



Conseil communauté  
en santé du Manitoba

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

## **Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services**

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

Objective 1 – Portrait of seniors' health, access to services and health needs

Danielle de Moissac et Margaux Roch-Gagné  
Octobre 2012  
Université de Saint-Boniface

*English version follows*

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

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

Danielle de Moissac et Margaux Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface

Octobre 2012

Ce rapport est une initiative du Conseil communauté en santé du Manitoba et a été rendu possible grâce au financement accordé par la Société Santé en français par l'entremise de Santé Canada.

Le présent rapport peut être reproduit en tout ou en partie, à la condition de mentionner la source.

Comment citer ce rapport:

de Moissac, D. et Roch-Gagné, M. (octobre 2012). Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français : Objectif 1 - Portrait de la santé, de l'accès aux services et des besoins en santé des personnes âgées. Rapport pour le compte du Conseil communauté en santé du Manitoba, déposé en octobre 2012, 44 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg (Man.).

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et figure .....	iv
1. Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et objectif de recherche.....	1
1.2 Méthodologie .....	4
2. Profil sociodémographique des aînés.....	4
2.1 Les aînés francophones du Manitoba .....	4
2.2 Les aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital .....	7
3. La santé des aînés.....	10
3.1 La santé des francophones vivant en situation linguistique minoritaire.....	10
3.2 La santé des aînés du Manitoba .....	10
3.3 La santé des francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital .....	13
3.3.1 Étude du Manitoba Centre for Health Policy .....	13
3.3.1.1 Indicateurs de santé.....	15
3.3.1.2 Indicateurs d'utilisation de services de santé.....	17
3.3.2 Soins à domicile pour les aînés francophones de Winnipeg .....	19
3.3.2.1 Profil démographique des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile .....	20
3.3.2.2 Besoins des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile.....	21
3.3.3 Soins de longue durée pour les aînés francophones de Winnipeg .....	23

3.3.3.1 Profil démographique des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée .....	24
3.3.3.2 Besoins des aînés francophones vivant dans des foyers de soins de longue durée .....	25
4. L'accès aux services de santé en français .....	27
4.1 L'accès aux services en français en situation linguistique minoritaire.....	27
4.2 L'accès aux services en français au Manitoba.....	32
4.3 L'accès aux services en français par les aînés francophones du Manitoba	33
5. Conclusion et recommandations .....	38
6. Références.....	42

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE**

Tableau 1. Scolarisation des aînés de Winnipeg.....	6
Tableau 2. Répartition des aînés selon l'âge.....	7
Tableau 3. Répartition des aînés selon l'âge et le sexe.....	9
Tableau 4. Comparaison des indicateurs de santé des francophones et des non francophones de Saint-Boniface et Saint-Vital.....	15
Tableau 5. Comparaison des indicateurs d'utilisation de services de santé des francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital.....	18
Tableau 6. Répartition des aînés ayant recours aux soins à domicile selon l'âge et le sexe.....	20
Tableau 7. Répartition des aînés vivant dans les foyers de soins de longue durée selon l'âge.....	25
Tableau 8. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels plus couramment consultés par les aînés francophones de Winnipeg....	36
Tableau 9. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moyennement consultés par les aînés francophones de Winnipeg.....	37
Tableau 10. Demande de services et accueil/services obtenus en français auprès des professionnels moins consultés par les aînés francophones de Winnipeg.....	37

## **FIGURE**

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

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Mise en contexte et objectif de recherche

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

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

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

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



Cela explique pourquoi le Conseil communauté en santé du Manitoba a ciblé les aînés comme l'un des groupes prioritaires pour recevoir des services en français (CCS, 2009).

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

## **1.2 Méthodologie**

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

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

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

## **2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES AÎNÉS**

### **2.1 Les aînés francophones du Manitoba**

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

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

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

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

Au Manitoba, la proportion de femmes de 65 ans et plus est plus grande que celle des hommes du même âge (Centre on Aging, 2010).

Cette tendance s'accroît chez les aînés de 85 ans et plus, où l'on compte deux fois plus de femmes que d'hommes. Plus de 55,5 % des aînés de 65 ans et plus sont mariés, mais plus l'âge augmente, plus le pourcentage de veuvage augmente.

Presque le trois-quarts des hommes (73,3 %) sont mariés, tandis que moins de la moitié des femmes (42,2 %) le sont (Centre on Aging, 2010). Le revenu annuel moyen des personnes de 65 ans et plus en 2005 était de 28 365 \$, une majorité d'aînés (40,7 %) ayant un revenu annuel entre 10 000 \$ et 19 999 \$ (Centre on Aging, 2010). De façon générale, les femmes cumulaient un revenu annuel inférieur en comparaison des hommes du même âge. Près de la moitié des aînés de 65 ans et plus vivent seuls et ont un revenu annuel de moins de 20 000 \$, et ce, plus fréquemment chez les femmes (Centre on Aging, 2010). Contrairement à tous les autres groupes d'âge, le revenu médian des anglophones est supérieur à celui des francophones chez les aînés de 65 ans et plus. Cela est vrai tant chez les hommes que chez les femmes, quoique les écarts de revenu soient moins importants chez ces dernières (Lesage et collab., 2012). Pour les aînés de 65 ans et plus, environ 7,5 % de leurs dépenses sont consacrées aux soins de santé, dont 43 % pour des médicaments sur ordonnance. Ce taux diminue à 33 % chez les aînés ne vivant pas seuls.

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

**Tableau 1. Scolarisation des aînés de Winnipeg**

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

(Allaire et collab., 2010)

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

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

**Tableau 2. Répartition des aînés selon l'âge**

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

(Statistique Canada, 2012a)

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



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

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

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

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

(Statistique Canada, 2012a et b)

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

### **3. LA SANTÉ DES AÎNÉS**

#### **3.1 La santé des francophones vivant en situation linguistique minoritaire**

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

#### **3.2 La santé des aînés du Manitoba**

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



Au moins 20 % des aînés du Manitoba ont signalé être atteints d'une des maladies chroniques suivantes : l'arthrite/rhumatisme (49,6 %), l'hypertension (43,9 %), des problèmes de dos (23,9 %), des cataractes (22,1 %) et des allergies autres qu'à la nourriture (20,2 %). Les femmes sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé que les hommes, à l'exception des problèmes de dos (Ryan et Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010).

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

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

Au Manitoba, 36,8 % des aînés ont besoin d'assistance pour accomplir au moins une tâche quotidienne. Un quart des personnes de 65 ans et plus ont besoin d'aide à accomplir au moins une activité de la vie quotidienne telle que préparer un repas, se rendre à un rendez-vous, faire des courses, faire le ménage ou s'occuper de ses finances.

Ce besoin augmente avec l'âge : 14,6 % des aînés de 65 à 74 ans signalent ce besoin, en comparaison à 38,9 % des aînés de 75 ans et plus. De plus, ce besoin est plus élevé chez les femmes.

Par ailleurs, 34,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont besoin d'aide à faire de gros travaux ménagers. Seulement 3,2 % des aînés ont besoin d'aide pour se déplacer dans leur maison (Ryan et Blandford, 2009). Chez les aînés âgés de 75 ans et plus, environ 23 % ont besoin d'aide, et ce, plus fréquemment chez les femmes (27,3 %) que chez les hommes (13,3 %) (Ryan et Blandford, 2009).

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

La population vieillissante a plus souvent recours à la pharmacothérapie comme élément essentiel à son plan de traitement pour maladie chronique. Il est donc important d'avoir accès à des pharmacothérapies sécuritaires qui conviennent à leur état de santé et qui soient efficaces en temps opportun. Certains médicaments peuvent entraîner des effets indésirables qui peuvent non seulement augmenter les risques de morbidité et de mortalité, mais aussi occasionner des hospitalisations et augmenter le nombre de visites chez le médecin (Fick et collab., 2003). Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir d'effets indésirables causés par des pharmacothérapies complexes ou par les changements occasionnés par le vieillissement qui influencent l'absorption des médicaments (Hanon et collab., 2001).

La polypharmacie, par exemple, demeure problématique au Canada, puisque près d'une personne âgée sur quatre (23 %) prend dix médicaments sur ordonnance ou plus (ICIS, 2011).

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

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

#### **3.3.1 Étude du Manitoba Centre for Health Policy (2012)**

Un récent rapport intitulé « La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba (2012) », basé sur des données administratives du Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), décrit l'état de santé des francophones vivant au Manitoba (Chartier et collab., 2012).

