Assemblée de la francophonie de l'Ontario

Hearst, le 21 septembre 2023

L'hon. Marc Holland
Ministre de la Santé
Unité des soins à domicile et de longue durée, Santé Canada
Édifice Jeanne Mance, 4e étage
200 Promenade Eglantine, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

C.c. L'hon. Kamal Khera, ministre de la Diversité, de l'Inclusion et des Personnes en situation de handicap
L'hon. Pascale St. Onge, ministre du Patrimoine canadien
L'hon. Seamus O'Regan Jr., ministre du Travail et des Aînés
L'hon. Randy Boissonnault, ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et des Langues officielles
L'hon. Marc Miller, ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté

Objet: Une proposition pour bien intégrer la lentille francophone en situation minoritaire dans la loi fédérale sur les soins de longue durée sécuritaires

Monsieur le ministre de la Santé,

L'accès à des soins de santé en français est une préoccupation de plus en plus importante chez les francophones en situation minoritaire de l'Ontario. À la suite de la pandémie, le système de santé est sous pression. Les besoins des francophones en matière de santé et de soins de longue durée croissent. Notre population vieillit plus rapidement que la moyenne provinciale, mettant en lumière des besoins accrus en services de prise en charge des besoins des aînées et aînés qui doivent être accessibles, équitables, sécuritaires ainsi que culturellement et linguistiquement appropriés .

Les francophones en situation minoritaire ont d'importantes difficultés d'accès au système de santé, dont aux services de soins de longue durée.

- En 2018, les municipalités de l'Ontario ont identifié 30 000 lits de soins de longue durée. Parmi ces lits, les francophones avaient accès à un lit désigné sous la *Loi sur les services en français* par 3 400 francophones, ce qui est 20 fois moins élevé que dans la population en général (1 lit par 170 Ontariens).[1]
- Il n'existe pas de définition acceptée et reconnue par le Ministère des soins de longue durée de l'Ontario de standard de services aux francophones en soins de longue durée.
- L'adoption de la loi 7 en Ontario, qui donne priorité aux patient dit en situation de crise aux lits de soins de longue durés libres, et cela indépendamment du statut ou besoin linguistique ou culturel du patient et de la désignation éventuelle du lit libre envers une population linguistique ou culturelle, commence a avoir des effets néfaste sur l'accès pour les francophones à un lit venant avec des services en français.

Les propositions contenues dans ce mémoire permettraient d'améliorer l'accès et l'équité des francophones aux services de soins de longue durée sécuritaire pour cette minorité linguistique canadienne de langue officielle, tout en rendant les soins de longue durée plus sécuritaire et plus responsable fiscalement.

Lors de la mise en place d'une législation sur les soins de longue durée sécuritaires, le gouvernement canadien a un moyen d'améliorer l'accès et la sécurité aux soins de longue durée pour les CLOSM. Nos recommandations proposent des mesures visant à optimiser l'efficacité et la sécurité des soins de longue durée afin que les populations des CLOSM et la communauté francophone de l'Ontario en particulier, puissent en bénéficier pleinement.

Recommandations

1. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux intègrent dans leurs politiques de santé publique et leur planification des services de santé, à tous les échelons administratifs, la reconnaissance que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire a un impact sur la santé des individus et constitue un déterminant social de la santé. Il est impératif que cet élément soit pris en compte lors de l'attribution des fonds fédéraux aux provinces pour les soins de santé, y compris les soins de longue durée pour les communautés linguistiques en situation minoritaire (CLOSM).

[1] Commissariat aux services en français, 2019

2. Que le gouvernement du Canada définisse des standard de services de soins de longue durée pour les francophones qui comprennent:
    - des soins culturellement et linguistiquement adaptés;
    - des soins de qualité et sécuritaires; et
    - une participation à la vie sociale et récréative du foyer adapté culturellement et linguistiquement.
3. Que le gouvernement fédéral, de par les ententes bilatérales de transferts de fonds aux provinces, assure aux francophones l'accès, au minimum dans les régions désignées selon la loi sur les services en français de l'Ontario, à des places en soins de longue durée comprenant le standard francophone mentionné dans la recommandation 2, et cela sans concurrence avec d'autres critères, qui par design, favorisent la population de la majorité linguistique aux dépends des besoins culturels et linguistiques de la minorité francophone (ex: *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*).
4. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux, conjointement, mettent en place des stratégies agressives d'augmentation des ressources humaines francophones et bilingues, pour le secteur de la santé et donc des soins de longue durée, en:
    - Augmentant les programmes et les placés dans les programmes financés et chapeautés par le Consortium National de Formation en Santé (CNFS) et distribués de manière équitable dans l'ensemble de la province.
    - Facilitant un processus de reconnaissance des diplômes étranger qui reflète les qualifications réelles et met fin au protectionnisme que démontrent certaines ordres professionnels en Ontario.
5. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux instaurent une adoption obligatoire de standards d'assurance de la qualité dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée en rendant une certification obligatoire , qui, dans le cas des soins de longue durée sécuritaires, doit comprendre:
    - le module général;
    - le module de langues officielles; et
    - le module de prévention des infections, accessible en français également.

Je vous remercie pour toute l'attention portée à ces recommandations.

Assemblée
de la francophonie de l'Ontario

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements ou si vous avez des questions ou des commentaires, j'invite votre équipe à contacter la coordonnatrice en santé de l'AFO, Anne-Elisabeth Noppens, par courriel à aenoppens@monassemblee.ca.

Veuillez agréer mes salutations les plus distinguées.

Le président,

Fabien Hébert

Assemblée de la francophonie de l'Ontario

MÉMOIRE

Loi fédérale sur les soins de longue durée sécuritaires

Assemblée de la francophonie de l'Ontario

Table des matières du mémoire

1- Sommaire exécutif p. 07

2- Introduction p. 09

3- Méthodologie p. 10

4- États des lieux des soins de longue durée en Ontario p. 11

5- La langue de service et la situation linguistique minoritaire comme déterminant social de la santé p. 12

6- L'importance de la langue pour la sécurité et la compliance de soins p. 15

7- L'accès à des soins de longue durée culturellement et linguistiquement adaptés p. 21

8- Les ressources humaines francophones et bilingues comme moteur d'accessibilité aux soins de longue durée culturellement et linguistiquement adaptés p. 24

9-L'accès à des soins de longue durée de qualité, sûr et standardisés p. 26

10- Conclusion p. 27

11- Références p. 28

1-SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les communautés de langues officielles en situation minoritaire (CLSOM) montrent des similitudes démographiques les mettant davantage à risque de moins bien pouvoir faire face à des difficultés de santé. Cette vulnérabilité met davantage à risque la communauté franco-ontarienne à créer ou accentuer des problèmes de santé qui auraient pu être gérées si l'aspect linguistique avait été traité dès le départ. Donc, la langue constitue un déterminant social de la santé. Les caractéristiques de la communauté franco-ontarienne sont, de manière générale, une moyenne d'âge plus élevée que la moyenne, une plus grande pauvreté chez les aînées et aînés, et une éducation moins élevée que la moyenne. De plus, surtout chez les aînés, il y a une incidence au-dessus de la moyenne générale d'au moins deux maladies chroniques, et une difficulté accrue à accéder à des soins de santé. (Bouchart et al, 2013).

L'accès aux soins par la communauté franco-ontarienne est notamment rendu plus difficile par un manque de services de soins de santé et de soins de longue durée accessibles culturellement et linguistiquement aux francophones de l'Ontario. Spécifiquement, les soins de longue durée manquent cruellement, avec statistiquement avec l'accès à 1 place avec services en français par 3400 francophones, alors que le ratio de la population est de 1 place par 170 citoyens (Commissariat aux services en français de l'Ontario. 2019).

