



Gouvernement  
du Canada  
Conseil consultatif national  
sur le troisième âge

Government  
of Canada  
National Advisory  
Council on Aging

# Les aînés des minorités ethnoculturelles



Aînés en marge

Canada

# Aînés en marge

Les aînés des minorités  
ethnoculturelles

Pour plus de renseignements sur ce document ou pour signifier un changement d'adresse, communiquer avec :

Conseil consultatif national sur le troisième âge  
Indice de l'adresse : 1908A1, 8<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario)  
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968  
Télééc. : (613) 957-9938  
Courriel : [info@naca-ccnta.ca](mailto:info@naca-ccnta.ca)  
Internet : [www.ccnta.ca](http://www.ccnta.ca)

Cette publication est disponible, sur demande, en formats substitués. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

La Division du vieillissement et des aînés, Agence de santé publique du Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Dans le présent document, l'usage générique du masculin est employé pour représenter les hommes et les femmes et uniquement dans le but d'alléger le texte.

**AÎNÉS EN MARGE...** est une série de documents présentant les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aînés en marge ou à risque de le devenir.

1<sup>ère</sup> impression, 2005

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux  
Canada 2005

Cat. : H88-5/1-2005F  
ISBN : 0-662-68396-X

Photos en couverture : Santé Canada

Préface	1
Introduction	2
Définitions	2
Aperçu	3
Enjeux	4
Revenu	5
<i>Recommandations</i>	7
Santé physique	8
Santé mentale	9
Utilisation des soins de santé	10
Soins prolongés	13
<i>Recommandations</i>	14
Soutien familial et services communautaires	15
<i>Recommandations</i>	17
Besoins en matière d'information	19
<i>Recommandations</i>	20
Conclusion	22
Remerciements	23
Annexe	24
Références*	25

\*Une bibliographie complète est disponible dans le document du même titre affiché dans le site Web du Conseil : [www.ccnta.ca](http://www.ccnta.ca)

# Les aînés des minorités ethnoculturelles

## Préface

D'ici 2021, les aînés constitueront 18 % de la population du Canada, comparativement à 12,5 % en 2000. Ce vieillissement de la population canadienne crée un besoin en matière de politiques, de programmes et de services adaptés. Alors que la conscience collective de ce besoin augmente et que certains changements prennent lentement forme, nous devons nous demander si l'effort d'adaptation de notre société tient compte des aînés du Canada qui ne font pas partie de la majorité... ceux des minorités ethniques, ceux qui vivent avec un handicap, ceux qui sont vulnérables sur le plan économique, etc.

Selon une définition de l'UNESCO, « le phénomène de marginalisation se manifeste lorsque les gens sont systématiquement exclus d'une participation économique, sociale, politique, culturelle et de toute autre forme d'activité humaine significative qui se tient dans leur communauté, et qu'ils sont ainsi privés de l'occasion de s'accomplir en tant qu'être humain ». Dans un pays comme le nôtre, qui se targue d'offrir des chances égales à tous ses citoyens, comment les aînés marginalisés s'en sortent-ils?

La série **Aînés en marge** du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) explore la situation des aînés canadiens qui, parce qu'ils ne font pas partie de la majorité, n'ont peut-être pas accès aux ressources nécessaires pour vieillir en santé. Dans cette série, le CCNTA examine les causes et les enjeux de la marginalisation et propose des stratégies et des recommandations. Le présent document se penche sur la situation des aînés du Canada qui font partie des *minorités ethnoculturelles*.

*Conseil consultatif national sur le troisième âge*

**Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA)** est un corps indépendant formé de citoyens nommés en vertu d'un décret en Conseil. Son mandat est de conseiller le ministre fédéral de la Santé en matière de santé des aînés et du vieillissement de la population canadienne.

## Introduction

Non seulement la population canadienne vieillit, mais elle devient de plus en plus diversifiée. Le recensement de 2001 nous indique qu'il y a plus de 200 groupes ethniques au Canada. Toutefois, le plupart des programmes et des politiques continuent de considérer les aînés comme un groupe homogène, et la diversité des besoins, des préoccupations et des situations des aînés des minorités ethnoculturelles est souvent ignorée.

Ce document examine les principaux défis et obstacles auxquels peuvent être confrontés les aînés des minorités ethnoculturelles – relativement au revenu, à la santé, aux soins de santé et au soutien familial ou communautaire – et propose des orientations stratégiques pour assurer le bien-être de ces personnes.

## Définitions

Le terme « aînés des minorités ethnoculturelles » désigne les personnes suivantes :

- aînés dont l'ethnie, la religion, la race ou la culture diffère de celle de la majorité des Canadiens (qu'ils soient nés au Canada ou non)
- immigrants\* ayant vieilli au Canada
- aînés ayant immigré au Canada à un âge tardif

Chacun de ces groupes d'aînés des minorités ethnoculturelles fait face à des situations et à des problèmes particuliers qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Par exemple, un aîné ayant récemment immigré fera face à des défis différents de ceux d'un aîné ayant immigré il y a 30 ans; un aîné immigrant de race blanche rencontrera des problèmes différents de ceux d'un aîné qui est né au Canada, mais qui fait partie d'une minorité visible.

\*Le terme « immigrant » réfère dans ce document à une personne qui est, ou a déjà été un immigrant admis au Canada.

Ces membres des minorités ethnoculturelles partagent surtout une situation qui peut créer des obstacles et faire d'eux une population à risque de marginalisation.

