur de la santé pour favoriser leur santé et leur bien-être. Ces priorités sont principalement liées à l'accès à des soins de qualité, empreints de respect et d'humanisme. La qualité des **services de soutien à domicile et des soins de fin de vie** a été largement soulignée par les participants. La « Loi concernant les soins de fin de vie du Québec », adoptée en 2014, établit un cadre juridique pour l'accès aux soins palliatifs et à l'aide médicale à mourir, mettant l'accent sur le respect de la dignité, de l'autonomie et des volontés des patients. Cette loi ne mentionne toutefois pas explicitement les minorités linguistiques, comme les communautés anglophones ou allophones, en ce qui concerne l'accès aux soins de fin de vie. Dans les régions éloignées, l'importance de trouver des stratégies pour attirer et retenir les spécialistes a été au cœur de plusieurs discussions. De plus, l'importance de ne pas s'appuyer uniquement sur la technologie comme élément clé pour offrir des services et des informations en anglais a été soulignée. La fracture numérique et l'exclusion technologique des personnes âgées ont déjà fait l'objet de nombreuses études (e.g. Charmakeh, & al., 2017; Mubarak, & Suomi, 2022; Paul, & Stegbauer, 2005), abordant des enjeux multidimensionnels affectant leur autonomie, leur santé et leur participation sociale. L'incapacité à utiliser les outils numériques limite l'accès à des services essentiels, comme les soins de santé ou les démarches administratives, renforce l'isolement social dans un monde de plus en plus connecté. Cette exclusion accroît les inégalités socio-économiques, notamment pour les seniors vivant en milieu rural ou en situation de précarité financière. Elle peut également affecter leur santé mentale, générant des sentiments d'incompétence et d'exclusion sociale. Face à ces défis, des solutions telles que des formations numériques adaptées, des interfaces simplifiées et un soutien intergénérationnel sont essentielles pour favoriser un vieillissement inclusif et connecté. Pour les personnes âgées d'expression anglophone, il est important de s'assurer que tous les processus numériques sont correctement traduits et qu'ils ne tombent pas dans des processus incompréhensibles et déroutants.

Enfin, le troisième objectif de ce projet était de revoir le modèle développé par le CHSSN en 2019 afin de le valider et de l'ajuster du point de vue des personnes âgées concernées. Ce modèle **a été largement appuyé** par les participants. Son caractère multidimensionnel, cohérent avec l'hétérogénéité

du vieillissement, semble avoir rendu ses catégories aptes à représenter les besoins des aînés anglophones.

REFERENCES

- Angel, J. L., & Angel, R. J. (2006). Minority group status and healthful aging: Social structure still matters. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1152-1159.
- Agence de la santé publique du Canada (2020). *Vieillesse et maladies chroniques: profil des aînés canadiens*. En ligne: <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/vieillesse-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-rapport.html>
- Bauer, Georg & Davies, John & Pelikan, Jürgen. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*. 21. 153-9. 10.1093/heapro/dak002.
- Charmarkeh, H., Lagacé, M., Charmarkeh, H., & Lagacé, M. (2017). Seniors and technologies: Issues of inclusion and exclusion. *Canadian journal of communication*, 42(2), 189-194.
- Cohen, S. A., & Greaney, M. L. (2023). Aging in rural communities. *Current epidemiology reports*, 10(1), 1-16.
- Coop Carbone. (2018). Les milieux ruraux du québec : portraits régionaux. Rapport rédigé pour Solidarité rurale du Québec. Rapport disponible à <https://tousruraux.quebec/wp-content/uploads/2018/05/portrait-milieuxruraux-coopcarbone-2018.pdf>
- Éthier, A. & Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès : une étude de portée. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (18), 197–234. <https://doi.org/10.7202/1089185ar>
- Gauthier, J., Haggerty, J., Lamarche, P., Levesque J-F., Morin, D., Pineault, R., & Sylvain, H. (2009). Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées. Rapport disponible à <https://www.inspq.qc.ca/es/node/3083>
- Gouvernement du Canada (2022). Rapport sommaire : Consultations sur le renouvellement du Programme pour les langues officielles en santé 2023 – 2028. Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-canada-programme-contribution-pour-langues-officielles-sante/consultations-renouvellement-2023-2028-sommaire.html>
- Gouvernement du Québec (2020). Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement : Politique nationale pour les personnes proches aidantes. Disponible à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>
- Henrard, J. C. (2002). Les multiples facettes du vieillissement. *Santé, société et solidarité*, 1(2), 13-19.
- Kinsella, K. (2001). Urban and rural dimensions of global population aging: an overview. *The Journal of Rural Health*, 17(4), 314-322.

- LISA (2022). Agir sur l'offre de menus travaux dans son territoire : Faits saillants d'une exploration réalisée dans la MRC des Basques. Rapport disponible à https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2022/11/RapportSynthese_MenusTravaux_Aout2022_VF.pdf
- Moore, K. (2020). Healthy Places. Enquiry The ARCC Journal for Architectural Research. 17. 1-20. 10.17831/enq:arcc.v16i2.1071.
- Mubarak, F., & Suomi, R. (2022). Elderly forgotten? Digital exclusion in the information age and the rising grey digital divide. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 59, 00469580221096272.
- Paul, G., & Stegbauer, C. (2005). Is the digital divide between young and elderly people increasing?. First Monday.
- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C., Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. Nursing Open, 6(3), 733-739.
- Ticala, R. (2020). Efficacité organisationnelle d'organismes communautaires en sécurité alimentaire situés en milieux ruraux, semi-urbains et urbains au Québec. Mémoire présenté à l'Université de Montréal. Disponible à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/24486/Ticala_Raluca_2020_memoire.pdf?sequence=3&isAllowed=y