Une cohorte de francophones a été sélectionnée, comprenant, entre autres, les personnes qui ont fréquenté une école offrant un programme en français, les personnes qui ont résidé dans un foyer de soins personnels francophone et les personnes qui ont indiqué le français comme langue de correspondance souhaitée relativement aux soins de santé.

Dans son ensemble, l'état de santé de la cohorte francophone du Manitoba est similaire à celui du groupe témoin formé d'autres Manitobains non francophones, bien que certaines variations régionales existent. Certains indicateurs de santé et d'utilisation de services de santé diffèrent significativement, avec une prévalence de diabète sucré, d'interventions coronariennes, de démence, d'ordonnance d'antidépresseurs et d'un manque de suivi à la suite d'un nouveau traitement pour la dépression, d'une prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines (sédatifs), d'hospitalisation à la suite d'une blessure, de chutes accidentelles, d'admission dans un foyer de soins de longue durée et d'une attente prolongée avant d'être admis à un tel foyer. Ces indicateurs seront décrits en plus grand détail dans les sections qui suivent.

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

Une analyse par cohorte de naissances révèle que les francophones nés avant 1958 semblent être en moins bonne santé que les autres Manitobains du même âge ainsi que les francophones nés après 1958 (Chartier et collab., 2012).

Une comparaison de cinq indicateurs de santé révèle que les francophones plus âgés ont un taux de diabète, un taux de sortie d'hôpital et une quantité de médicaments prescrits plus élevés que ceux des autres Manitobains plus âgés. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, le fait d'être francophone semble avoir une influence sur la santé des aînés (Chartier et collab., 2012).

### 3.3.1.1 Indicateurs de santé

Le Tableau 4 présente les données portant sur les indicateurs de santé des francophones des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital, par comparaison aux Manitobains non francophones vivant dans ces mêmes quartiers. Ce tableau se veut une synthèse des problèmes de santé où les taux sont significativement différents entre les francophones et les non francophones résidant dans les quartiers nommés ci-dessus. Ces données se rapportent à l'ensemble de la cohorte des francophones et non uniquement aux aînés. Toutefois, les éléments soulevés peuvent se rapporter aux aînés.

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

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

(Chartier et collab., 2012)

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

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

Pour ce qui est des conditions reliées à la santé mentale, on constate qu'un plus grand taux de résidents francophones de Saint-Boniface souffre de démence, qui se caractérise par une perte de fonctions cérébrales influençant la mémoire, le comportement, l'apprentissage et la communication (Chartier et collab., 2012). Cette définition s'applique aux personnes de 55 ans et plus, qui ont un diagnostic de démence ayant nécessité au moins une visite chez le médecin ou une hospitalisation. Bien que la cohorte francophone ne démontre aucune prévalence de dépression ou de troubles anxieux, nous notons un taux plus élevé d'ordonnances d'antidépresseurs pour les francophones vivant dans Saint-Vital Nord que pour les non francophones vivant dans cette même région.

Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, on note toutefois un taux inférieur chez les francophones de Saint-Vital quant au suivi assuré après la prescription d'un antidépresseur. Ce suivi permet de surveiller la façon dont le patient réagit à un antidépresseur afin d'ajuster le traitement au besoin, particulièrement à la suite d'un diagnostic initial de dépression.

On évalue ce suivi comme étant trois visites chez le médecin dans les quatre mois suivant l'exécution de l'ordonnance d'un nouvel antidépresseur, à la suite d'un diagnostic de dépression (Chartier et collab., 2012).

On constate également un taux plus élevé de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines aux personnes âgées vivant dans la collectivité dans les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital (Chartier et collab., 2012). Les benzodiazépines sont généralement prescrites pour traiter les troubles anxieux, les troubles de panique, l'insomnie, les crises épileptiques, la spasticité musculaire et le sevrage alcoolique. L'utilisation prolongée des benzodiazépines n'est généralement pas recommandée, car elle peut entraîner une tolérance et une dépendance physique et psychologique pour les personnes âgées<sup>1</sup>. Le taux plus élevé de prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines ne s'applique qu'aux résidents vivant dans la communauté et non aux résidents des foyers de soins personnalisés, où les taux sont légèrement supérieurs aux taux pour les non francophones, mais pas de façon statistiquement significative (Chartier et collab., 2012).

### **3.3.1.2 Indicateurs d'utilisation des services de santé**

Le Tableau 5 présente les données portant sur les indicateurs d'utilisation des services de santé auxquels les francophones des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital ont eu recours, en comparaison avec les Manitobains non francophones vivant dans ces mêmes quartiers.

---

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

Ce tableau se veut un résumé des services de santé où les taux sont statistiquement différents entre les francophones et les non francophones résidant dans les quartiers à l'étude. Notez que ces données se rapportent à l'ensemble de la cohorte des francophones et non uniquement aux aînés. Toutefois, les éléments soulevés peuvent se rapporter aux aînés.

Également, ces services ne sont pas uniquement les services disponibles en français, mais tous les services de santé auxquels la population générale a accès.

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

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

(Chartier et collab., 2012)

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

Certains constats s'avèrent positifs quant à l'utilisation des services de santé par les francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital. La proportion plus élevée d'adultes âgés ayant été vaccinés contre la grippe et la prévalence de la mammographie en sont deux exemples (Chartier et collab., 2012).



Quant aux services hospitaliers, les résidents francophones de Saint-Boniface sont plus souvent hospitalisés à la suite d'une blessure, dont la cause principale est la chute accidentelle. Le pourcentage de chutes accidentelles de la cohorte franco-manitobaine est un peu plus élevé que celui du groupe non francophone (53 % et 49 %, respectivement) (Chartier et collab., 2012).

Quelques constats se rapportent aux foyers de soins personnels (foyers de soins de longue durée). Les résidents francophones âgés de 75 ans et plus de Saint-Boniface et de Saint-Vital sont plus portés à être admis et à vivre dans un foyer de soins personnels que les non francophones du même groupe d'âge vivant dans ces deux quartiers (Chartier et collab., 2012). À Saint-Boniface, le taux de résidents vivant en foyer de soins personnels est deux fois plus élevé pour les francophones que pour les non francophones, tandis qu'à Saint-Vital, ce taux est de 1,5 fois plus élevé. Par contre, le temps d'attente moyen pour être admis dans un foyer de soins personnels est plus élevé pour les francophones que pour les non francophones à Saint-Boniface. Ce temps d'attente se calcule par le nombre de semaines écoulées jusqu'à ce que la moitié des résidents en attente soient admis dans le foyer. Le temps d'attente pour les francophones est deux fois plus long, soit près de 16 semaines, par comparaison à près de 8 semaines pour les non francophones. Le temps d'attente pour les aînés francophones de Saint-Vital est d'environ 8 semaines (Chartier et collab., 2012).

### **3.3.2 Soins à domicile pour les aînés francophones de Winnipeg**

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

Une comparaison entre cette cohorte francophone et l'ensemble des clients du même âge pour l'ensemble de la région de Winnipeg a été effectuée. Les éléments ayant une différence significative entre ces deux groupes seront décrits ci-dessous.