## Aperçu

La population des aînés du Canada comporte une large proportion d'immigrants qui se sont établis au pays pendant la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle. Il y a également un petit segment de la population d'immigrants qui se sont installés au pays à un âge plus tardif. De plus, un nombre assez important d'immigrants sont sur le point de devenir « aînés ».

En 2001 :

- 71,4 % des aînés du Canada étaient nés au Canada et 28,4 % y avaient immigré.
- Parmi les aînés ayant immigré au Canada, 61 % étaient arrivés avant 1961, 24 % dans les années 60 et 70 et 15 % entre 1981 et 1996.
- 19,4 % des immigrants avaient 65 ans et plus, dont 6,2 % avaient immigré au cours des dix dernières années.
- Les immigrants de 45 à 64 ans constituaient 35,6 % de la population immigrante, dont 13,6 % étaient arrivés au cours des dix dernières années.

En raison de l'évolution de l'immigration, la provenance des immigrants est passée de l'Europe (longtemps le principal continent d'émigration au Canada), à l'Asie, à l'Afrique et au Moyen-Orient. La population canadienne compte donc maintenant un

grand nombre de cultures, de religions et de langues. Par exemple, en 1994, seulement 17 % des immigrants provenaient de l'Europe tandis que 57 % venaient de l'Asie. La population immigrante augmente plus rapidement que la population globale du pays. Entre 1996 et 2001, la population totale a augmenté de 4 % alors que la population des minorités visibles a augmenté de 25 %. On prévoit que la population des minorités visibles canadiennes sera de 7,1 millions en 2026, alors qu'elle était de 2,7 millions en 1996.

Il est donc nécessaire de comprendre les défis auxquels sont confrontés les aînés des minorités ethnoculturelles. Comme ces défis les rendent susceptibles d'être « marginalisés », il faut prendre la diversité ethnique et culturelle en considération lors de l'élaboration des politiques et des programmes concernant les aînés.

## Enjeux

Un certain nombre de facteurs contribuent à la marginalisation des aînés des minorités ethniques. Les obstacles aux soins de santé et autres services comme ceux causés par les différences de langue et de culture, la discrimination et le racisme, ou le manque d'accès à des sources de revenu, peuvent mener à des situations d'isolement, de dépendance et de pauvreté. D'autres facteurs comme le lieu de naissance, l'âge à l'immigration et le nombre d'années de travail depuis l'immigration peuvent aussi jouer un rôle quant au nombre d'obstacles à surmonter. Toutefois, la marginalisation ne touche pas seulement les personnes nées à l'extérieur du Canada. Beaucoup d'aînés des minorités ethnoculturelles nés au Canada font face à des difficultés découlant du racisme et de l'ignorance. Pour trouver des solutions permettant de répondre aux besoins d'une population vieillissante de plus en plus diversifiée, il faudra un effort de collaboration de la part des fournisseurs de soins de santé, du gouvernement, des organismes de service ainsi que des aînés des minorités ethnoculturelles eux-mêmes.

## Revenu

Les améliorations au bien-être économique des aînés ne sont pas ressenties également au sein de la population. En 1995, les immigrants âgés (hommes) avaient un revenu inférieur de 8,5 % à celui des hommes nés au Canada et les immigrantes âgées avaient un revenu inférieur de 9,2 % à celui des femmes nées au Canada<sup>1</sup>. Chez les immigrants âgés, surtout chez les femmes, le taux de pauvreté est plus élevé que chez les aînés nés au Canada. En 1995, 17,5 % des immigrants âgés et 26,5 % des immigrantes âgées avaient un faible revenu, comparativement à 11,5 % des aînés non-immigrants et à 23 % des aînées non-immigrantes<sup>2</sup>.

Cette inégalité s'explique en partie par le fait que le système de pension du Canada tient pour acquis que les gens économiseront durant leurs années de travail en vue de préparer leur retraite. Toutefois, pour les aînés qui arrivent au Canada au milieu de leur vie, leur entrée tardive sur le marché du travail canadien signifie qu'ils ont moins de temps que la majorité des Canadiens pour économiser de l'argent en vue de leur retraite. De plus, les immigrants arrivent habituellement au pays avec peu d'argent. Par contre, même si, par le passé, les immigrants avaient habituellement un revenu inférieur à la moyenne de l'ensemble de la population dans leurs premières années au pays, la plupart réussissaient éventuellement à rattraper leurs concitoyens nés au pays. Il semble toutefois que cela soit de plus en plus rarement le cas. Le Conseil canadien de développement social s'inquiète du fait que les nouveaux immigrants ont plus de difficultés à se tailler une place sur le marché du travail que leurs prédécesseurs, et qu'il est possible que leur revenu n'atteigne jamais la moyenne canadienne<sup>3</sup>.

Le désavantage financier des immigrants du Canada est clairement illustré par le fait que la perspective de la retraite est beaucoup plus incertaine chez les adultes immigrants que chez leurs homologues non immigrants. Selon les résultats de récents sondages nationaux, près de la moitié des immigrants non

retraités âgés de 45 à 59 ans ne savent pas s'ils vont prendre leur retraite ou quand ils vont la prendre. La moitié de ces gens ont également exprimé leurs inquiétudes au sujet de leur préparation financière en vue de la retraite. En comparaison, le tiers seulement des pré-retraités d'origine canadienne ne planifient pas leur retraite ou ne savent pas quand ils la prendront et ne se sentent pas prêts financièrement à le faire<sup>4</sup>.