Ne pas avoir accès à des soins culturellement et surtout linguistiquement concordants, augmente les risques non seulement de malaise et d'insatisfaction, mais aussi d'erreurs de traitement et médication, de mauvais diagnostic, d'usage de test ce qui ne vient pas sans risque, et d'augmentation des chutes pour les aînées dans les soins de longue durées, pour ne nommer que ceux-ci (Hsu et al, 2022 ; de Moissac et Bowen, 2019 ; Seal et al. 2022). Tout cela a un coût humain et économique. Et pourtant, à ce jour, il n'y a aucun standard qui définit clairement ce que signifie une bonne prise en charge des francophones dans le secteur des soins de longue durée.

Toutefois, une augmentation de services culturellement et linguistiquement adaptés, de qualité et sécuritaire dans le secteur des soins de longue durée n'est uniquement possible, dans la situation actuelle des CLOSM de l'Ontario, que si suffisamment de personnel soignant qualifié est ajouté au marché du travail.

La pandémie de COVID-19 a de manière significative impacté les population de résidents des soins de longue durée, démontrant un besoin certain pour une standardisation de qualité des soins dans ce secteur, incluant, dans un pays bilingue comme le Canada, l'aspect du bilinguisme dans ces standards de qualité.

À ce chapitre, à la fin de 2020 et au début de 2021, l'AFO a rassemblé des leaders de plusieurs secteurs touchant les soins de longue durée pour échanger sur les défis des francophones et émettre des recommandations en matière de soins de longue durée à la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée (commission). L'AFO et ses collaboratrices et collaborateurs avaient tenu une rencontre avec la commission dans le cadre de ses travaux et lui avaient soumis un mémoire.

Dans son rapport final, la commission avait émis quatre recommandations au gouvernement ontarien.

- Pour protéger les droits des francophones:
    - concevoir et mettre en oeuvre une stratégie provinciale visant à accroître les services et les lits de soins de longue durée en français;
    - adopter une définition claire des « lits occupés par des francophones »
- Efforts ciblés pour le recrutement de personnel pouvant offrir des services en français
- Fournir un incitatif supplémentaire aux organismes donnant la priorité aux soins adaptés à la culture et à la langue.

Recommandations de l'AFO:

1. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux intègrent dans leurs politiques de santé publique et leur planification des services de santé, à tous les échelons administratifs, la reconnaissance que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire a un impact sur la santé des individus et constitue un déterminant social de la santé. Il est impératif que cet élément soit pris en compte lors de l'attribution des fonds fédéraux aux provinces pour les soins de santé, y compris les soins de longue durée pour les communautés linguistiques en situation minoritaire (CLOSM).
2. Que le gouvernement du Canada définisse des standards de services de soins de longue durée pour les francophones qui comprennent:
    a. des soins culturellement et linguistiquement adaptés;
    b. des soins de qualité et sécuritaires; et

   c. une participation à la vie sociale et récréative du foyer adapté culturellement et linguistiquement.
3. Que le gouvernement fédéral de par les ententes bilatérales de transferts de fonds aux provinces, assure aux francophones l'accès, au minimum dans les régions désignées selon la *loi sur les services en français de l'Ontario,* à des places en soins de longue durée comprenant le standard francophone mentionné dans la recommandation 2, et cela sans concurrence avec d'autres critères, qui par design, favorisent la population de la majorité linguistique au dépends des besoins culturel et linguistique de la minorité francophone (ex: *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*).
4. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux, conjointement, mettent en place des stratégies agressives d'augmentation des ressources humaines francophones et bilingues, pour le secteur de la santé et donc des soins de longue durée, en:
   a. Augmentant les programmes et les placés dans les programmes financés et chapeautés par le Consortium National de Formation en Santé (CNFS) et distribués de manière équitable dans l'ensemble de la province.
   b. Facilitant un processus de reconnaissance des diplômes étranger qui reflète les qualifications réelles et met fin au protectionnisme que démontrent certaines ordres professionnels en Ontario.
5. Que les gouvernements fédéraux et provinciaux instaurent une adoption obligatoire de standards d'assurance de la qualité dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée en rendant une certification obligatoire , qui, dans le cas des soins de longue durée sécuritaires, doit comprendre:
   a. le module général;
   b. le module de langues officielles; et
   c. le module de prévention des infections, accessible en français également.

2- INTRODUCTION

Pourquoi l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario s'intéresse-t-elle à l'accès des francophones aux services de santé et de soins de longue durée?

Lors de notre dernière assemblée générale annuelle, nos membres ont adopté à l'unanimité une résolution demandant à ce que « l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario (AFO) fasse de la santé une grande priorité et y accorde les ressources nécessaires afin d'intervenir proactivement en amont des décisions politiques ». Comme vous pouvez le constater dans le tableau ci-dessous, l'accès à des soins de santé, des soins

à domicile et des soins de longue durée en français est une préoccupation de plus en plus importante au sein de notre communauté.

Dans la liste ci-dessous, identifiez vos cinq plus grandes priorités par ordre d'importance, 1 étant votre enjeu le plus important.						
Priorités	1	2	3	4	5	**Total**
Hausser l'accès à des services de santé en français de première ligne	36,89%	21,31%	14,75%	5,74%	6,56%	**85,25%**
Améliorer l'accès à des programmes postsecondaires en français	15,84%	15,84%	13,86%	5,94%	9,90%	**61,38%**
Pallier aux pénuries de main-d'oeuvre francophones et bilingues	12,82%	17,95%	21,37%	15,38%	11,11%	**78,63%**
Mise en oeuvre du projet de l'Université de Sudbury	12,20%	8,54%	3,66%	3,66%	2,44%	**30,5%**
Financement des organismes francophones par la province	12,00%	8,80%	12,00%	13,60%	8,80%	**55,2%**
Hausser les services aux immigrants francophones	9,71%	3,88%	11,65%	9,71%	10,68%	**45,63%**
Améliorer l'éducation (primaire, intermédiaire et secondaire) en français	8,51%	10,64%	7,45%	11,70%	3,19%	**41,49%**
La relance post-pandémie des organismes sans but-lucratif	8,51%	10,64%	6,38%	12,77%	10,64%	**48,94%**
Améliorer l'accès à des soins de santé à domicile en français	8,51%	9,57%	10,64%	13,83%	7,45%	**50%**
Autre	8,00%	5,33%	0,00%	4,00%	6,67%	**24%**
Investissements en arts et culture de langue française	7,92%	7,92%	6,93%	12,87%	19,80%	**55,44%**
Améliorer l'accès à des soins de longue durée en français	6,48%	15,74%	14,81%	14,81%	10,19%	**62,03%**
Appui financier aux centres culturels	5,75%	5,75%	10,34%	5,75%	3,45%	**31,04%**
Intégration de la variable linguistique sur la carte santé	4,60%	3,45%	3,45%	3,45%	10,34%	**25,29%**
Bâtir davantage d'infrastructures par et pour les francophones en santé	4,55%	4,55%	6,82%	11,36%	12,50%	**39,78%**
Survie des médias franco-ontariens	2,33%	5,81%	6,98%	4,65%	10,47%	**30,24%**
Mise en oeuvre d'un réseau universitaire francophone	2,20%	9,89%	9,89%	5,49%	9,89%	**37,36%**
Améliorer l'accès à des services de la petite enfance en français	1,10%	3,30%	6,59%	12,09%	12,09%	**35,17%**
Certification	0,00%	1,37%	0,00%	2,74%	5,48%	**9,59%**

3-MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire a été conçu « par et pour » les francophones à la suite de recherches de la littérature, de nombreuses conversations et de **consultations** avec plusieurs partenaires clés œuvrant dans l'univers des services de santé et de soins de longue durée en français. Ce mémoire s'inscrit dans une suite à notre mémoire sur l'intégration de la lentille francophone dans les services de santé et de soins de longue durée de ce printemps et de

notre travail de collecte d'information pour les consultations conduite par le bureau de l'Ombudsman de l'Ontario sur les soins de longue durée. Ce mémoire a également bénéficié de la contribution de notre **comité consultatif en Santé**, qui est composé des directions de maisons de soins de longue durée, soins à domicile, logement avec soutien, organisme rassembleur pour aînés francophone, d'hôpitaux, de centres de santé communautaires, de Réseau de santé en français, des soins en santé mentale et du milieu postsecondaire, ainsi que du groupe d'expertes et d'experts qui a appuyé l'AFO dans son travail devant la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée.