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

La cohorte d'aînés francophones qui a recours aux soins à domicile comprend 131 individus, dont 78 % (n=102) habitent à Saint-Boniface (n=90) et à Saint-Vital (n=12). Cette cohorte représente 8 % des aînés profitant du programme de soins à domicile à Saint-Boniface et à Saint-Vital et 1,6 % des aînés profitant du programme de soins à domicile à Winnipeg. Près de 78 % du groupe d'aînés francophones est composé de femmes, comparativement à 69,3 % pour l'ensemble des clients. L'âge des aînés francophones varie de 66 à 99 ans, l'âge moyen étant de 85 ans, ce qui est légèrement plus élevé que pour l'ensemble des clients (83 ans). Le Tableau 6 illustre la répartition des hommes et des femmes selon les tranches d'âges. On ne note aucune différence significative entre les francophones et l'ensemble des aînés, sauf pour un pourcentage plus élevé de femmes francophones ayant 90-94 ans (25,5 % comparativement à 16,2 % pour l'ensemble des femmes). Par ailleurs, près de 50 % de la cohorte francophone sont des aînés veufs, 30,5 % sont mariés et 12,2 % n'ont jamais été mariés. En fait d'éducation, un pourcentage plus élevé de la cohorte francophone n'a pas terminé le secondaire (56,4 % comparativement à 46,7 % pour l'ensemble des aînés), mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

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

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Francophone	Tous	Francophones	Tous	Francophones	Tous
65-69	3,5	8,1	1,0	5,9	1,5	6,6

<b>70-74</b>	10,3	10,0	4,9	8,6	6,1	9,1
<b>75-79</b>	17,2	17,6	11,8	13,7	13,0	14,9
<b>80-84</b>	24,1	23,0	23,5	22,3	23,7	22,5
<b>85-89</b>	27,6	24,3	28,4	27,0	28,2	26,1
<b>90-94</b>	10,3	13,5	<b>25,5</b>	<b>16,2</b>	22,1	15,4
<b>95-99</b>	6,9	3,1	4,9	5,7	5,3	4,9
<b>100+</b>	0	0,4	0	0,6	0	0,6
<b>Âge moyen</b>	83,3	82	85,5	83,5	85	83

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

### **3.3.2.2 Besoins des aînés francophones ayant recours aux soins à domicile**

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

De façon générale, on note que les aînés de la cohorte francophone ont reçu moins de jours de services de soins à domicile, en moyenne, que l'ensemble des aînés de la région de Winnipeg.

On rapporte une moyenne de 912 jours pour les aînés francophones par comparaison à 1313 jours pour l'ensemble des aînés de Winnipeg. Les besoins ayant rapport aux activités de la vie quotidienne, comme s'habiller et manger, sont très similaires entre les aînés de la cohorte francophone et l'ensemble des aînés. Par contre, on remarque une différence par rapport aux activités plus élaborées, dites de la vie domestique, comme la préparation des repas, l'entretien général et le ménage de la maison, la gestion des finances personnelles, le transport, les emplettes et l'utilisation du téléphone. Les aînés de la cohorte francophone semblent avoir une plus grande difficulté à accomplir ces tâches que l'ensemble des aînés ayant recours aux soins à domicile à Winnipeg.

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

Les services demandés auprès des intervenants en soins à domicile sont plus souvent une aide en lien avec les soins personnels (hygiène et soins de santé de base) (56,6 %) et une aide à l'entretien ménager (48,1 %).

Par rapport aux traitements ou aux thérapies spécialisés, on note un pourcentage plus élevé de demandes de bracelet d'alerte médicale ou de système d'alerte électronique à des fins de sécurité (25,2 %), de nourriture convenant à un régime alimentaire spécial (16 %) et d'accompagnement chez le médecin ou à la clinique (15,3 %). Une différence entre la cohorte francophone et l'ensemble des aînés de Winnipeg est notée avec un pourcentage plus élevé de demandes de bracelet d'alerte médicale ou de système d'alerte électronique à des fins de sécurité (25,2 % par comparaison avec 16,9 % pour l'ensemble des aînés) et de services d'ergothérapie (2,3 % par comparaison avec 0,8 % pour l'ensemble des aînés). On note une différence à la baisse pour la visite chez le médecin ou à la clinique (15,3 % comparativement à 24 % pour l'ensemble des aînés). De plus, un moins grand pourcentage d'aînés francophones a eu à faire un séjour à l'hôpital (au moins une nuit) dans les 90 jours précédant l'étude (17,6 %). Ce pourcentage s'élève à 25,7 % pour l'ensemble des aînés.

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

### **3.3.3 Soins de longue durée pour les aînés francophones de Winnipeg**

Les soins de longue durée pour aînés francophones sont disponibles à deux établissements, soit Actionmarguerite -Taché à Saint-Boniface et Actionmarguerite - Valade à Saint-Vital. Ces deux établissements sont gérés par Actionmarguerite, une des œuvres de la Corporation catholique en santé du Manitoba, avec une entente de service avec l'Office régional de la santé de Winnipeg.

À la suite d'une requête auprès du programme de soins de longue durée de l'Office régional de la santé de Winnipeg, un profil des aînés francophones qui habitent dans ces foyers a été recueilli à partir de la banque de données Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) (Pushniak, 2012).

Les données démographiques pour ces deux établissements et pour l'ensemble des établissements de soins de longue durée de la ville de Winnipeg ont été recueillies à partir des données du troisième trimestre (Q3, juillet-septembre) de 2011. Les indicateurs de qualité sont présentés pour l'année 2011. Une comparaison des données portant sur les deux foyers de Saint-Boniface et de Saint-Vital ainsi que sur l'ensemble des foyers de soins de longue durée de la ville de Winnipeg sera présentée ci-dessous.

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

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

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

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

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

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

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

De façon générale, les résidents d'Actionmarguerite - Taché et d'Actionmarguerite - Valade souffrent moins de problèmes médicaux que les résidents des foyers de longue durée de Winnipeg.

Les diagnostics prédominants pour les aînés francophones vivant à Actionmarguerite - Taché et à Actionmarguerite - Valade sont les maladies neurologiques (77 % et 84 %), telles que la démence associée à l'Alzheimer (41,5 % et 71,2 %). Les diagnostics de maladies cardiovasculaires (52,1 % et 61,5 %), de maladies musculo-squelettiques (42,2 % et 50 %) et d'hypertension (41,5 % et 51,9 %) sont également élevés. On retrouve également un taux élevé de maladies reliées à la santé mentale, telles que la démence autre que celle associée à l'Alzheimer (39 % et 62,8 %), des maladies psychiatriques (41,5 % et 43,6 %) et la dépression (36,1 % et 34,6 %). Les pourcentages présentés ci-dessus pour Actionmarguerite - Taché ne sont pas statistiquement différents des pourcentages observés pour les résidents de l'ensemble des foyers de longue durée de Winnipeg. Par contre, les pourcentages observés à Actionmarguerite - Valade pour les maladies neurologiques et les démences sont légèrement plus élevés que ceux notés pour l'ensemble des foyers de longue durée de Winnipeg. On note également un pourcentage plus élevé de résidents souffrant d'ostéoporose à Actionmarguerite - Valade, soit 26,3 % par comparaison avec 16,6 % pour les résidents de l'ensemble des foyers de soins de longue durée de Winnipeg. De plus, un plus grand pourcentage de résidents à Actionmarguerite - Valade souffrent de maladies sensorielles, de cataractes et de glaucome.

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



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

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

#### **4. L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS**

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

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

La langue et la culture peuvent créer une barrière dans l'accès aux services de santé, et ce, même lors du premier contact avec les services de santé (Bowen, 2011). Cela peut avoir pour conséquence que les personnes en situation minoritaire sont moins bien servies par les services de santé comparativement aux gens en situation majoritaire (Lesage et collab., 2012; Forgues et collab., 2011). La barrière linguistique peut avoir des effets négatifs sur les droits et la satisfaction des patients ainsi que sur les résultats des traitements (Forgues et collab., 2009).

Selon Bowen (2001), les obstacles à l'obtention de services de santé en français sont associés à des risques d'hospitalisation, à une augmentation du risque d'intubation pour les asthmatiques, à une différence dans les médicaments prescrits et à des nombres plus élevés de réactions indésirables causées par les médicaments. Finalement, il est possible que la gestion des maladies chroniques, telles que l'asthme et le diabète, soit moins adéquate (Bowen, 2001). Bowen (2001) explique aussi que la qualité des services peut être affectée par l'interaction avec le professionnel de la santé. Le non-respect de la confidentialité du dossier du patient ou l'obtention plus ou moins adéquate d'un consentement aux soins figurent parmi les conséquences d'une mauvaise communication patient-médecin (Bowen, 2001).

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

À part quelques études en Ontario et au Nouveau-Brunswick, peu de recherches portent sur la problématique du vieillissement et de l'accès aux soins de santé en français pour les aînés francophones vivant en situation minoritaire.

C'est pourquoi en 2008, la Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada (FAAFC, 2008) a défini cinq priorités de recherche, soit le vieillissement à domicile, l'accès aux services de longue durée, l'état de santé et la qualité de vie des aînés, la promotion de la santé et la prévention de la maladie et finalement, la santé mentale chez les aînés francophones.