La situation financière des nouveaux immigrants âgés est encore moins rassurante. En effet, plus l'âge au moment de l'immigration est élevé, plus l'immigrant risque d'être pauvre<sup>5</sup>. Pour ceux qui ont immigré plus vieux, l'accès à des sources de revenu est très difficile. Ayant peu travaillé au Canada, voire pas du tout (n'étant donc pas admissibles aux régimes de retraite du Canada et du Québec), et ne répondant pas aux critères selon lesquels il faut y avoir résidé pendant au moins dix ans pour avoir droit à des prestations de la Sécurité de la vieillesse, il est fort probable que plusieurs immigrants âgés ne puissent pas obtenir une pension de l'État. De plus, même après dix ans, ils ne seront admissibles qu'à des prestations partielles et ne pourront recevoir des prestations complètes jusqu'à ce qu'ils aient vécu au Canada pendant 40 ans.

En outre, leurs possibilités d'emploi sont limitées. Les différences culturelles et linguistiques, la non-reconnaissance de diplômes obtenus à l'étranger ainsi que certains obstacles structurels causés par le racisme peuvent entraver l'accès aux occasions de formation et d'emploi. De plus, les politiques sur la retraite obligatoire à 65 ans peuvent accroître grandement les difficultés économiques des personnes qui dépendent d'un revenu d'emploi.

Les membres des minorités visibles nés au Canada sont également une population plus à risque face à la pauvreté que les autres Canadiens d'origine. Selon une étude, leur revenu est inférieur à celui des autres Canadiens d'origine même lorsque des facteurs comme l'expérience de travail et le niveau de sco-

larité sont pris en compte. Cela nous laisse croire qu'il y a de la discrimination dans les pratiques relatives à l'embauche et au milieu de travail<sup>6</sup>.

## Recommandations pour le revenu

Que les gouvernements provinciaux, en collaboration avec le gouvernement fédéral :

- 1) Abolissent les politiques de retraite obligatoire et modifient les lois fédérales et provinciales relatives aux droits de la personne qui permettent la discrimination fondée sur l'âge, afin que les aînés des minorités ethnoculturelles puissent continuer à gagner un revenu.
- 2) De concert avec les organismes professionnels, facilitent la reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger ainsi que des compétences professionnelles.
- 3) Apportent de l'aide aux organismes afin qu'ils offrent aux immigrants âgés des possibilités de formation, de recyclage, de perfectionnement, de réadaptation professionnelle et de placement.
- 4) Créent des programmes de placement à l'intention des aînés là où ils n'existent pas, comme des programmes gouvernementaux prévoyant le versement de subventions aux employeurs qui embauchent des aînés à des postes à temps plein ou à temps partiel.

## Santé physique

La culture est un facteur déterminant de la santé. Les valeurs culturelles d'une personne peuvent influencer sur ses perceptions de la santé et de la maladie, ses attitudes vis-à-vis celles-ci, ses décisions de consulter ou non des professionnels du domaine, et même sa perception de la gravité d'un problème de santé. La santé est aussi influencée par les valeurs de la société dans laquelle nous vivons. Les valeurs façonnent les attitudes qui contribuent au maintien de conditions de stigmatisation, de perte ou de dévaluation de la langue et de la culture ainsi qu'au manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture. Tout cela se répercute sur la santé et le bien-être. Par exemple, le taux de diabète est plus élevé chez certains groupes, dont les Canadiens d'origine asiatique ou africaine. Cela s'explique en partie par le fait que, souvent, les membres des groupes ethniques minoritaires ne passent pas de tests de dépistage de la maladie en raison de barrières linguistiques et culturelles. De plus, la majorité de l'information concernant le diabète et les modes de vie sains (sur la diète et l'exercice, par exemple) est rédigée à l'intention des groupes linguistiques et culturels dominants. Très peu de programmes d'information sur la prévention et la gestion du diabète ciblent les aînés des minorités ethnoculturelles.

Comme le diabète constitue un problème de plus en plus grave chez les aînés de certains groupes ethniques, le Conseil ethnoculturel du Canada a récemment conçu et mis à l'essai divers outils d'information multilingues traitant du diabète et de l'activité physique. Les organismes ethnoculturels ont cependant besoin d'aide pour adapter et diffuser ces ressources au sein des collectivités qu'ils desservent.

La consommation de médicaments est aussi influencée par l'origine ethnique et la culture. Le recours à la médecine traditionnelle de leur culture est une pratique assez fréquente chez certains immigrants. L'utilisation combinée de remèdes traditionnels et de médicaments occidentaux peut produire des réactions indésirables et, souvent, les médecins ignorent que leurs patients âgés utilisent les deux types. Une étude auprès de Canadiens âgés d'origine chinoise a montré que certains ne disent pas à leur médecin qu'ils font appel à leur médecine traditionnelle de peur d'être ridiculisés ou d'en être dissuadés. Constatant cela, les chercheurs ont souligné l'importance de comprendre non seulement les effets physiologiques de la consommation de médicaments et remèdes, mais également le contexte social entourant leur utilisation chez les minorités culturelles<sup>7</sup>.