Nous souhaitons remercier toutes ces personnes qui ont participé à ce vaste effort de consultation pour en venir avec ce mémoire.

4- ÉTAT DES LIEUX DES SOINS DE LONGUE DURÉE EN ONTARIO

Depuis la création du système de santé public ontarien, en 1965, certains éléments ont été mis en place pour aider les francophones à accéder à des services de santé, incluant les soins de longue durée en français.

- Nomination de six entités de planification de services de santé en français (entités)
- Il existe 17 Foyers désignés sous la *Loi sur les services en français*.
- En 2018, les municipalités de l'Ontario ont identifié 30 000 lits de soins de longue durée. Parmi ces lits, les francophones avaient accès à un lit désigné sous la *Loi sur les services en français* par 3 400 francophones, ce qui est 20 fois moins élevé que dans la population en général (1 lit par 170 Ontariens).
- La modernisation de la *Loi sur les services en français* de 2022 offre à l'Ontario un enchâssement de l'Offre Active directement dans la loi, toutefois, cela s'applique uniquement aux organismes désignés selon cette même loi.

Les chiffres suivants démontrent additionnellement la difficulté des francophones de l'Ontario à obtenir un service de soins de longue durée dans leur langue.

- La population francophone du Grand Toronto (127 000 personnes) n'a que accès à 37 lits de soins de longue durée avec service bilingue, soit un lit par 3 432 Franco-Torontois (Reflet Salvéo, 2019).
- Les aînés francophones représentent 5,5 % des aînés de la province (75 ans et plus)(Ontario, 2019), mais seulement 1,9% des foyers de soins de longue durée sont désignés sous la *Loi sur les services en français* et 0,05% ont une désignation culturelle.
- Il n'y a pas de définition de standard de service aux francophones, même dans les établissements désignés

En plus du manque de nombre de place adapté aux francophones, nous constatons une baisse de la proportion de résidents de langue française dans les services désignés dans certains centres, entre autre dû à la *loi de 2022 pour plus de lit et de meilleurs soins* et qui voit une priorisation des cas dit « en crise » sur le besoins culturels et linguistiques des patientes et patients francophones (administration; direction de soins de longue durées désignés; coordination de soins à domicile). Cela vient ostraciser encore plus d'aînées et d'aînés francophones, les obligeant ainsi à devoir accepter des services qui ne leur sont pas linguistiquement et culturellement adaptés et donc non sécuritaires et cela malgré leur demande de service dans l'une des langues officielles du pays.

5- LA LANGUE DE SERVICE ET LA SITUATION LINGUISTIQUE MINORITAIRE COMME DÉTERMINANT SOCIAL DE LA SANTÉ

Le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les langues officielles (1969)* faisant de l'anglais et du français, d'égal statut, les langues officielles du pays. La loi a été modernisée en profondeur à deux reprises, la dernière modernisation ayant été adoptée cette année. Les articles 41.1 et 41.2 de cette loi décrivent clairement les responsabilités que le gouvernement fédéral se donne envers les CLOSM et plus spécifiquement son rôle de protection et de promotion du français.

Progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais

Engagement — épanouissement des minorités et promotion du français et de l'anglais

> 41 (1) Le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, compte tenu de leur caractère unique et pluriel et de leurs contributions historiques et culturelles à la société canadienne, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne.
>
> **Engagement — protection et promotion du français**
> (2) Le gouvernement fédéral, reconnaissant et prenant en compte que le français est en situation minoritaire au Canada et en Amérique du Nord en raison de l'usage prédominant de l'anglais, s'engage à protéger et à promouvoir le français (Canada)

La santé est un concept large et bien plus complexe que simplement l'absence de maladie. La santé ne peut pas être expliquée simplement par des aspects génétiques, biologiques, environnementaux et pathophysiologiques. Les déterminants sociaux de la santé doivent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. L'étude des déterminants sociaux de la santé s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent (Lang, 2014).

Certains aspects plus matérialistes de ce concept sont plus facilement compréhensibles quant à leur lien à la santé, comme un accès à une nourriture saine, à de l'eau potable, ou à un logement. D'autres facteurs plus psychosociaux, comme le stress psychologique associé un travail où une personne a peu de satisfaction, de contrôle ou d'influence, couplé avec l'aspect matérialiste de la pénibilité de ces travaux, peuvent se jumeler. Le nombre d'interactions sociales, selon l'environnement et donc le soutien émotionnel et pratique auquel un individu peut compter a également une influence sur la santé (Lang, 2014).

Toutefois, l'une des causes fondamentales des déterminants sociaux de la santé est le niveau d'études et de revenus, et cela à tout âge de la vie. Le niveau d'études est un acquis fondamental de l'individu au début de sa vie adulte. Il influence les styles de vie et les comportements de santé, oriente vers une profession, oriente vers un niveau de revenu et donc une catégorie sociale. C'est un élément protecteur, jusqu'à un certain point, vis-à-vis du chômage, et prédit aussi l'exposition plus ou moins forte aux contraintes de travail péjoratives pour la santé. L'éducation intervient aussi sur la santé par des voies indirectes, notamment la capacité des personnes à maîtriser leur vie (Lang, 2014).

En 2013, l'universitaire Louise Bouchard et ses collègues ont démontré clairement que la population francophone âgée de 65 ans et plus et vivant en situation linguistique minoritaire en Ontario demeurait généralement davantage dans des zones plus rurales, était plus pauvre économiquement et moins bien éduquée que la moyenne de la population anglophone de caractéristiques similaires. Les aînées et aînés francophones montrent aussi une corrélation évidente entre le statut éducatif et socio-économique et leur état de santé perçue ainsi que la présence de plusieurs maladies chroniques, et cela de manière plus fréquente que la population anglophone similaire (Bouchart et al, 2013).

Durant les 10 dernières années, la démographie de la communauté franco-ontarienne a changé, mais pas de manières suffisamment significatives pour diminuer l'importance pour la santé des francophones des constats de Bouchard et de son équipe, faite en 2013.

La langue est en première ligne de la communication entre les professionnels de la santé et la population et les impacts des barrières linguistiques sur la santé sont de mieux en mieux documentés. Dans le contexte canadien des deux langues officielles, une politique de santé équitable devrait donc dorénavant prendre en considération la situation linguistique minoritaire comme déterminant de la santé (Bouchard et Desmeules, 2013).