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

Dans toutes les provinces, on constate que l'indice de vieillissement (population des 65 ans et plus / population des 0-15 ans) des francophones est plus élevé que chez les anglophones (Forgues et collab., 2011). Au Manitoba, cet indice s'élève à 2,24, par comparaison avec l'indice canadien qui est de 0,86. Le fait que la proportion d'aînés soit plus grande chez les francophones comparativement à la population totale crée une pression sur les services de longue durée (Forgues et collab., 2011). On constate également que la génération de « babyboomers » a des valeurs différentes par rapport à la sexualité, au rôle de la femme et des minorités, à l'utilisation des technologies de l'information et de communication ainsi qu'aux habitudes de vie qui vont influencer leurs besoins en vieillissant (Hodge, 2008). Par exemple, la nouvelle structure familiale (recomposition des familles) a pour conséquence que les aînés ont moins de soutien de la famille que dans le passé, ce qui met donc plus de pression sur les services de longue durée publics ou privés. Une nouvelle structure sociale et une plus grande implication de l'État sont nécessaires afin de subvenir aux besoins des aînés (Forgues et collab., 2001). En Ontario, quelques études suggèrent que les services de maintien à domicile répondraient aux désirs des aînés francophones (Ouellet, 1996), particulièrement en l'absence de services en français (Martel et Pinsonneault, 1996).

Au Nouveau-Brunswick, les foyers de soins ne sont pas assujettis à une loi quant à la langue d'usage dans ces foyers, mais en Ontario, la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* oblige les dirigeants de ces établissements à tenir compte des préférences ethniques, spirituelles, linguistiques, familiales et culturelles (Forgues et collab., 2011), et donc « la planification des soins de longue durée doit reconnaître et appuyer l'engagement d'offrir à la population francophone des services dans la langue de leur choix » (Martel et Pinsonneault, 1996). Au Manitoba, en l'absence d'une loi sur les services en français, la *Politique des services en langue française* permet aux établissements qui servent les francophones de bénéficier de services gouvernementaux par l'entremise du Secrétariat aux affaires francophones.

Une analyse géographique sur l'accessibilité des foyers de soins de longue durée pour les aînés de 75 ans et plus a été effectuée en 2011 au Nouveau-Brunswick (Forgues et collab., 2011). On constate que le nombre de lits des foyers de soins de longue durée a diminué de 1,2 % au Nouveau-Brunswick, a augmenté de 1 % au Manitoba et a augmenté de 11 % pour l'ensemble du Canada entre 2001 et 2008. Par contre, au Manitoba, on notait le plus grand nombre de lits par millier de population de 75 ans et plus au Canada en 2008 (Forgues et collab., 2011). Au Nouveau-Brunswick, bien que les proportions de foyers de soins (niveau 1 et 2) étant désignés comme offrant des services uniquement en français (33,8 %) ou des services bilingues (18,3 %) reflètent la proportion des anglophones et des francophones dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick, la répartition géographique n'est pas homogène, avec une absence de foyers de soins francophones ou bilingues dans les régions du Sud-Ouest et du Centre (Forgues et collab., 2011). On constate également une liste d'attente importante à l'hôpital et en communauté tant du côté francophone qu'anglophone. En conclusion de cette étude, l'accès des aînés francophones à des services de longue durée en foyers de soins est une problématique qui ne pourra que s'accroître étant donné le vieillissement de la population francophone minoritaire au Canada, avec un besoin accru de lits dans certaines régions géographiques où on a pu démontrer une pénurie (Forgues et collab., 2011).

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

Selon les études *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036* et *Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba* du Manitoba Centre for Health Policy, on prévoit une augmentation modeste (7,5 %) dans l'utilisation des foyers de soins de longue durée du Manitoba d'ici 2021, alors que cette augmentation deviendra plus importante au fur et à mesure que les « babyboomers » atteindront 85 ans, soit entre l'an 2031 et 2036 (Chateau et collab., 2012; Doupe et collab., 2011). À long terme, on estime que les planificateurs des services de santé et les responsables de politiques devront faire un choix : 1) augmenter et spécialiser les soins accordés dans les logements avec services de soutien (supportive housing), permettant à un plus grand nombre d'aînés d'y vivre, malgré leurs besoins en santé plus complexes, ou 2) augmenter le nombre de lits ou de foyers de soins de longue durée (Doupe et collab., 2011). Bien qu'un service de soutien associé au logement puisse être une solution de recharge aux foyers de soins de longue durée, les auteurs soulignent que ce type de service ne peut répondre qu'à 12 – 20 % des besoins. Donc, une augmentation éventuelle du nombre de lits dans les foyers de soins de longue durée serait nécessaire (Chateau et collab., 2012). On reconnaît également que l'augmentation des soins requis par les aînés de Winnipeg dépend en partie de l'appui informel offert à ces derniers (Chateau et collab., 2012). La présence d'une épouse ou d'enfants à proximité retarde leur besoin de service, mais a pour résultat qu'une fois qu'ils sont admis dans un foyer de soins de longue durée, leurs soins sont plus exigeants. De plus, la durée de vie en foyer de soins de longue durée est réduite. Pour les aînés n'ayant pas recours à un réseau d'appui informel tel qu'une épouse ou des enfants, le réseau formel doit pouvoir assurer le continuum de soins (Château et collab., 2012).

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

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

En utilisant des données administratives provinciales manitobaines, Chartier et ses collaborateurs (2012) constatent que la proportion de francophones qui a consulté au moins une fois un médecin en mesure d'offrir des services en français en 2008-2009 s'élève à 27,6 % pour les francophones de Saint-Boniface et 23,3 % pour les francophones de Saint-Vital. Ce pourcentage se compare à 23,3 % pour l'ensemble des francophones de Winnipeg et 28 % pour l'ensemble des francophones du Manitoba (Chartier et collab., 2012). De leur côté, de Moissac et ses collaborateurs (2011) constatent, par l'entremise d'un sondage distribué dans la communauté franco-manitobaine auprès d'un échantillon volontaire, que près de 50 % des répondants ont reçu des services en français de leur médecin de famille (de Moissac et collab., 2011). Les services sont également disponibles auprès d'autres professionnels, en moyenne pour 25 % des répondants. Les professionnels les plus souvent consultés pour lesquels les services en français sont le moins souvent obtenus sont les médecins spécialistes (8 %), les pharmaciens (14 %) et les optométristes (15 %) (de Moissac et collab., 2011).

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

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

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

Le profil sociodémographique de l'échantillon des aînés démontre que ces derniers sont mieux éduqués et financièrement plus stables que les aînés francophones de Winnipeg, selon les données de 2006 de Statistique Canada (Allaire et collab., 2010). Soixante-sept aînés francophones de la région urbaine ont participé à l'étude, dont 65 % étaient des femmes. Plus de 95 % étaient nés au Canada. Près de 40 % des répondants étaient mariés, 34,8 % étaient célibataires et 22,7 % étaient veufs ou veuves. Plus de 32 % des répondants avaient terminé des études universitaires supérieures, tandis que 10,8 % d'entre eux avaient terminé le niveau élémentaire, 23,1 % le niveau secondaire, 16,9 % l'école ou le collège technique et 12,3 % le baccalauréat universitaire.

En fait de revenu annuel, un plus grand nombre de répondants (31,3 %) avaient un revenu entre 10 000 \$ et 24 000 \$, tandis que 26,9 % avaient un revenu entre 25 000 \$ et 49 000 \$. Seulement 14,9 % des répondants avaient un revenu de 50 000 \$ ou plus. Notons toutefois que près de 24 % des répondants ont choisi de ne pas répondre à cette question portant sur leur revenu. Ces niveaux d'éducation et de revenu annuel des répondants sont supérieurs à la moyenne des aînés francophones et anglophones de Winnipeg (Allaire et collab., 2010).

Les répondants âgés de 65 ans et plus vivant à Winnipeg sont plus satisfaits de leur état de santé par rapport aux autres groupes d'âge, avec un pourcentage de 95 % comparativement à 85 % pour l'ensemble des répondants adultes. La grande majorité des répondants plus âgés (94 %) considère important ou très important de recevoir des services en français, tout comme les répondants des autres groupes d'âge (de Moissac et collab., 2011). Les aînés ne se renseignent pas de la même façon au sujet de leur santé que les gens des autres groupes d'âge qui eux préfèrent consulter un professionnel, leurs proches ou le Web. Les aînés se renseignent plutôt sur leur santé en lisant des documents publiés (42 %), en consultant un professionnel (39 %) et par l'entremise d'émissions de télévision (29 %). Près des deux tiers des aînés comprennent mieux les informations écrites sur la santé lorsqu'elles sont disponibles en français (65 %) et comprennent mieux les directives et les indications des professionnels de la santé lorsqu'elles sont expliquées en français (73 %), comparativement à l'ensemble des répondants (50 % et 57 %, respectivement). On note également que le français serait la langue qui permettrait une meilleure compréhension lors de consultations avec les professionnels de la santé pour 84 % des répondants plus âgés. Les aînés utilisent le bouche-à-oreille (69 %), l'affichage (62 %) et les annonces publicitaires (53 %) pour identifier les organismes de santé qui offrent des services en français.