## Santé mentale

La santé mentale est un autre secteur préoccupant en ce qui a trait aux aînés des minorités ethnoculturelles, surtout ceux qui ont immigré récemment, car les problèmes sont trop souvent non diagnostiqués et non traités. Le Conseil ethnoculturel du Canada a constaté que plusieurs personnes ne répondaient pas aux questions sur la santé mentale dans ses sondages. Selon le Conseil, les questions relatives à la santé mentale demeurent privées dans bien des cultures. À cela s'ajoute que la plupart des services de santé mentale sont mal adaptés aux besoins des minorités ethniques, de sorte que même les aînés en quête d'aide n'obtiennent pas nécessairement le secours dont ils ont besoin. Une étude auprès d'aînés d'origine chinoise vivant au Canada a révélé que même si les personnes de ce groupe se disent en moins bonne santé mentale et présentent plus de symptômes de dépression que l'ensemble de la population âgée, leur niveau d'utilisation des services de santé mentale est extrêmement faible<sup>8</sup>. En plus des problèmes de santé mentale que peuvent causer les pertes liées au vieillissement chez les aînés de toutes les cultures (par exemple, perte d'un proche, d'une capacité physique, d'un travail rémunéré, d'identité ou de statut), les



immigrants âgés doivent composer avec un ensemble de facteurs de stress liés au fait qu'ils ont quitté leur terre natale. Le fait d'être retiré de sa culture d'origine, de mal comprendre la culture dominante, d'être confronté à des barrières linguistiques et de souffrir d'un manque de contacts significatifs avec des gens autres que les membres de la famille peut mener à l'isolement et à la dépression. Les immigrantes âgées sont très à risque face aux problèmes de santé mentale, car elles sont un des segments de la population les plus aux prises avec l'isolement<sup>9</sup>. Les femmes âgées qui ont rejoint leur famille au Canada se retrouvent souvent dans le rôle d'aidante pour leurs petits-enfants, un rôle qui peut les isoler de leurs pairs, ce qui les rend plus vulnérables face à la dépression et à la solitude<sup>10</sup>.

## Utilisation des soins de santé

Les aînés des minorités ethnoculturelles font face à plusieurs obstacles quant à l'accès aux soins de santé. Les croyances culturelles particulières au sujet de la maladie et de la santé influencent les perceptions de la maladie ainsi que l'utilisation que l'on peut faire des soins de santé. Elles peuvent ainsi influencer la décision d'un aîné à consulter ou non un professionnel de la santé<sup>11</sup>. Les barrières linguistiques peuvent aussi faire en sorte que des aînés ne sont pas en mesure d'expliquer leur problème

Une étude menée auprès des immigrants âgés résidant en Ontario et originaires d'Asie, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et d'Afrique, a démontré que ces derniers ont moins recours aux services de soins à domicile que les personnes âgées nées au Canada et celles provenant d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Australie. Les chercheurs ont supposé que cela pouvait être dû en partie au fait qu'ils ne connaissent pas ces services communautaires et à domicile ou qu'ils les trouvent mal adaptés à leurs besoins culturels<sup>12</sup>.

de santé et le type de service dont ils ont besoin ou de déterminer si le service requis existe bel et bien. Même lorsque le service est connu, les difficultés à communiquer (découlant des différences linguistiques et culturelles) peuvent les empêcher d'accéder au service<sup>13</sup> ou donner lieu à la prestation de soins inadéquats, tels un traitement insuffisant, un examen inutile ou un congé prématuré<sup>14</sup>.

Même si on reconnaît que la langue est un des plus grands obstacles à l'accès à l'information sur la santé ainsi qu'aux services et aux soins de santé, il y a, à l'heure actuelle, très peu de ressources pour les services d'interprétation<sup>16</sup>. Les établissements de santé ont plutôt tendance à faire appel à un membre de la famille pour jouer le rôle d'interprète ou, lorsqu'il n'y a pas de famille, à se tourner vers les membres du personnel qui sont du groupe ethnique en question. Cela cause beaucoup de stress chez les familles et les travailleurs (surtout des femmes), qui fournissent gratuitement des services d'interprétation que les gouvernements devraient offrir<sup>17</sup>. En outre, il n'y a pas que les nouveaux immigrants qui connaissent des difficultés en raison de la langue. Bien des aînés arrivés au Canada depuis un certain temps n'ont jamais eu la chance d'améliorer leur anglais ou leur français.

Un autre obstacle à l'accès aux soins de santé est le manque de programmes conçus pour des groupes ethniques précis et le manque de professionnels de la santé qui comprennent la culture des utilisateurs. Un chercheur a découvert que les aînés des minorités ethnoculturelles sont mal servis par le système de prestation de services de santé mentale en raison du manque de

« Lorsque le docteur et le physiothérapeute se sont rencontrés, ils m'ont demandé d'être présente. Je me suis assise là et je n'ai rien compris de leur conversation. Je n'avais aucune idée de ce qui se passait. J'étais simplement assise là, comme un objet inutile<sup>15</sup>. »

ressources pour des programmes interculturels à l'intention des aînés, du fait que les professionnels de la santé mentale comprennent mal les problèmes des adultes âgés des minorités visibles et qu'il n'y a pas assez de services de psychologie et de consultation offerts dans les langues autres qu'officielles<sup>18</sup>.

Une personne dotée d'un savoir-faire culturel est sensible aux diverses perspectives ethnoculturelles et prête à répondre aux besoins et aux désirs individuels d'une manière adéquate et respectueuse de la culture<sup>19</sup>.

La culture joue aussi un rôle important en fin de vie. Néanmoins, les soins dispensés se limitent souvent au plan physique, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte de l'influence de la culture sur les valeurs et les croyances liées au passage de la vie à la mort<sup>20</sup>.