Ce constat ne s'applique pas uniquement aux francophones de l'Ontario, mais aux CLOSM. Le profil de la minorité francophone à l'extérieur du Québec montre une proportion plus élevée de personnes se percevant en mauvaise santé, plus âgées, moins éduquées, plus pauvres, déclarant au moins deux maladies chroniques que la moyenne de la population anglophone. La minorité anglophone du Québec, quand on extrait la population de Montréal, présente un profil similaire (Bouchard et Desmeules, 2013).

Recommandation 1

Que les gouvernements fédéraux et provinciaux intègrent dans leurs politiques de santé publique et leur planification des services de santé, à tous les échelons administratifs, la reconnaissance que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire a un impact sur la santé des individus et constitue un déterminant social de la santé. Il est impératif que cet élément soit pris en compte lors de l'attribution des fonds fédéraux aux provinces pour les soins de santé, y compris les soins de longue durée pour les communautés linguistiques en situation minoritaire (CLOSM).

Le gouvernement du Canada liste sur son site web l'accès aux services de santé comme un des principaux déterminants sociaux de la santé (Canada, 2023). Toutefois, pour les francophones de l'Ontario qui vivent en situation linguistique minoritaire, l'accès aux services de santé culturellement et linguistiquement appropriés et de qualité et sécurité égale à ceux de la majorité anglophone reste substantiellement inférieur à la moyenne (Doucet et al. 2021).

Il faut donc se rendre à l'évidence que les membres des communautés francophones de l'Ontario:

- sont plus âgés que la moyenne de la population générale ontarienne;
- ont une plus basse éducation postsecondaire que la moyenne ontarienne chez les aînées et aînés;
- sont plus pauvres économiquement que la moyenne ontarienne chez les aînées et aînés;
- font face à une difficulté accrue pour accéder à des services de santé culturellement et linguistiquement adapté; et
- vivent en situation linguistique minoritaire.

Tous ces aspects sont des déterminants sociaux de la santé influençant négativement la santé de notre communauté et qui requièrent donc des investissements et des stratégies de politiques de santé et d'investissement publique en santé à plusieurs niveaux gouvernementaux pour assurer de pallier ces inégalités face à la santé pour les francophones en situation linguistiques minoritaires de l'Ontario.

6-L'IMPORTANCE DE LA LANGUE POUR LA SÉCURITÉ ET LA COMPLIANCE DES SOINS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la sécurité des patientes et patients comme suit. Dans le contexte plus large des systèmes de santé, la sécurité des patientes et patients est « un cadre d'activités organisées qui crée des cultures, des processus, des procédures, des comportements, des technologies et des environnements dans le contexte des soins de santé, aptes à réduire systématiquement et durablement les risques, l'occurrence des préjudices évitables, la probabilité d'erreurs et l'impact des préjudices quand ils se produisent ». (OMS b)

Recevoir des services de santé dans sa langue d'usage est un facteur de sécurité des soins. La communication entre les patientes et patients et les prestataires de soins de santé, ainsi que les obstacles auxquels ils peuvent être confrontés en cas de mauvaise communication, ont un impact important sur la qualité, le coût et la sécurité des soins, et peut entraîner un diagnostic erroné et un traitement inapproprié (Betancourt et al. 2012).

La concordance linguistique entre la patiente ou le patient et ses soignants réduit de manière significative le risque d'événements indésirables. L'étudiante en médecine et chercheuse avec l'institut du savoir Montfort, Emily Seale et ses collègues notent dans leur études de concordance linguistique en milieux hospitalier ontarien publié en 2022 que les francophones traités dans un contexte de concordance linguistique étaient significativement moins susceptibles d'avoir une hospitalisation préjudiciable ou de décéder à l'hôpital que les francophones ayant reçu des soins dans un contexte de discordance linguistique. Ils notent également une consultation accrue et une réhospitalisation accrue des patientes et patients traités dans un contexte de discordance linguistique, due principalement à une mauvaise compréhension des directives médicales et donc une mauvaise compliance des patients aux traitements, par manque de compréhension.

Les discordances linguistiques entre patiente et patient (incluant ses aidants) et les soignants mènent principalement à un :

- mécontentement des patients et aidants face aux services (Al Shamsi et al. 2020 ; Diamond et al. 2019) ;
- erreurs de diagnostiques (de Moissac et Bowen, 2019) ;
- mauvaise compréhension des diagnostics (de Moissac et Bowen, 2019)
- erreurs de traitements ou de prescriptions (Al Shamsi et al. 2020)
- augmentation du niveau de stress lors d'interaction avec des soignants (de Moissac et Bowen, 2019)
- délais de traitement (de Moissac et Bowen, 2019 ; Al Shamsi et al. 2020)
- mauvaise compréhension du traitement et donc mauvaise adhérence au traitement et aux instructions des soignants (Seal et al. 2022 ; de Moissac et Bowen, 2019)
- déficit de connaissance de comportement sain dû au manque de promotion de la santé (Renzaho, 2007 ; Okrainec et al., 2015)
- mauvaise qualité du processus de consentement voir absence réel de consentement éclairé au procédures et traitement (Seal et al. 2022)

- services de santé de qualité moindre (de Moissac et Bowen, 2019)
- faible confiance envers les services de santé (de Moissac et Bowen, 2019)
- réadmissions à l'hôpital plus fréquentes (Seal et al. 2022)
- durée d'hospitalisation plus longue (de Moissac et Bowen, 2019 ; John-Baptise et al., 2004)
- augmentation des chutes (Hsu et al, 2022).
- visites aux urgences plus fréquentes (Diamond et al. 2019 ; Okrainec et al., 2015 ;)
- augmentation de la fréquence d'événements indésirables (Seal et al. 2022 ; de Moissac et Bowen, 2019 ; Diamond et al. 2019)
- augmentation du nombre de décès à l'hôpital (Seal et al. 2022)
- mécontentement des soignants devant offrir des services dans ces conditions (Al Shamsi et al. 2020)
- source de stress au travail pour les soignants (Al Shamsi et al. 2020)
- précautions accrues des soignants par manque de bonnes communications (Seal et al. 2022)
    - augmentation de la prescription de tests et procédures diagnostiques (Seal et al. 2022)
    - admissions plus fréquentes en soins hospitaliers (Seal et al. 2022)
      Ceci pourrait sembler être un avantage, et cela l'est dans certains cas, mais
        - presque tout diagnostique et procédure comporte un risque pour le patient (Crownover et Bepko, 2013 ; Lippi et al, 2006)
        - cela signifie un coût inutile accru au système de santé (services d'interprétations (Al Shamsi et al. 2020), admission inutile, diagnostic et test superflus (,Seal et al. 2022)
        - augmentation de risque de maladies nosocomiales (Delgado-Rodriguez et al. 1990 ; Luong-Nguyen et al, 2020)

Les multiples conséquences néfastes des discordances linguistiques entre les patientes et patients et les personnes soignantes mettent en évidence l'impératif d'offrir un accès à des services de soins de longue durée sécuritaires et adaptés linguistiquement et culturellement aux besoins de l'ensemble de la communauté franco-ontarienne. Les problèmes de discordances linguistiques soulignent la nécessité de fournir un accès équitable à des services de santé de qualité pour toutes les CLOSM, en garantissant que les patientes et patients puissent communiquer efficacement avec leur personnel de soins. En investissant dans des services de santé adaptés sur le plan linguistique, le Canada peut non seulement améliorer la sécurité des patientes et patients ainsi que la qualité des soins, mais aussi réduire les coûts d'opération du système de santé, augmenter la

satisfaction et la rétention du personnel dans le domaine de la santé et garantir que chaque individu reçoive des soins appropriés dans sa langue. Ceci contribuera à améliorer globalement la santé et le bien-être de la population.