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



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

Les professionnels qui sont moyennement consultés par les répondants âgés sont présentés au Tableau 9. Ces professionnels comprennent les infirmières praticiennes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les audiologistes. Dans le cas des trois premières professions, un plus grand pourcentage d'aînés reçoit des services en français par comparaison avec l'ensemble des répondants.

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

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

\*F/A signifie français et anglais.

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

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

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

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

\*F/A signifie français et anglais

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

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

## **5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

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

Les données sociodémographiques des aînés francophones démontrent qu'ils sont davantage à risque. Un plus grand pourcentage d'aînés francophones est sous-scolarisé et a un revenu annuel inférieur à celui des aînés non francophones. De plus, une grande proportion d'aînés n'ont pas une capacité en littéracie leur permettant de bien comprendre les informations écrites.

Les aînés de 80 ans et plus, qui sont plus fortement représentés par les femmes, ont davantage besoin d'appui pour la mobilité et d'aide à accomplir les activités de la vie quotidienne. De plus, un taux plus élevé d'aînés vivent seuls dans la communauté et de façon générale, les dépenses de santé sont plus élevées pour les personnes vivant seules. Tous ces facteurs peuvent contribuer aux disparités en lien avec la santé chez les aînés francophones.

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

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

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

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

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

1. Améliorer les services de pharmacie en français dans la collectivité et dans les foyers de soins de longue durée.

2. Augmenter l'accès pour les aînés francophones aux professionnels pouvant offrir des services en français, particulièrement dans les domaines suivants : optométrie, orthophonie, audiologie et médecine spécialisée.
3. Élargir et coordonner le continuum de services formels en français pour les aînés francophones, tant pour ce qui est des soins primaires que des logements avec soutien, des soins à domicile qui deviennent plus complexes et plus exigeants, des soins en foyers de soins de longue durée et des soins en fin de vie.
4. Incorporer et appuyer davantage les services informels (tels ceux des aidants naturels) dans ce continuum de services.

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

## 6. RÉFÉRENCES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (FCFA). (2009). *Profil des communautés francophones et acadiennes du Canada* (3<sup>e</sup> ed.). Récupéré le 10 mai 2012 de [http://profils.fcfa.ca/user\\_files/users/44/Media/Canada/canada\\_fr.pdf](http://profils.fcfa.ca/user_files/users/44/Media/Canada/canada_fr.pdf).

Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA). (2001, juin). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Récupéré le 10 mai 2012 de [http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque\\_De\\_La\\_Fcfa\\_Sections\\_33/Sante\\_Et\\_Services\\_Sociaux\\_84](http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque_De_La_Fcfa_Sections_33/Sante_Et_Services_Sociaux_84).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Récupéré le 9 octobre 2012 de [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# **Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services**

Objective 1 – Portrait of seniors' health, access to services and health needs

Danielle de Moissac and Margaux Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface

October 2012

This report is an initiative of the Conseil communauté en santé du Manitoba, which has been made possible by funding granted by Société Santé en français through Health Canada.

This report may be reproduced in whole or in part, provided the source is acknowledged.

How to cite this report:

de Moissac, D. and Roch-Gagné, M. (October 2012). Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services: Objective 1 – Portrait of seniors' health, access to services and health needs. Report produced for the Conseil communauté en santé du Manitoba, submitted in October 2012, 44 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Manitoba.

## TABLE OF CONTENTS

List of tables and figure .....	iv
1. Introduction.....	1
1.1 Background and research objective .....	1
1.2 Methodology .....	3
2. Seniors' sociodemographic profile .....	4
2.1 Manitoba Francophone seniors.....	4
2.2 St. Boniface and St. Vital seniors.....	6
3. Seniors' health.....	10
3.1 Health of Francophones in minority communities.....	10
3.2 Manitoba seniors' health .....	10
3.3 Health of St. Boniface and St. Vital Francophones .....	13
3.3.1 Manitoba Centre for Health Policy study .....	13
3.3.1.1 Health indicators .....	14
3.3.1.2 Health service use indicators .....	16
3.3.2 Home care for Francophone seniors in Winnipeg.....	18
3.3.2.1 Demographic profile of Francophone seniors using home care .....	18
3.3.2.2 Needs of Francophone seniors using home care .....	20
3.3.3 Long-term care for Winnipeg's Francophone seniors .....	21

3.3.3.1 Demographic profile of Francophone seniors living in long-term care facilities.....	22
3.3.3.2 Needs of Francophone seniors living in long-term care facilities .....	23
4. Access to French-language health services .....	24
4.1 Access to French-language services in official language minority communities .....	24
4.2 Access to French-language services in Manitoba.....	28
4.3 Access to French-language services by Manitoba’s Francophone seniors.	29
5. Conclusion and recommendations .....	34
6. References.....	38

**LIST OF TABLES AND FIGURE**

Table 1. Level of Education of Winnipeg Seniors.....6

Table 2. Distribution of Seniors by Age .....7

Table 3. Distribution of Seniors by Age and Sex.....9

Table 4. Comparison of Health Indicators of Francophones and non-Francophones in St. Boniface and St. Vital..... 14

Table 5. Comparison of Health Service Use Indicators for St. Boniface and St. Vital Francophones ..... 17

Table 6. Distribution of Seniors Using Home Care by Age and Sex ..... 19

Table 7. Distribution of Seniors Living in Long-term Care Facilities by Age ..... 22

Table 8. Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Most Commonly Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg..... 32

Table 9. Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Commonly Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg..... 33

Table 10. Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Least Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg.....33

**FIGURE**

Figure 1. Map of Winnipeg Showing Areas with Greater Concentrations of Francophones.....8



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Background and research objective

Manitoba is feeling the effects of its aging population, particularly the baby boom generation. It is estimated that the percentage of the population aged 65 and over will increase from 13.9% to 19.9% by 2026 (Centre on Aging, 2010). In addition, it is expected that the number of Manitobans over 75 years of age will almost double between 2007 and 2036 (Doupe et al., 2011). The demand for health care generally increases with age because seniors are more likely to suffer from chronic diseases and concomitant conditions, which increases the complexity and frequency of care (Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2011; Allaire et al., 2010; Marmen and Delisle, 2003). In addition, the loss of physical or cognitive autonomy is a process that requires more regular and continuous support to meet daily needs. This leads to significant challenges for health services, because members of the baby boom generation want to live longer, healthier lives while maintaining their independence and quality of life (Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), 2011b.). Health service planners and policy makers must therefore seek to improve support measures for seniors in the community (CHSRF, 2011b).

Manitoba has been designated as a province that promotes policies, services and structures that support seniors in their communities (CHSRF, 2011a). As an *age-friendly* province, Manitoba encourages all Manitoba seniors to lead active, socially engaged, independent lives that contribute to healthy aging and well-being (CHSRF, 2011a; Government of Manitoba n.d. (a)). Age-friendly communities celebrate the diversity of seniors, value their contributions, and encourage them to age actively, lead healthy lives and participate in all aspects of the community. These communities create safe, accessible environments for seniors and treat them with respect (CHSRF, 2011a; Government of Manitoba, n.d. (a)). The Manitoba government has implemented a number of health and access to health care programs to expand the continuum of care for seniors beyond long-term care health facilities (Doupe et al., 2011). One of these programs, established in 2004, is entitled “Aging in Place” (Government of Manitoba, n.d. (b)). This initiative is designed for seniors living alone, because they are more at risk of isolation, depression and malnutrition.

The purpose of this initiative is to ensure a safe and healthy environment for seniors in order to maintain their independence in the community as long as possible. A new tool has been developed as part of research by the Manitoba Centre for Health Policy, which assesses seniors' needs and determines the best way to ensure their care, whether at home, in supportive housing or long-term care facilities (Doupe et al., 2011). In addition, Manitoba now has a program that provides partial financial support for informal caregivers (CHSRF, 2011a). The provincial government recognizes the importance of supporting seniors in their communities.