**M<sup>me</sup> T. est une dame d'origine vietnamienne qui a immigré au Canada quand elle était jeune femme. Elle s'est mariée et elle est restée à la maison pour s'occuper de ses enfants pendant que son mari travaillait. Ses enfants ont adopté le style de vie du pays et lorsque son mari est tombé malade, ils n'étaient pas disponibles pour prendre soin de leur père. La plupart du temps, M<sup>me</sup> T. se rendait seule à l'hôpital pour voir son mari. Elle a essayé d'expliquer aux médecins les soins qui, selon elle, seraient utiles à son mari mais, comme elle ne parle pas beaucoup la langue, elle n'arrivait pas à se faire comprendre. L'hôpital ne lui a d'ailleurs jamais fourni de services d'interprétation. M<sup>me</sup> T. croit que la mort de son mari aurait pu être moins pénible sans la barrière linguistique.**

## Soins prolongés

De plus en plus d'aînés des minorités ethnoculturelles vivent dans des institutions qui ont été créées pour la culture dominante ou de la majorité<sup>21</sup>. Tous les aînés qui sont admis dans un établissement de soins prolongés sont confrontés à un certain nombre de défis (dus au changement de milieu de vie, à la perte du réseau de soutien ainsi qu'à la perte d'autonomie et de vie privée), mais cette adaptation est plus difficile encore pour les aînés des minorités ethnoculturelles. Des chercheurs ont cerné trois grandes difficultés auxquelles font face les personnes de ce groupe : perte de la famille, de la culture (y compris la capacité de communiquer dans sa propre langue) et de la communauté<sup>22</sup>. La façon de composer avec ces pertes varie d'un aîné à l'autre et est souvent influencée par les normes culturelles. Ainsi, les membres de groupes ethniques dont les normes culturelles exigent que les enfants adultes veillent sur leurs parents âgés peuvent ressentir de la honte, du rejet et du déshonneur.

À ces pertes s'ajoute le fait que, parce que le personnel des institutions n'est souvent pas au courant des préjugés et de la discrimination que leurs résidents des minorités ethnoculturelles peuvent avoir connus, le soutien social et émotionnel est parfois inadéquat<sup>23</sup>. Ces

**Monsieur P. a récemment subi une chirurgie et il est toujours hospitalisé. Peu de temps après son opération, le personnel a étiqueté Monsieur P. comme « un patient qui refuse de se conformer » parce qu'il continuait de sortir du lit même si on lui avait demandé de ne pas le faire pour faciliter sa guérison. Ce que le personnel de l'hôpital ne sait pas, c'est que, en tant que musulman, Monsieur P. ne fait que remplir ses obligations religieuses qui sont de se tourner vers La Mecque et de faire ses prières cinq fois par jour.**

lacunes, combinées aux pertes vécues, peuvent entraîner une détérioration du bien-être physique et mental chez bien des aînés des minorités ethnoculturelles admis dans ces établissements.

## Recommandations pour la santé et les soins de santé

Que les gouvernements, universités, collèges, établissements et organismes de santé :

- 5) Veillent à ce que les professionnels de la santé reçoivent une formation (initiale et permanente) qui leur permette de mieux comprendre les dimensions ethniques et culturelles de la santé, les diverses croyances relatives à la santé et aux soins ainsi que la façon de travailler avec des clients et des familles provenant de différentes communautés ethnoculturelles.
- 6) Créent des services de santé mentale qui sont spécialement conçus pour répondre aux besoins des aînés des minorités ethniques.
- 7) Élaborent des politiques qui mènent au recrutement d'un plus grand nombre de membres des minorités ethniques parmi les fournisseurs de services sociaux et de santé, afin que ceux-ci reflètent mieux la diversité ethnique. Par exemple, des politiques qui mèneront à la reconnaissance des compétences professionnelles ou des politiques d'équité en emploi pour les programmes de perfectionnement professionnel.

- 8) Appuient la promotion de la santé et la création et la diffusion de ressources, programmes et services de santé physique et de santé mentale qui soient adaptés aux diverses langues et cultures.
- 9) Aident les organismes communautaires à adapter leurs ressources et programmes actuels aux besoins particuliers de la communauté ethnique qu'ils desservent.
- 10) Mettent sur pied des programmes qui facilitent la transition vers les soins de longue durée en partenariat avec les organismes ethnoculturels communautaires.
- 11) Affectent les ressources nécessaires à la prestation de services d'interprétation dans les établissements de santé et les institutions.

## Soutien familial et services communautaires

On semble croire que la plupart des aînés des communautés ethniques minoritaires sont pris en charge par les membres de leur famille et que ces communautés « s'occupent des leurs ». Même s'il reste beaucoup à apprendre sur l'ethnicité et les modèles de prestation de soutien familial aux parents âgés, nous savons que le fait que certaines familles habitent dans la même maison facilite le soutien, mais il semble que l'ampleur du soutien familial varie beaucoup<sup>24</sup>. Même si on présume souvent que les normes culturelles sont la raison principale qui pousse les familles à habiter ensemble, il s'agit simplement, dans beaucoup de cas, d'une nécessité économique. Les enfants adultes qui parrainent leurs parents sont financièrement responsables de ces derniers durant les dix ans qui suivent leur arrivée au Canada. Mais, on sait peu de choses sur la qualité du soutien offert aux aînés dans ces situations et de l'impact de cette dépendance sur leur bien-être.

On fait erreur en idéalisant les familles d'origine ethnique relativement à l'entraide qu'elles s'apportent. Une telle supposition risque même d'amener à négliger le besoin des aînés en matière de soutien formel et de programmes communautaires<sup>25</sup>. Toutefois, pour sensibiliser efficacement cette population d'aînés, les programmes communautaires doivent être adaptés à différents intérêts et différents besoins. De plus, il faut des méthodes innovatrices pour surmonter les barrières culturelles et linguistiques qui gardent les aînés des minorités ethnoculturelles isolés et les empêchent de participer à des activités récréatives et sociales. De tels programmes peuvent faire d'une pierre deux coups, d'une part en sensibilisant les gens aux modes de vie sains et en les aidant à améliorer leurs connaissances linguistiques, et d'autre part en leur offrant un soutien (consulter l'Annexe pour les recommandations du *Conseil canadien pour les réfugiés*).