La concordance linguistique dans les soins de longue durée est associée pour les francophones des CLOSM de l'Ontario avec des besoins inférieurs d'hospitalisation (Batista et al. 2019). De plus, une plus faible proportion de francophones dans les établissements à prédominance de langue française connaissent une aggravation des symptômes dépressifs ou se faisaient prescrire des antipsychotiques même s'ils n'avaient pas reçu de diagnostic de psychose, que les francophones dans les établissements non désignés sous la *Loi sur les services en français* (Batista et al., 2021). Les résidentes et résidents francophones des établissements de langue française font également moins de chutes que leurs homologues des établissements non désignés sous la loi (Hsu et al, 2022). Les résultats de ces études sérieuses démontrent clairement un mieux-être pour la résidente et le résident, une meilleure qualité et sécurité des services et un moindre coût au système de santé, lorsque les francophones sont pris en charge dans des services de soins de longue durée leur permettant un milieu de vie et de soins de langue française.

Assurer l'établissement de personnes en besoin de soins de longue durée dans un milieu utilisant la langue d'usage de la personne aînée, qui inclut aussi un mode de vie communautaire et culturellement adapté, améliore leur bien-être, en particulier si le personnel soignant répond adéquatement aux besoins de soins (Badger et al., 2012 ; Bouchard et al., 2012). De plus, lorsque l'aîné est soigné par quelqu'un qui échange dans sa langue d'usage, il existe un souci de moins à gérer et cela rassure la famille qui a l'impression que l'on s'occupe mieux de leur proche. C'est ainsi que l'on peut dire que la qualité de vie y gagne de beaucoup (Heikkilä, et al., 2007 ; Khan et Pillay, 2003 ; Oliver et al., 2004).

Il n'y a pas que la langue française qui produit son effet positif et sécuritaire sur les soins et les services aux francophones. La culture française, cette façon toute particulière de voir la vie importe tout autant et parfois plus (Larocque et al., 2023).

> *« C'est par le langage qu'il nous est possible d'exprimer notre "logos", c'est-à-dire notre raison d'être. (...) En d'autres termes, la langue est non seulement le véhicule privilégié d'une culture, mais c'est par elle que les individus peuvent recevoir, décoder et interpréter les réalités matérielle et intellectuelle. »*

(Bernard, 1990. Le déclin d'une culture)

Comme l'exprime ici Roger Bernard, la relation étroite de la langue et de la culture explique que les francophones de l'Ontario ont une identité différente de celle de la majorité anglophone. Pour s'épanouir, ils ont besoin de soins et de services de longue durée qui sont décodables et interprétables pour leur code culturel et leur langue.

Une fois qu'une personne est installée en soins de longue durée, les services linguistiques sont le plus souvent fournis par les visiteurs (p. ex. membres de la famille, parents et amis) ou des bénévoles, à moins que la résidente ou le résident ne soit placé dans un établissement de soins de longue durée de langue française ou ethnique désigné (Hsu et al, 2022).

Dans son étude parue en 2023, Larocque et ses collègues ont rassemblé un certain nombre de citations de proches aidants et de résidents francophones, qui ont vécu un transfert d'un foyer de soins de longue durée anglophone à des soins de longue durée en français. Voici quelques extrait qui démontrent l'importance des milieux de vies et soins culturellement adaptés pour les résidents:

- *« Mes parents voulaient aller dans un endroit francophone pour pouvoir rester, vivre en français et éventuellement maintenir les aspects culturels de la francophonie de l'Ontario »*
- *Une résidente mentionnait: « Les Anglais n'ont pas la même mentalité [...]» et son aidant d'ajouter « elle ne comprenait pas très bien [...] les mesdames du centre (anglophone)»*
- *«Je ne veux pas perdre mon français [...] je ne veux pas être assimilé en autre mot [...] alors j'aurai toujours, je mettrai, oui, beaucoup de valeur dans ma langue, mes coutumes [...] pour garder la lecture en français, le théâtre en français, la culture, tout ce qui s'offre en français»*

Au vue de tous ces aspects et connaissances, il est primordial de définir ce qu'un standard de soins et de milieu de vie sécuritaire et de qualité signifient pour les soins de longue durée, mais pour les francophones en situation linguistique minoritaire. Ce standard de qualité doit inclure l'aspect linguistique et culturel, aussi bien au niveau des soins que du milieu de vie.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada définisse des standard de services de soins de longue durée pour les francophones qui comprennent:

- **des soins culturellement et linguistiquement adaptés;**
- **des soins de qualité et sécuritaires; et**
- **une participation à la vie sociale et récréative du foyer adapté culturellement et linguistiquement.**

Le langage et les directives sur les soins aux francophones doit non seulement se retrouver dans le préambule de la loi, mais également dans les standards.

Le relogement vers des soins de longue durée, même quand volontaire, est plutôt un changement de vie majeur, qui implique des bouleversements parfois extrêmes et angoissants (Hodgson et al., 2004). Les problèmes de communication entre les fournisseurs des soins, les membres de la famille et les résidents en centre d'hébergement sont largement étayés dans les écrits scientifiques (Mold et al.,2005 ;Oliver et al., 2004), plus particulièrement lorsque les résidents viennent à ne plus se souvenir de la seconde langue apprise en raison d'une maladie grave, ou même en cas de démence (Heikkilä et Ekman, 2003 ; Verma et Howard, 2012). La qualité de la communication peut donc influencer considérablement l'état de santé, les services adaptés aux préférences, aux souhaits et aux désirs des personnes (Larocque et al., 2023).

N'oublions pas que chez les patients francophones des foyers de longue durée, une partie importante des résidents ont perdu ou perdront leur faculté à communiquer dans leur deuxième langue (Bowen, 2015) - fréquemment l'anglais - à cause de maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer. On peut s'imaginer facilement la grande anxiété et l'incompréhension vécues par un patient de soins de longue durée ne comprenant pas la langue qui lui est parlée par les employés et professionnels de la santé, que ce soit au quotidien ou en période d'urgence.

Pour les résidents francophones vivant dans un foyer de soins de longue durée anglophone, la barrière de la langue crée un facteur d'isolation, car ils ne peuvent ni

échanger avec leur co-résidents, ni pleinement participer à la vie récréative et sociale de leur nouveaux milieu de vie. Cette isolation social a des effets néfastes pour la santé des résidents comme l'explique si bien la CDC (version traduite):

- augmente significativement le risque de décès prématuré toutes causes confondues, un risque qui pourrait rivaliser avec celui du tabagisme, de l'obésité et de l'inactivité physique.
- augmentation d'environ 50 % du risque de démence.
- augmentation de 29 % du risque de maladie cardiaque et de 32 % du risque d'accident vasculaire cérébral.
- augmentation de dépression, d'anxiété et de suicide.
- chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque , l'isolement social est associée à un risque de décès multiplié par près de 4, à une augmentation de 68 % du risque d'hospitalisation et à une augmentation de 57 % du risque de visites aux urgences

7- L'ACCÈS À DES SOINS DE LONGUE DURÉES CULTURELLEMENT ET LINGUISTIQUEMENT ADAPTÉS

Selon le recensement de 2021, Statistique Canada donne les chiffres suivants au sujet de la portion la plus âgée de la population:

- Les personnes âgées de 56 à 75 ans, donc les baby-boomers, continuent d'être la génération comptant le plus de personnes au Canada, malgré le fait qu'ils avancent en âge. Le recensement de 2021 a permis de dénombrer 9 212 640 ce qui représente en 2021, 24,9 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2022).
- Ces personnes les plus âgées de cette génération très nombreuse atteindront l'âge de 85 ans en 2031, âge où les limitations d'activités et la perte d'autonomie sont plus fréquentes (Statistique Canada, 2022).
- La population âgée de 85 ans et plus en 2021 est l'une des populations présentant la croissance la plus rapide; elle a augmenté de 12 % par rapport à 2016. Actuellement, 2,3 % de la population est âgée de 85 ans et plus (Statistique Canada, 2022, b).
- Au cours des 25 prochaines années (d'ici 2046), la population âgée de 85 ans et plus pourrait tripler et atteindre près de 2,5 millions de personnes (Statistique Canada, 2022, b).