Manitoba's Francophone seniors represent a particularly vulnerable population in terms of health and access to health services in their mother tongue. Secondary analyses of the Canadian Community Health Survey have suggested that living in minority communities can influence health (Bouchard et al., 2009). Some sociodemographic factors associated with Francophones in minority communities contribute to health disparities: a higher rate of aging, under-education, lower income and a higher percentage of individuals living in rural areas (Bouchard et al., 2009). It is recognized that in Manitoba, the Francophone population is aging faster than the Anglophone population and Francophones appear to be less healthy than non-Francophones of the same age (Chartier et al., 2012). Under-education, Francophone unilingualism and predominant use of the mother tongue when physical and emotional health are at risk also contribute to a greater need for seniors to have access to services in their language (Allaire et al., 2010). Access to French-language health services is limited. Only about half of Francophones have access to a family doctor who can provide services in French (de Moissac et al., 2011). The language in which health care services are received is particularly important for the aging population. It is clear that planning for French-language health care in Manitoba must include access to safe, high quality services for Manitoba's Francophone seniors. This is why the Conseil communauté en santé du Manitoba has targeted seniors as a priority group for receiving French-language services (CCS, 2009).

Therefore, the main purpose of this objective is to provide an overview of the health status of Manitoba Francophones aged 65 and over residing in St. Boniface and St. Vital.

A description of the health status of seniors living in the community, using home care and living in long-term care facilities will be presented first. The availability and accessibility of French-language health and social services in those areas will then be discussed. Finally, the health service needs of seniors who are living independently or who are losing autonomy and becoming dependent, will be identified.

## **1.2 Methodology**

Firstly, this research will involve a review of literature on the health of Francophone seniors in Canada, Manitoba and, if applicable, the communities of St. Boniface and St. Vital. The research will describe the demographic profile of Francophone seniors, their health status and access to French-language health and social services in Manitoba in order to better understand their service needs. It is important to note that there are very little data relating only to Francophone seniors living in St. Boniface and St. Vital. As a result, data on Manitoba seniors or Francophone seniors in official language minority communities will also be taken into account. Some data are readily available because the Centre on Aging and the Manitoba Centre for Health Policy at the University of Manitoba publish research related to our topic of interest. Several recent reports, including *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036* (Château et al., 2012), *Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba* (Doupe et al., 2011) and *Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba / La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba* (Chartier et al., 2012) were used, as well as data from Statistics Canada's 2006 Survey on the Vitality of Official-Language Minorities. In addition, administrative data from the Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) were used to further define the health status and needs of seniors receiving home care and seniors in long-term care facilities offering French-language services in St. Boniface and St. Vital: Actionmarguerite – Taché and Actionmarguerite – Valade, respectively. These data were assessed by comparing them with those for all users of these services provided by the Winnipeg Regional Health Authority, following approval obtained from the research ethics committees of the Université de Saint-Boniface and the Winnipeg Regional Health Authority.

Also, secondary analysis of data collected during the survey of the availability and accessibility of French-language health services in Manitoba (de Moissac et al., 2011) provided better understanding of the current status of Francophone seniors living in the community in Winnipeg. This analysis identified the French-language services requested by independent seniors and those received in this language from about 20 different types of professionals. All the information gathered provided an accurate picture of the health of Francophone seniors, their access to services and their needs.

## **2. SENIORS' SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE**

### **2.1 Manitoba's Francophone seniors**

Several organizations (Allaire et al., 2010, Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) 2009) recently produced a demographic profile of Manitoba's Francophone population, based on data from the federal census and the 2006 Survey on the Vitality of Official-Language Minorities. A brief description, which focuses on the aging population in urban areas, is provided below.

Manitoba Francophones account for just over 4% of the total population, which is more than 47,000 people with French or English and French as their mother tongue (Allaire et al., 2010). Taking into account the number of people with knowledge of French, including the Francophone immigrant population whose mother tongue is not French, the figure increases to 9.3% of the total population (Allaire et al., 2010). Although most Francophones (96.8%) are bilingual (Office of the Commissioner of Official Languages [OCOL], 2007), it remains true that a percentage of seniors are unilingual Francophones (Marmen and Delisle, 2003). In the communities of St. Boniface and St. Vital, which have been designated bilingual communities by the Government of Manitoba since 1999 (OCOL, 2007), there are 16,585 Francophone residents, representing 55% of Francophones living in Winnipeg (Chartier et al., 2012).

Note that most Francophone community organizations involved in cultural, educational, religious and especially health (services and professional training) initiatives (OCOL , 2007) have their headquarters in St. Boniface, which ensures the linguistic vitality of this urban community.

Seniors account for a significant percentage of the general population, and this trend is more pronounced among Franco-Manitobans. More than half (55%) of the Francophone population is aged 45 and over, whereas only 40% of the total Manitoba population is in this age group. Seniors aged 65 and over represent 20.8% of Franco-Manitobans compared to 13% of seniors in the total population (Chartier et al., 2012; Allaire et al., 2010; Marmen and Delisle, 2003). There is a deviation at this level from 45 years of age, which remains constant up to 75 years and over (Chartier et al., 2012; Lesage et al., 2012; Allaire et al., 2010). The population whose mother tongue is French is therefore aging significantly because the percentage of Francophones aged 65 and over is almost twice as high as those under 15 years of age (Chartier et al., 2012; Lesage et al., 2012).

In Manitoba, the percentage of women aged 65 and over is higher than that of men in the same age group (Centre on Aging, 2010). This trend is growing among seniors aged 85 and over, two thirds of whom are women. More than 55.5% of seniors aged 65 and over are married, but the percentage of widowhood increases with age. Almost three-quarters of men (73.3%) are married, but less than half of the women (42.2%) are (Centre on Aging, 2010). The average annual income of people 65 years and over in 2005 was \$28,365. Most seniors (40.7%) had an annual income between \$10,000 and \$19,999 (Centre on Aging, 2010). In general, women had a lower annual income than men of the same age. Nearly half of seniors aged 65 and over lived alone and had an annual income of less than \$20,000, and the percentage was greater among women (Centre on Aging, 2010). Unlike in all other age groups, the median income of Anglophones was higher than that of Francophone seniors aged 65 and over. This was true for both men and women, although income differences were smaller among women (Lesage et al., 2012). About 7.5% of expenses incurred by seniors aged 65 and over involved health care costs and 43% were for prescription drugs. This rate decreased to 33% among seniors not living alone.

Levels of education among Winnipeg’s Francophone and Anglophone seniors differed as shown in Table 1. At all academic levels except for apprenticeship or trades certificates or diplomas and university certificates or diplomas below the bachelor level, the percentage of Francophones was lower than that of Anglophones (Allaire et al., 2010).

A higher proportion (47.0%) of Francophones aged 65 and over living in Winnipeg had no certificate or diploma, compared to Anglophones of the same age group (36.6%) (Allaire et al., 2010).

**Table 1. Level of Education of Winnipeg Seniors**

	Anglophones	Francophones
<b>No certificate or diploma</b>	<b>36.6%</b>	<b>47.0%</b>
<b>High school diploma</b>	26.0%	16.9%
<b>Apprenticeship certificate or diploma</b>	11.4%	12.4%
<b>Cert. or diploma from a college or other non-university institution</b>	11.2%	8.5%
<b>University cert. or diploma below the bach. level</b>	3.9%	7.4%
<b>Bachelor’s degree</b>	5.4%	3.6%
<b>Cert. or diploma above bachelor level</b>	1.7%	1.6%

(Allaire et al., 2010)

## **2.2 St. Boniface and St. Vital seniors**

According to the 2011 census, seniors in the St. Boniface federal electoral district, which included the community of St. Boniface and a large part of the community of St. Vital, represented 15.7% of the total population, or 14,085 people (Statistics Canada, 2012a). This percentage was slightly higher than the statistics for the city of Winnipeg, where seniors represented 14.4% of the urban population, and the percentage at the provincial level, which was 14.3%. Table 2 presents a comparison of the percentages of seniors in St. Boniface, Winnipeg and Manitoba, taking into account cohorts aged 65 and over. The percentages of Francophone seniors slightly exceeded those of all seniors in the city of Winnipeg for all age groups except those aged 85 and over. The percentage of seniors in St. Boniface between 75 and 84 years was higher than for all Manitoba seniors.