Les cours d'anglais ou de français (langues secondes) spécialement conçus pour les immigrants âgés peuvent jouer un rôle important dans le processus d'intégration à la communauté élargie et éliminer bon nombre des facteurs qui risquent de

Le *Health Action Theatre for Seniors* (HATS) de la St. Christopher House à Toronto, comprend des aînés acteurs qui s'expriment en portugais ou en vietnamien. La troupe a créé 27 petites pièces de théâtre non verbales sur des thèmes liés à la santé comme la prestation de soins, la santé cardiaque, la nutrition, le jeu, la toxicomanie, la fraude, l'abus, la négligence et la communication avec les fournisseurs de soins. Le programme HATS, appuyé par le programme de bourses SHARE, a su sensibiliser les communautés d'immigrants âgés de la St. Christopher House<sup>26</sup>.

garder les adultes âgés dans l'isolement. Une « pratique exemplaire » reconnaît que les cours de langue ne visent pas que l'apprentissage de la langue, mais sont aussi un moyen de bâtir des réseaux sociaux, de véhiculer de l'information sur l'accès aux services sociaux et de santé et d'encourager la création de liens d'amitié entre des personnes ayant des antécédents culturels diversifiés<sup>27</sup>. Toutefois, les programmes linguistiques gouvernementaux à l'intention des nouveaux immigrants ne sont pas nécessairement adaptés aux besoins particuliers des immigrants âgés.

« Je veux vraiment apprendre l'anglais. Maintenant que je participe à un programme d'anglais langue seconde, tout est différent pour moi : je ne me sens plus isolé, et j'ai rencontré des gens chaleureux et amicaux. »  
[Traduction]<sup>28</sup>

## Recommandations pour le soutien familial et communautaire

Que tous les gouvernements, universités, collèges et organismes de service :

- 12) Assurent un financement de base stable aux organismes communautaires qui desservent les aînés des minorités ethnoculturelles ainsi qu'aux organismes qui désirent élargir leurs programmes afin de créer de nouvelles occasions de rapprochement pour les aînés de diverses cultures.

- 13) Reconnaittent les cours d'anglais et de français langue seconde comme une partie importante du processus d'intégration des nouveaux arrivants au Canada, conçoivent de tels cours spécialement pour les aînés et leur offrent gratuitement.
- 14) Revoient les services afin de déterminer dans quelle mesure ils répondent aux besoins linguistiques et culturels des aînés des minorités ethnoculturelles et, pour ce faire, utilisent le modèle de pratiques exemplaires du Conseil canadien pour les réfugiés.
- 15) Accroissent le nombre de bénévoles et de professionnels des services sociaux et communautaires de différentes origines ethniques travaillant au sein des organismes de services sociaux et de santé.
- 16) Fournissent une formation au personnel des organismes de services pour lui permettre de mieux comprendre les différences ethniques et culturelles et de mieux desservir une clientèle provenant d'origines diversifiées.
- 17) Offrent des options de logement qui permettent aux aînés de décider si, oui ou non, ils vivront avec d'autres membres de leur famille.
- 18) Créent un centre national d'information afin de faciliter le partage et la diffusion de modèles, de renseignements et d'autres ressources qui aident les organismes à répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles.

- 19) Accroissent la représentation des aînés des minorités ethnoculturelles au sein des conseils consultatifs nationaux, provinciaux et communautaires de planification et d'élaboration des politiques et des programmes.
- 20) S'assurent d'inclure la diversité ethnique parmi les importants facteurs à prendre en considération dans le cadre de la planification nationale, provinciale et locale axée sur le vieillissement de la société.

## Besoins en matière d'information

**Au Canada, peu de recherches ont porté sur le vieillissement et l'origine ethnique. Le projet Metropolis actuellement en cours nous apportera de nouvelles connaissances sur les questions d'immigration<sup>29</sup>. Il s'agit d'un forum international sur la recherche comparative et sur l'élaboration de politiques publiques relatives aux mouvements de population, à la diversité culturelle et aux défis de l'intégration des immigrants dans les villes du Canada et d'ailleurs dans le monde. Le but du projet est d'améliorer les politiques publiques sur la gestion des migrations et la diversité culturelle dans les grandes villes. Cependant,**

De 1999 à 2003, le programme de bourses SHARE (par l'entremise de l'Université de Pennsylvanie) a financé de petits organismes communautaires du Canada et des États-Unis afin d'améliorer la santé des aînés de race, d'ethnie ou de culture différente. Parmi les résultats découlant de ce programme, on compte de nouvelles connaissances sur les besoins des aînés des minorités ethnoculturelles ainsi que de nouveaux modèles et services visant à répondre à ces besoins<sup>30</sup>.

seulement un petit nombre d'études du projet Metropolis portent sur les immigrants âgés. Il faut effectuer plus de recherches sur cette population, et particulièrement recueillir de nouvelles données sur l'incidence de l'origine ethnique sur le processus de vieillissement, la santé et le bien-être, sur les besoins particuliers des aînés des minorités ethnoculturelles, et sur l'élaboration de mesures adéquates pour répondre à ces besoins.