Il va sans dire que ces chiffres démontrent que le Canada va faire face à un besoin croissant de services aux aînées et aînés, dont les services de soins de longue durée. Alors que le vieillissement de la population canadienne est l'un des enjeux les plus importants au pays, ce phénomène est encore plus important au sein de la communauté franco-ontarienne.

- La population franco-ontarienne est âgée en moyenne de quatre de plus que la moyenne ontarienne (44 ans contre 40 ans pour l'ensemble de la population).
- 57 % de la population franco-ontarienne est âgée de 45 ans et plus.
- Le vieillissement de la population franco-ontarienne est plus élevé que la moyenne dans le Nord et l'Est de la province, alors qu'elle se situe dans la moyenne provinciale dans le Centre-Sud-Ouest (Statistique Canada, 26 avril 2022).

L'offre de services de soins de longue durée avec des services en français en Ontario représente un défi. La faible offre de lits désignés sous la loi force de nombreuses familles à faire des choix difficiles. Elles doivent choisir entre placer un membre de leur famille à proximité dans une résidence anglophone ou l'inscrire dans un foyer francophone ou bilingue situé plus loin de sa famille et de sa communauté. S'ils trouvent cette place.

En Ontario, il y 17 foyers de soins de longue durée désignés et 33 identifiés sous la *Loi sur les services en français*. Il y a aussi quelques foyers à caractères francophone du Règlement 79/10 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, comptant parmi les foyers désignés. Cependant, il n'existe pas de standard de services en français définitif pour ces foyers et la priorité d'accès aux francophones dans ces foyers n'est pas reconnue par le système.

Il y a trois modèles principaux pour assurer un accès à des foyers de soins de longue durée adaptés aux francophones.

- des foyers « par et pour » les francophones
- des foyers anglophones avec du personnel bilingue et certaines pratiques pour assurer une offre active des services en français
- des foyers anglophones avec un pavillon francophone

Toutefois, les chiffres suivants démontrent les défis des francophones à obtenir un service de qualité les servant dans leur langue.

- En 2018, les francophones avaient accès à un lit désigné par 3 400 francophones, comparé 1 lit par 170 Ontariens pour la population générale (Commissariat aux services en français de l'Ontario. 2019).
- *loi de 2022 pour plus de lit et de meilleurs soins* donne priorité, lors de placement en soins de longue durée, aux résidents en situation dites "de crise" sur tout autre critère, dont les critères linguistiques et culturels. Du fait que statistiquement, 94,5% des résidents en situation "de crise" ne sont pas francophones, ils ont priorité sur le peu de lits linguistiquement et culturellement adaptés sur lesquels les francophones peuvent compter normalement.

Des études utilisant des données administratives sur la santé en Ontario ont révélé que les personnes de plus de 65 ans, ayant le revenu le plus faible, et celles provenant de populations diversifiées sur les plans ethnique et linguistique, étaient parmi celles qui attendaient le plus longtemps pour déménager vers l'établissement de leur choix (Um, 2016; Um et Lightman, 2017). Fort est de constater que les délais d'attente pour l'entrée en soins de longue durée dans l'ensemble de l'Ontario sont beaucoup plus longs pour les immigrantes et immigrants récents et ceux qui attendaient un lit désigné sous la loi et spécifique à la culture ou à l'ethnie (y compris les établissements désignés comme offrant des services en français dans la province) (Hsu et al, 2022).

Recommandation 3

Que le gouvernement fédéral de par les ententes bilatérales de transferts de fonds aux provinces, assurer aux francophones l'accès, au minimum dans les régions désignées selon la loi sur les services en français de l'Ontario, a des places en soins de longue durée comprenant le standard francophone mentionné dans la recommandation 2, et cela sans concurrence avec d'autres critères, qui par design, favorisent la population de la majorité linguistique au dépends des besoins culturel et linguistique de la minorité francophone (ex: *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*).

8- LES RESSOURCES HUMAINES FRANCOPHONES ET BILINGUES COMME MOTEUR D'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE LONGUE DURÉES CULTURELLEMENT ET LINGUISTIQUEMENT ADAPTÉS

La difficulté à recruter du personnel de santé capables de travailler dans les deux langues officielles est la cause la plus importante du manque d'accès à des services sociaux et de santé en français pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire (Savard et al.,2021)

Il est donc d'une importance capitale que l'ensemble du système de la santé et des soins de longue durée se dote de cibles pour augmenter le nombre de fournisseurs de services de santé et de soins de longue durée par municipalité désignés sous la *Loi sur les services en français*, ainsi que de se doter d'un plan de main d'oeuvre francophone et bilingue afin de faciliter le travail de recrutement des fournisseurs de services de santé et de soins de longue durée.

Augmenter le bassin de personnel de santé capable d'offrir des services en français permettra d'augmenter l'offre de soins de longue durée, et donc d'augmenter l'accès au système aux francophones. Un autre avantage relié à cet objectif est l'augmentation de la satisfaction au travail du personnel qui se verrait de moins en moins obligé de travailler dans une situation de discordance linguistique face aux résidentes et résidents de langue française et à leurs proches et aidants.

Cela réduira également les coûts excessifs et injustifiés encourus par le système de santé dès lors que les francophones recevront des soins et services linguistiquement et culturellement concordants.

Recommandation 4

Que les gouvernements fédéraux et provinciaux, conjointement, mettent en place des stratégies agressives d'augmentation des ressources humaines francophones et bilingues, pour le secteur de la santé et donc des soins de longue durée, en:

- **augmentant les programmes et les placés dans les programmes financés et chapeautés par le Consortium National de Formation en Santé (CNFS) et distribués de manière équitable dans l'ensemble de la province; et**

- **facilitant un processus de reconnaissance des diplômes étranger qui reflète les qualifications réelles et met fin au protectionnisme que démontrent certaines ordres professionnels en Ontario.**

Le Canada s'est doté avec le Consortium National de Formation en Santé d'un organe et processus qui facilite et encourage la formation de professionnels de la santé francophone aux travers du pays.

Toutefois, force est de constater que le nombre de professionnels formés et de professionnels sur le marché du travail dans ce secteur reste bien en deçà des besoins des fournisseurs de services de santé en français (Chartrand et al., 2017), et empêche certains d'entre eux qui souhaitent offrir plus de services en français à étendre leurs programmes, car ils sont dans l'incapacité de trouver et d'assurer la continuité de la main d'œuvre francophone et/ou bilingue.

Autre constat récent partagé par les fournisseurs de services en français dans le secteur de la santé et des soins de longue durée: les régions avec des institutions postsecondaires offrant des programmes éducatifs dans le domaine de la santé ont plus de facilité à recruter directement des cohortes sortant de ces institution, car les jeunes gradués semblent plus enclin à rester proche de leur lieu d'éducation, là où ils ont fait des stages et placement durant leur études postsecondaires.