**Table 2. Distribution of Seniors by Age**

Age Group	St. Boniface (%)	Winnipeg (%)	Manitoba (%)
65-69 years	28.6	28.1	29.1
70-74 years	21.9	21.4	22.3
75-79 years	19.1	18.7	18.3
80-84 years	16.2	15.6	14.8
85 years and over	14.1	16.2	15.5

(Statistics Canada, 2012a)

According to 2006 census data, a higher percentage of residents with French as their mother tongue (between 18% and 49%) lived in the residential neighbourhoods of north St. Boniface and Windsor Park (Figure 1). In these five census tracts, seniors represented 19.5% of the total population. In addition, there was a greater percentage of seniors aged 80 and over in three of these areas (identified by an asterisk in Figure 1), i.e. 46.3% compared with 30.4% for the entire St. Boniface riding and 30.3% for seniors in the province.





The distribution of senior men and women in the riding of St. Boniface was very similar to that of all seniors in Winnipeg: 58.2% were women and 41.7% were men (Statistics Canada, 2012a and b). Men were generally better represented in the younger age groups, 32% of men between 65 and 69 years of age. Comparatively, women outnumbered men in the 85 and over age group. This was attributable to women’s higher life expectancy (Ryan and Blandford, 2009). Statistics for St. Boniface were very similar to the data for the entire Winnipeg population (Table 3).

**Table 3. Distribution of Seniors by Age and Sex**

Age Group	St. Boniface		Winnipeg	
	% Men	% Women	% Men	% Women
65-69 years	32.0	26.2	31.8	25.5
70-74 years	23.7	20.6	23.1	20.2
75-79 years	19.7	18.6	19.3	18.3
80-84 years	15.3	17.0	14.3	16.5
85 years and over	9.3	17.6	11.4	19.6
<b>Total</b>	100	100	100	100

(Statistics Canada, 2012a and b)

The rate at which seniors were placed in facilities in Canada decreased. Ninety-three percent of seniors lived in the community and used various types of formal and informal support (CIHI, 2011). In Manitoba, 12.2% of people aged 65 and over lived in long-term care facilities (Centre on Aging, 2010). In the riding of St. Boniface, two facilities offered French-language long-term care services to their residents. At Actionmarguerite – Taché in St Boniface, there were 152 Francophone residents, who accounted for 47.2% of all residents (Puchniak, 2012). At Actionmarguerite – Valade in St. Vital, 161 residents were Francophones. They represented 96.4% of all residents (Puchniak, 2012). In addition, 102 seniors in St. Boniface (n = 90) and St. Vital (n = 12) received French-language home care provided by the Winnipeg Regional Health Authority (Slegers-Boyd, 2012). Francophones accounted for nearly 8% of seniors in these communities who received home care (Slegers-Boyd, 2012).

### **3. SENIORS' HEALTH**

#### **3.1 Health of Francophones in official language minority communities**

Statistical analyses of the Canadian Community Health Survey showed that Francophones perceived themselves as less healthy than the Anglophone majority (Bouchard et al., 2009). We noted that the Francophones in official language minority communities had more chronic health problems, were under more stress, consumed more alcohol, tobacco and drugs and had a smaller support network (Gaboury et al., 2009; Bouchard et al., 2009). More Francophones (20%) than Anglophones (17.2%) were suffering from two or more chronic diseases. For reference purposes, a study in Ontario showed that the prevalence of certain diseases, such as respiratory diseases, hypertension and musculoskeletal problems was higher among Francophones than Anglophones (FCFA, 2001 ). The socioeconomic and health profiles of Francophones in official language minority communities were not as good as those of majority Anglophone seniors in Ontario and there was greater drug use among Francophones in Toronto (Gagnon-Arpin and Bouchard, 2011; Bourbonnais, 2007). This suggested that Francophones were more likely to develop health problems, but the situation seemed to have improved since 2000 (Forgues et al., 2009).

#### **3.2 Manitoba seniors' health**

According to the health profile of Manitoba seniors, only 39.2% of people aged 65 and over described themselves as being in excellent or very good health. This trend was more pronounced among men (Centre on Aging, 2010). Life expectancy, as reported in 2006 was 81.7 years for women and 76.8 years for men (Ryan and Blandford, 2009). In 2005, 88.8% of Manitobans aged 65 and over reported having at least one chronic health problem. In addition, 49% of the population reported suffering from two or three chronic conditions (Ryan and Blandford, 2009). At least 20% of Manitoba seniors reported being affected by one of the following chronic diseases: arthritis/rheumatism (49.6%), hypertension (43.9%), back problems (23.9 %), cataracts (22.1%) and allergies not involving food (20.2%).

Women were more likely to have health problems than men, with the exception of back problems (Ryan and Blandford, 2009, Centre on Aging, 2010).

In 2005, the leading causes of death among Canadians aged 60 and over were malignant tumours (28.6%), followed by heart disease (24.3%) and cerebrovascular disease (6.8%) (Ryan and Blandford, 2009). In 2010, approximately 45% of deaths among people between 60 and 74 years of age were caused by cancer. In addition, 26% of deaths among seniors aged 75 and over were caused by heart problems (Centre on Aging, 2010).

Aging is normally associated with a reduction in mobility, following health problems and physical and sensory impairments in seniors. In 2007, 83.2% of Manitobans aged 65 and over reported no mobility problems or difficulties requiring them to seek personal or mechanical assistance (Ryan and Blandford, 2009 ). Only 4.9% of people between 65 and 75 years of age required the support of a cane, crutches or a wheelchair. Also, 17.7% of seniors aged 75 and over needed mobility assistance (Ryan and Blandford, 2009; Centre on Aging, 2010). Although there was no difference between men and women in terms of mobility, women aged 75 and over (32%) were more likely to have mobility problems that required the use of a wheelchair or another person's help compared to men in the same age group (17.9%). With respect to impaired vision and hearing, nearly 72% of seniors had vision problems corrected by glasses while 82.1% of seniors had no hearing problems (Ryan and Blandford, 2009).

In Manitoba, 36.8% of seniors needed assistance to perform at least one daily task. A quarter of people aged 65 and over needed help to perform at least one daily activity such as preparing meals, getting to appointments, running errands, doing housework or looking after their finances. This need increased with age: 14.6% of seniors 65 to 74 years of age reported this need, compared to 38.9% of seniors aged 75 and over. This need was also greater among women. In addition, 34.1% of people aged 65 and over needed help to do heavy housework. Only 3.2% of seniors needed mobility assistance in their home (Blandford and Ryan, 2009). About 23% of seniors aged 75 and over needed help. More women (27.3%) needed help than men (13.3%) (Ryan and Blandford, 2009).

In 2005, over 30% of Manitoba seniors reported that their mental health was excellent or very good (34.7%) (Ryan and Blandford, 2009, Centre on Aging, 2010). In addition, two-thirds of seniors had no cognitive problems and little difficulty solving everyday problems.

Seniors 75 years and over were more likely to have trouble remembering and solving everyday problems (35.5%) compared to those aged between 65 and 74 (25%) (Ryan and Blandford, 2009, Centre on Aging, 2010). In addition, we noted that a large percentage of seniors did not have the literacy skills needed to understand written information, including information on leaflets, transportation schedules, and any health documents (Centre on Aging, 2010). This finding was even more pronounced among Francophone seniors living in official language minority communities (Boivin, 2007).

Seniors were more likely to use drugs as an essential element of their chronic disease treatment plan. It was therefore important that seniors have timely access to safe, effective drug treatments appropriate for their medical condition. Some drugs can cause side effects which may not only increase the risk of morbidity and mortality, but also lead to hospitalizations and increase the number of doctor visits (Fick et al., 2003). Seniors were more likely to suffer adverse effects caused by complex drug treatments or changes caused by aging that influence drug absorption (Hanon et al., 2001). For example, polypharmacy remained a problem in Canada because nearly one in four seniors (23%) were taking 10 or more prescription drugs (CIHI, 2011). The Canadian Institute for Health Information (CIHI) conducted some studies on prescription drug use by seniors who were covered by public drug insurance plans, which highlighted trends in prescription drug use by Manitoba seniors. In 2005–2006, 25.2% of seniors used drugs potentially contraindicated for older adults because of a high risk of side effects. However, this trend had been declining since 2000–2001 (CIHI, 2007). The rate of chronic use of drugs potentially contraindicated for seniors and psychotropic drugs (antipsychotics and antidepressants) was higher among women and people aged 85 and over (CIHI, 2007; CIHI 2009a; CIHI 2012 ). Psychotropic drugs that predisposed users to a higher risk of falls were used by 34% of seniors in the community and 75% of seniors in long-term care (CIHI, 2012). Antipsychotic drugs used to treat the behavioural and psychological symptoms of dementia in seniors were used by 2.6% of seniors living in the community and 37.7% of seniors in long-term care (CIHI 2009a).