On ne comprend pas bien l'incidence de l'origine ethnique sur l'adaptation à une situation de soins prolongés; nous devons notamment recueillir plus d'information sur les taux de dépérissement physique et mental ainsi que les taux de mortalité des aînés des minorités ethniques par rapport à ceux des aînés des groupes majoritaires. Une étude menée présentement dans le cadre du projet Metropolis<sup>29</sup> porte sur l'intégration des expériences des immigrants âgés, et l'un de ses volets traitera précisément des pratiques adaptées à la culture au sein des établissements de soins prolongés.

## Recommandations pour la recherche et la collecte de données

21) Les organismes publics et privés de financement de la recherche devraient donner la priorité au financement de travaux sur les questions relatives à la santé et au bien-être des aînés des minorités ethniques, et s'assurer que les analyses de données publiques sur les communautés ethnoculturelles comprennent des rapports sur les cohortes des plus de 65 ans. Parmi les sujets de recherche possibles, mentionnons les suivants :

- mesure dans laquelle les politiques et les programmes d'emploi actuels sont efficaces pour aider les immigrants âgés à trouver du travail
- sous-utilisation des services sociaux et de santé par les communautés ethnoculturelles
- moyens efficaces de rejoindre les aînés des minorités ethniques ayant des problèmes de santé mentale ou jugés à risque
- bien-fondé de la prestation de services adaptés à l'origine ethnique parmi l'ensemble des services aux aînés plutôt que de services conçus à l'intention de divers groupes ethniques
- incidence des ménages comptant plusieurs générations et de la dépendance envers la famille sur le bien-être et la qualité de vie des aînés des minorités ethnoculturelles
- habitudes de recherche de soutien formel et informel des familles d'aînés de diverses origines ethniques

22) Que les enquêtes et sondages à l'échelle nationale incluent dans leur échantillon un nombre suffisant d'aînés des minorités ethnoculturelles pour permettre aux chercheurs d'en tirer des données valides sur l'évolution de leur état de santé et bien-être.

## Conclusion

Le présent document a cherché à circonscrire certains des grands facteurs qui contribuent à la marginalisation des aînés des communautés ethnoculturelles. Ceux dont la langue et la culture diffèrent de celle de la majorité peuvent souffrir d'isolement et être exposés à la pauvreté ainsi qu'à des problèmes de santé physique et mentale. Les aînés ayant immigré depuis peu au Canada, surtout les femmes, risquent particulièrement d'être marginalisés.

Étant donné que la population du Canada vieillit et devient de plus en plus diversifiée, il est primordial que nous comprenions bien les facteurs de marginalisation afin de pouvoir prendre des mesures pour assurer l'intégration complète, une meilleure qualité de vie et l'égalité aux aînés des communautés ethnoculturelles minoritaires.

Nous croyons que les recommandations du CCNTA pour améliorer le revenu des aînés minoritaires et leur accès aux soins de santé et aux services primaires, communautaires et prolongés, et pour augmenter la recherche axée sur l'origine ethnique et le vieillissement serviront à réduire la marginalisation des aînés des minorités ethnoculturelles du Canada.

## Remerciements

Le Conseil tient à remercier les personnes suivantes de leur contribution à la préparation de ce dossier :

- Prof. Anju Joshi, de l'Université McMaster, et M<sup>me</sup> Sucy Eapen, du Conseil ethnoculturel du Canada (CEC), pour leurs commentaires sur les versions précédentes de ce document;
- M<sup>me</sup> Gail Elliott, de l'Université McMaster, pour nous avoir procuré les exemples de cas qui figurent dans ce document;
- D<sup>r</sup> Hugh Grant, de l'Université de Winnipeg; D<sup>r</sup> Laura Taylor, de l'Université de Windsor; D<sup>r</sup> Daniel Lai, de l'Université de Calgary; et D<sup>r</sup> Gwen Yeo, du Stanford Geriatric Education Center, pour nous avoir fourni des exemplaires anticipés de leurs résultats de recherche; et
- M<sup>me</sup> Sucy Eapen (CEC) et M<sup>me</sup> Doris Rajon (Institut Roeher), pour leur présentation lors de l'atelier « Les aînés en marge », tenu par le CCNTA lors de la Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, en octobre 2003.

## Annexe

### Conseil canadien pour les réfugiés – *Les meilleures pratiques en matière des services d'établissement pour les réfugiés et les immigrants au Canada*

Les principes suivants peuvent s'appliquer à l'élaboration de programmes et de services à l'intention des minorités ethno-culturelles :

1. Services accessibles à tous ceux et celles qui en ont besoin.
2. Services offerts de manière inclusive, dans le respect de la diversité.
3. Services renforçant l'autonomie des clients.
4. Services répondant aux besoins définis par les utilisateurs.
5. Services tenant compte des dimensions complexes, multiples et interreliées de l'établissement et de l'intégration.
6. Prestation des services assurant pleinement le respect des droits et la dignité des personnes desservies.
7. Prestation des services adaptée à la culture.
8. Services favorisant le développement de communautés de nouveaux arrivants et leur participation à la vie de la communauté élargie ainsi que la création de communautés au sein desquelles les nouveaux arrivants sont les bienvenus.
9. Services offerts dans un esprit de collaboration.
10. Services assurés de manière à rendre compte aux communautés desservies.
11. Services orientés vers la promotion de changements positifs dans la vie des nouveaux arrivants et dans la capacité de la société d'offrir des chances égales à tous.
12. Services axés sur une information fiable et continuellement mise à jour.