Il est donc important que le Canada et l'Ontario se dotent de suffisamment de places de formations en santé en français et bilingue (Chartrand et al., 2017), en coordination avec le Consortium National de Formation en Santé et les institutions de formation en santé. Ces places doivent être distribuées de manière équitable au travers la province et dans les régions désignées selon la *loi sur les services en français*.

9- L'ACCÈS À DES SOINS DE LONGUE DURÉES DE QUALITÉ, SÛR ET STANDARDISÉS

Le Cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour des services de santé intégrés centrés sur la personne de 2018 présente une vision d'un avenir dans lequel « toutes les personnes ont accès à des services de santé qui sont dispensés de façon à répondre à leurs besoins en respectant leurs préférences, qui sont complets, sûrs, efficaces, fournis en

temps utile, efficients et de qualité acceptable. » L'action proposée dans le Cadre de l'OMS met particulièrement l'accent sur les leviers politiques pour améliorer la qualité (OMS).

Toutefois, en plus des politiques publiques fédérales et provinciales, qui assurent un accès et une qualité aux services de santé, incluant les services de soins de longue durée, il est important qu'au niveau des fournisseurs, il y ait aussi des mécanismes en place pour assurer, vérifier et améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services, tel la mise en place d'un système de gestion de la qualité.

Recommandation 5

Que les gouvernements fédéraux et provinciaux instaurent une adoption obligatoire de standards d'assurance de la qualité dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée en rendant une certification obligatoire , qui, dans le cas des soins de longue durée sécuritaires, doit comprendre:

- **le module général;**
- **le module de langues officielles; et**
- **le module de prévention des infections, accessible en français également.**

La pandémie de COVID-19 a montré clairement des déficiences, de qualité des soins minimum, de sécurité de certain établissement de soins de longue durée (Ombudsman de l'Ontario, 2023) et de mécanismes satisfaisant au niveaux des politiques publiques et des processus internes de certains établissements de soins de longue durées afin d'offrir des services et soins de qualité et sécuritaire à leur résidents.

Mandater une certification en assurance de la qualité (Agrément Canada, DIN EN 15224 par exemple) devrait assurer une revue externe et impartiale par des experts de manière cyclique, sur les procédure et normes appliqués, les mécanismes d'auto évaluation et correction pour assurer à l'avenir des services de soins de longue duré plus normatif au sein de la province, de qualité et sécuritaires, centré sur les besoins spécifique des clients, et donc culturellement et linguistiquement adapté aux minorités linguistiques ainsi que plus performant en terme de ressources humaines et financières.

À la suite de la pandémie de COVID-19, l'importance de procédures de qualité en termes de prévention des infections est revenue au premier plan, et il est important de garder en

tête que toutes politiques et procédures à ce sujet doivent être accessible et compréhensible dans les deux langues officielles du pays, afin de ne pas exclure des groupes de langues officielles en situation minoritaire.

10- CONCLUSION

Les changements démographiques au Canada, avec un plus grand nombre de personnes ayant plus de 65 ans, et ce nombre étant projeté pour augmenter encore dans les années à venir, il est important que le Canada se dote de politiques, procédures et structures qui viendront appuyer ce segment de la population.

La dualité linguistique du pays doit être respectée, encouragée et soutenue, aussi dans les services qui sont offerts aux aînées et aux personnes ayant des besoins de soins de longue durée.

Les politiques, lois, stratégies et investissements visant à desservir ce segment de la population, qui de par son âge et sa fragilité de santé est, par définition, vulnérable, doivent inclure et prendre en compte les particularités et besoins spécifiques des membres des CLOSM. Ces lois, procédures, stratégies et investissements doivent assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des services de soins de longue durées qui sont destinées aux membres des CLOSM, prenant en compte spécifiquement leurs besoins, barrières, culture et langue afin de créer un système juste et équitable, et qui répond effectivement aux besoins spécifiques de ces communautés.

11- Références

Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman medical journal*, *35*(2), e122.

Assemblée de la Francophone de l'Ontario, Fédération des aînées et retraités francophones de l'Ontario. 2023. Mémoire remis dans le cadre des travaux de la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. http://monassemblee.ca/assets/images/uploads/2023/08/Mem-CommissionSoinsLongueDure%CC%81e-20210125-1.pdf

Badger, F., Clarke, L., Pumphrey, R. et Clifford, C. (2012). A Survey of Issues of Ethnicity and Culture in Nursing Homes in an English Region: Nurse Managers' Perspectives. Journal of Clinical Nursing, 21, 1726-173. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03880.

Batista, R., Prud'homme, D., Hsu, A. T., Guérin, E., Bouchard, L., Rhodes, E., ... & Tanuseputro, P. (2019). The health impact of living in a nursing home with a predominantly different spoken language. *Journal of the American Medical Directors Association*, *20*(12), 1649-1651.

Bernard, R. (1990). Le déclin d'une culture. Recherche, analyse et biographie: francophonie hors Québec, 1980-1989 (livre I). *Fédération des jeunes Canadiens français Inc.* P.11

Betancourt JR, Renfrew MR, Green AR, Lopez L, Wasserman M. Improving patient safety systems for patients with limited English proficiency: a guide for hospitals. Agency for Healthcare Research and Quality. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/lepguide.pdf. AHRQ publication 12-0041. Published September 2012.

Bouchard, L. Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F. Lemonde, M. et Dufour (2012). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis ? Une étude exploratoire de l'impact de la situation linguistique minoritaire. Le médecin de famille canadien, 58, 1325.

Bouchard L, Desmeules M. Les minorités linguistiques du Canada et la santé [Linguistic minorities in Canada and health]. Healthc Policy. 2013 Oct;9(Spec Issue):38-47. PMID: 24289938; PMCID: PMC4750144.

Bouchard, L., Sedigh, G., Batal, M., Imbeault, P., Makvandi, E., & de la Vega, E. S. (2013). Language as an important determinant of poverty in the aging francophone minority population in Canada. *The Journal of Aging and Social Change*, *2*(4), 61.

Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. *Repéré à http://santefrancais. ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.–-tude-Barri–res-linguistiques. pdf0*.

Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions. https://www.cdc.gov/aging/publications/features/lonely-older-adults.html

Canada. (2023). Déterminant sociaux de la santé et inégalité en santé https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html

Canada (2023) Loi sur les langues officielles (L.R.C. (1985), ch. 31 (4e suppl.))

Chartrand, J., Vandyk, A., Beké, É., Balasa, R., Loranger, C., Muray, M., ... & Baker, C. (2019). La pénurie de professeures de sciences infirmières au Canada et ses effets sur les programmes de formation en sciences infirmières offerts en français. *Minorités linguistiques et société*, (11), 95-116.

Commissariat aux services en français de l'Ontario. 2019. Épilogue d'une institution franco-ontarienne, rapport annuel 2018-2019. https://csfontario.ca/wp-content/uploads/2019/04/OFLSC-292187-Annual-Report-2018-2019-Fr_accessible.pdf

Cragg, S consulting and the CLRI Program. March 2017. Supporting Cultural Diversity in Long-Term Care, https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/10/Supporting-Cultural-Diversity-Report-final_full_March-30-2017_update_A.pdf

Crownover, B. K., & Bepko, J. L. (2013). Appropriate and safe use of diagnostic imaging. *American Family Physician*, *87*(7), 494-501.

Delgado-Rodriguez, M., Bueno-Cavanillas, A., Lopez-Gigosos, R., de Dios Luna-Castillo, J., Guillén-Solvas, J., Moreno-Abril, O., ... & Gálvez-Vargas, R. (1990). Hospital stay length as an effect modifier of other risk factors for nosocomial infection. *European journal of epidemiology*, *6*, 34-39.

De Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, *6*(1), 24-32.

Diamond, L., Izquierdo, K., Canfield, D., Matsoukas, K., & Gany, F. (2019). A systematic review of the impact of patient–physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, *34*, 1591-1606.

Doucet, P. A. M., Gorham, R., & Hunt, E. (2021) Vers une Amélioration de la Prestation de Services de Santé pour les Franco-Ontariens. Interdisciplinary Research Journal & Archives. 2 (Jan-Avril) 1-11.

Heikkilä, K., Ekman, S. L. (2003). Elderly care for ethnic minorities-wishes and expectations among elderly Finns in Sweden. *Ethnicity and Health*, *8*(2), 135-146.

Heikkilä, K., Sarvimäki, A., & Ekman, S. L. (2007). Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *21*(3), 354-361.

Hodgson, N., Freedman, V. A., Granger, D. A. et Erno, A. (2004). Biobehavioral carrelates of relocation in the frail elderly: Salivary cortisol, affect, and cognitive function. Journal of the American Geriatrics Society, 52, 1856 - 1862. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52505.

Hsu, D. A. T., Ménard, A. Scott, M. (2022). Comprendre l'expérience des soins de longue durée des minorités de langue officielle au Canada: état des lieux.

John-Baptiste, A., Naglie, G., Tomlinson, G., Alibhai, S. M., Etchells, E., Cheung, A., . . . Kahn, M. (2004). The effect of english language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. Journal of General Internal Medicine, 19(3), 221-228.

Khan, I., & Pillay, K. (2003). Users' attitudes towards home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(2), 137-146.

Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Sève*, (2), 31-38.

Larocque, S., Lavoie, A. M., & Benoit, M. (2023). L'expérience du relogement en centre d'hébergement de personnes aînées francophones vivant en situation minoritaire. Diversity of Research in Health Journal.

Lippi, G., Salvagno, G. L., Montagnana, M., Franchini, M., & Guidi, G. C. (2006). Phlebotomy issues and quality improvement in results of laboratory testing. *Clinical laboratory*, *52*(5-6), 217-230.

Long Term Care Covid-19 Commission Mtg., Meeting with the Commissioners and Franco Ontarian Organisations on Thursday, December 17, 2020. https://wayback.archive-it.org/17275/20210810150748/http://www.ltccommission-commissionsld.ca/transcripts/pdf/Organizations_and_Institutions_in_French_Ontario_Transcript_December_17_2020.pdf

Luong-Nguyen, M., Hermand, H., Abdalla, S., Cabrit, N., Hobeika, C., Brouquet, A., ... & Sauvanet, A. (2020). Infection nosocomiale à SARS-Cov-2 dans les services de chirurgie digestive. *Journal de Chirurgie Viscérale*, *157*(3), S13-S19.

Mold, F., Fitzpatrick, J. M., & Roberts, J. D. (2005). Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature. *Age and ageing*, *34*(2), 107-113.

Okrainec, K., Booth, G. L., Hollands, S., & Bell, C. M. (2015). Impact of language barriers on complications and mortality among immigrants with diabetes: A population-based cohort study. Diabetes Care, 38(2), 189-196. doi:10.2337/dc14-0801; 10.2337/dc14-0801

Oliver, D. P., Porock, D., & Zweig, S. (2005). End-of-life care in US nursing homes: a review of the evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*, *6*(3), S21-S30.

Ombudsman de l'Ontario. 2023. Des leçons sur le long terme. https://www.ombudsman.on.ca/Media/ombudsman/Ombudsman_FR/Ressources/Enquetes-EISO/Ombudsman-Ontario-Des-lecons-sur-le-long-terme-Sept-2023-rapport-accessible.pdf

Ontario. 2019. Profil de la population francophone de l'Ontario – 2016. https://www.ontario.ca/fr/page/profil-de-la-population-francophone-de-lontario-2016

Ontario. 2021. Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : rapport final et progrès liés aux recommandations provisoires. https://www.ontario.ca/fr/page/commission-denquete-sur-la-covid-19-dans-les-foyers-de-soins-de-longue-duree-etat-davancement-des

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité: approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins. https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565561

Organisation mondiale de la Santé.(inconnu). Sécurité des patients https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

Reflet Salvéo. 2019. Résumé du Forum sur la création de partenariats pour des solutions de soins de longue durée innovantes et collaboratives destinées aux francophones. http://entite3.ca/wp-content/uploads/2021/07/Resume-du-Forum-sur-la-creation-de-partenariats-pour-des-solutions-de-soins-de-longue-duree-2019.pdf

Renzaho, A. (2007). Ischaemic heart disease and australian immigrants: The influence of ethnicity and language skills on treatment and use of health services. The HIM Journal, 36(2), 26-36.

Savard, S., de Moissac, D. L., Benoît, J., Ba, H., Zellama, F., Giasson, F., & Drolet, M. (2017). Le recrutement et la rétention d'intervenants en santé et services sociaux bilingues en situation

francophone minoritaire à Winnipeg et à Ottawa. *Accessibilité et offre active: Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, 229-253.

Seale, E., Reaume, M., Batista, R., Eddeen, A. B., Roberts, R., Rhodes, E., ... & Tanuseputro, P. (2022). Concordance linguistique patient–médecin et paramètres de qualité et de sécurité des soins chez les bénéficiaires de soins à domicile fragiles admis à l'hôpital en Ontario, au Canada. *CMAJ*, *194*(36), E1256-E1266.

Um, S. (2016). The Cost of Waiting for Care: Delivering Equitable Long-Term Care for Toronto's Diverse Population, Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2016/05/The-Cost-of-Waiting-For-Care.pdf

Um, S. G., et N. Lightman. (2017). Seniors'Health in the GTA: Howimmigration, language, and racialization impact seniors'health, Toronto: Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2017/05/Seniors-Health-in-the-GTA-Final.pdf

Verma, M., & Howard, R. J. (2012). Semantic memory and language dysfunction in early Alzheimer's disease: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, *27*(12), 1209-1217.

L'Assemblée de la francophonie de l'Ontario est l'organisme rassembleur et la voix politique de la francophonie de l'Ontario.

C'est aussi

384 membres individuels;
150 membres associatifs; et
23 membres institutionnels.

Une communauté forte de 795 760 francophones vivant dans les quatre coins de la province de l'Ontario

Vision

Un Ontario français, uni dans sa diversité, solidaire dans ses actions et engagé collectivement afin d'assurer son mieux-être.

Conseil d'administration

L'AFO est dirigée par un conseil d'administration composé de 11 membres, soit une présidence (Fabien Hébert) et :

- 5 représentant.e.s des régions de l'Ontario (Centre : Mélinda Chartrand; Est : Marie-Claude Dicaire; Nord-Est : Marc Lavigne; Nord-Ouest : Claudette Gleeson; Sud-Ouest : Blandine Lesage)
- 1 représentant.e du groupe identitaire « Aîné(e)s et retraité(e)s » (Denise Lemire)
- 1 représentante du groupe identitaire « Femme » (Nicole Fortier Lévesque)
- 1 représentant.e du groupe identitaire « Jeunesse » (Mélina Leroux)
- 2 représentant.e.s de la communauté des minorités raciales et ethnoculturelles francophones (MREF) (Luc Bonaventure Amoussou et David Mbaya Kabamba)

Nous joindre

Assemblée de la francophonie de l'Ontario
435, rue Donald, bureau 336
Ottawa (Ontario) K1K 4X5
Tél.: 613-744-6649 ou 1 866 596-4692