## Références

Une bibliographie complète est disponible dans le document du même titre affiché dans le site Web du Conseil : [www.ccnta.ca](http://www.ccnta.ca)

1. Grant, H. M. K et G. Wong Grant. « La discrimination fondée sur l'âge et les droits en matière d'emploi des immigrants canadiens âgés ». Document préparé pour la Commission du droit du Canada, septembre 2002.  
En ligne : [www.lcc.gc.ca/fr/themes/pr/oa/grant/toc.asp](http://www.lcc.gc.ca/fr/themes/pr/oa/grant/toc.asp)
2. *Ibid.*, p. 11.
3. Jackson, A. « La pauvreté et le racisme ». *Perception*, vol. 24, n° 4. Conseil canadien de développement social, printemps 2001, p. 6. En ligne : [www.ccsd.ca/francais/perception/24/4/pauvrac.htm](http://www.ccsd.ca/francais/perception/24/4/pauvrac.htm)
4. Statistique Canada. « Enquête sociale générale : soutien social et vieillissement ». *Le Quotidien*, 2 septembre 2003.  
En ligne : [www.statcan.ca/Daily/Francais/030902/q030902a.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030902/q030902a.htm)
5. Kazemipur, A. et S. S. Halli. « Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections ». *Thèmes canadiens*, avril 2003; Grant, H. M. K. et G. Wong Grant, *op.cit.*
6. Jackson, A. *op. cit.*, p. 7; Patrimoine canadien. « Les travailleurs appartenant à des minorités visibles sont plus vulnérables sur le plan économique ». Patrimoine canadien, 1998, p. 1.  
En ligne : [www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2\\_f.cfm](http://www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2_f.cfm)
7. Tjam E. Y. et J. P. Hirdes. « Health, Psycho-social and Cultural Determinants of Medication Use by Chinese-Canadian Older Persons ». *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 21, n° 1, printemps 2002, pp. 64, 71.
8. Université de Calgary. « Health and Well Being of Chinese Seniors in Canada ». Résumé de recherche dirigée par Dr Daniel Lai, Faculté de Travail social, Université de Calgary, 15 janvier 2003.  
En ligne : [www.fp.ucalgary.ca/unicomm/news/Jan\\_03/chinese.htm](http://www.fp.ucalgary.ca/unicomm/news/Jan_03/chinese.htm)



9. Taylor, L.; S. Taylor-Henley; P. Newman; M. Cheung et L. Spearman. « Resiliency and Well-Being : Reflections of Older Adults on Immigration ». *Final Project Report*. Présenté au Prairie Centre of Excellence pour une recherche sur l'immigration et l'intégration, août 2003.
10. Kobayashi, K. M. cité dans Gee, E.; K. M. Kobayashi et S. G. Prus. « Examining the 'Healthy Immigrant Effect' in Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey ». *Recherche SEDAP*, n° 98. Université McMaster, mars 2003, p. 16.  
En ligne : <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap98.pdf>
11. Gee, E. et autres, *op. cit.*
12. Maurier, W. L. et H. C. Northcott. *Aging in Ontario: Diversity in the New Millennium*. Calgary : Detselig Enterprises Ltd., 2000, p. 165.
13. *Ibid.*, p. 166.
14. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *1999 et après : les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ottawa : 1999, p. 13.
15. Brotman, S. « The limits of multiculturalism in elder care services ». *Journal of Aging Studies*, vol. 17, 2003, pp. 215, 226.
16. *Ibid.*
17. *Ibid.*, p. 225.
18. Lai, D. W. L. « Health status of older Chinese in Canada : Findings from the SF-36 Health Survey ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 3, 2003.
19. Ross, M. M.; M. J. MacLean et R. Fisher. « End of Life Care for Seniors: Public and Professional Awareness ». *Educational Gerontology*, vol. 28, n° 5, 2002, pp. 1-13;  
Elliot, G. *Cross-Cultural Awareness in an Aging Society : Effective Strategies for Communication and Caring*. Université McMaster, 1999.
20. *Ibid.*, 1999.
21. Ujimoto, K. V. « The Ethnic Dimensions of Aging in Canada » dans R. Neugebauer-Visano, *Aging and Inequality : Cultural Constructions of Difference*. Toronto : Canadian Scholar's Press, 1995.
22. Maclean, M. et R. Bonar. « The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long Term Care Facility » dans M. Novak, *Aging and Society : A Canadian Reader*. Scarborough : Nelson Canada, 1995.
23. Ujimoto, K. V., *op. cit.*
24. Keefe, J.; C. Rosenthal; F. Beland and K. V. Ujimoto. « The Impact of Ethnicity on Helping Older Relatives : Findings From a Sample of Employed Canadians ». *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, n° 3, 2000.
25. *Ibid.*;  
Brotman, S. *op. cit.*, pp. 209-229.
26. Health Action Theatre for Seniors, St. Christopher House Older Adult Centre. En ligne : [www.seniorstheatre.org/about\\_us.html](http://www.seniorstheatre.org/about_us.html)
27. Taylor, L. et autres, *op. cit.*, p. 6.
28. *Ibid.*, p. 29.
29. Metropolis Canada. En ligne : <http://canada.metropolis.net/>
30. Yeo, G.; H. Ashbridge; K. Jedrzewski; B. Choplick et J. Johnson. *SHARE: Unique Role of Community Based Organizations in Health Services Delivery to Older Ethnic and Cultural Minorities*. Philadelphia : Institute on Aging, University of Pennsylvania et GlaxoSmithKline, 2004.  
Pour commander : [hewetta@mail.med.upenn.edu](mailto:hewetta@mail.med.upenn.edu)