There was increased use of proton pumps, which were prescribed to treat acidity in the gastrointestinal tract and posed an increased risk of hip fracture due to osteoporosis when used long term. Chronic use of proton pumps was also rising (CIHI, 2009b).

### **3.3 Health of St. Boniface and St. Vital Francophones**

#### **3.3.1 Manitoba Centre for Health Policy study (2012)**

A recent report entitled “Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba (2012),” based on administrative data from the Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) described the health status of Francophones in Manitoba (Chartier et al., 2012). Individuals who attended a school offering a “français” program, people who resided in a Francophone personal care home and people who requested their health-related correspondence in French were included in the Francophone cohort. Overall, the health status of the Francophone cohort in Manitoba was similar to the matched cohort of other Manitobans, but there was some regional variation. Some health and health service use indicators differed significantly, with a prevalence of diabetes mellitus, coronary interventions, dementia, antidepressant prescriptions and a lack of follow-up after a new treatment for depression, a potentially inappropriate prescribing of benzodiazepines (sedatives), injury hospitalization, accidental falls, admission to a long-term care facility and a long wait time for admission to this type of facility. These indicators will be described in greater detail in the following sections.

In terms of self-reported health, emotional well-being and satisfaction with life, there were no significant differences between Franco-Manitobans and other Manitobans. This also applied to life stress and work stress, the frequency of binge drinking and smoking. An item that differed involved self-reported health status. Using data from the Canadian Community Health Survey (CCHS) for the Winnipeg Regional Health Authority, researchers at the Manitoba Centre for Health Policy found that Winnipeg Francophones were less likely to report that their mental health was “excellent” or “very good” than other Manitobans living in Winnipeg, after controlling for sociodemographic and lifestyle factors (Chartier et al., 2012).

A birth cohort effect analysis showed that Francophones born before 1958 appeared to be less healthy than other Manitobans of the same age and Francophones born after 1958 (Chartier et al., 2012).

A comparison of five health indicators revealed that older Francophones had a higher rate of diabetes, higher hospital separation rate, and a higher quantity of prescription drugs than those of other older Manitobans. Although the differences were not statistically significant, being Francophone appeared to have an influence on seniors' health (Chartier et al., 2012).

### 3.3.1.1 Health indicators

Table 4 presents data on the health indicators of Francophones in the communities of St. Boniface and St. Vital compared to non-Francophone Manitobans living in those communities. The table presents a synthesis of health problems where the rates for Francophones and non-Francophones living in communities listed above differed significantly. These data referred to the entire Francophone cohort, not just seniors. However, the issues raised may relate to seniors.

**Table 4. Comparison of Health Indicators of Francophones and non-Francophones in St. Boniface and St. Vital**

Health Indicators	St. Boniface	St. Vital
Suicide or suicide attempt	↓	
Total respiratory morbidity prevalence	↓	↓
Diabetes mellitus	↑ (St. Boniface West)	
Schizophrenia	↓	
Dementia	↑	
Cardiac catheterization		↑
Percutaneous coronary intervention		↑
Knee replacement surgery		↓
Antibiotic prescriptions		↓
Antidepressant prescriptions		↑ (St. Vital North)
Potentially inappropriate prescribing of benzodiazepines to community dwelling older adults	↑	↑

(Chartier et al., 2012)

As shown in Table 4, the rates for certain health problems or medical conditions differed among Francophones and non-Francophones living in St. Boniface and St. Vital.

Examples where Francophones had higher rates than the non-Francophone control group, which were related more directly to seniors will be discussed later.

In terms of medical conditions, a higher percentage of Francophones living in St. Boniface West suffered from diabetes mellitus, a chronic condition related to insulin and sugar digestion (Chartier et al., 2012 ). In addition, Francophone residents of St. Vital were more likely to undergo surgery for coronary heart disease (problems with blood flow to the heart) than non-Francophones in this community, although prevalence of cardiovascular diseases such as hypertension and ischemic heart disease (lack of oxygen flowing to the heart muscle) was not observed in this group. However, there were higher rates of cardiac catheterization, a method of assessing ischemic heart disease, and percutaneous coronary intervention, which involves treating narrowed coronary arteries, among Francophones than non-Francophones living in St. Vital. In general, rates of coronary interventions were higher for the entire Franco-Manitoban cohort (Chartier et al., 2012).

With respect to mental health conditions, a higher percentage of Francophones living in St. Boniface suffered from dementia, which is characterized by a loss of brain function affecting memory, behaviour, learning and communication (Chartier et al., 2012). This definition applies to people aged 55 and over diagnosed with dementia who require at least one doctor's visit or hospitalization. Although the Francophone cohort showed no prevalence of depression or anxiety disorders, we noted a higher rate of antidepressant prescriptions for Francophones living in St. Vital North than for non-Francophones living in the same area. Although the differences were not statistically significant, there was a lower rate of antidepressant prescription follow-up for Francophones in St. Vital. It is essential to monitor a patient's response to an antidepressant to modify treatment if necessary, particularly after the initial diagnosis of depression. Follow-up is defined as three doctor visits within four months of filling the prescription for the new antidepressant, following a diagnosis of depression (Chartier et al., 2012).

There was also a higher rate of inappropriate prescribing of benzodiazepines to seniors living in the communities of St. Boniface and St. Vital (Chartier et al., 2012).

Benzodiazepines are generally prescribed to treat anxiety disorders, panic disorders, insomnia, seizures, muscle spasticity and alcohol withdrawal. Tolerance and physical and psychological dependence may occur with prolonged use; their long-term use is not recommended for seniors<sup>2</sup>. The higher rate of potentially inappropriate prescribing of benzodiazepines applied only to residents living in the community, not to residents in personal care homes, where the rates were slightly higher than those for non-Francophones, but not statistically significant (Chartier et al., 2012).

### **3.3.1.2 Health service use indicators**

Table 5 presents data on health service use indicators, which measure the services used by Francophones in the communities of St. Boniface and St. Vital compared to non-Francophone Manitobans living in these communities. This table presents a summary of health services where rates are statistically different between Francophones and non-Francophones living in communities under study. Note that these data refer to the entire Francophone cohort, not just seniors. However, the issues raised may relate to seniors. Also, these services are not only services available in French, but all health services to which the general public has access.

---

<sup>2</sup> *The data above refer to residents who had at least two benzodiazepine prescriptions or at least one prescription for benzodiazepine with a greater than 30-day supply.*



**Table 5. Comparison of Health Service Use Indicators for St. Boniface and St. Vital Francophones**

Health Service Indicators	St. Boniface	St. Vital
Percentage of seniors who received an influenza immunization	↑	
Mammogram prevalence	↑	
Injury hospitalizations	↑	
Personal care home admission	↑	
Personal care home residents	↑	↑
Median wait time for admission to a personal care home	↑	

(Chartier et al., 2012)

As shown in Table 5, there were differences in the rate at which Francophones and non-Francophones living in St. Boniface used some health services. Examples where Francophones had higher rates than the non-Francophone control group or related more directly to seniors will be discussed later.

There were some positive findings regarding the use of health services by St. Boniface and St. Vital Francophones. The higher percentage of seniors who received an influenza immunization and the prevalence of mammography are two examples (Chartier et al., 2012). In terms of hospital services, Francophone residents of St. Boniface were hospitalized more often for injuries primarily caused by accidental falls. The percentage of accidental falls among the Franco-Manitoban cohort was a little higher than that of the non-Francophone group (53% and 49%, respectively) (Chartier et al., 2012).

Some findings were related to personal care homes (long-term care facilities). Francophone residents aged 75 and over in St. Boniface and St. Vital were more likely to be admitted and live in a personal care home than non-Francophones in the same age group living in these two communities (Chartier et al., 2012). In St. Boniface, the percentage of residents living in personal care homes was twice as high among Francophones as non-Francophones, while in St. Vital, the percentage was 1.5 times higher. However, the average wait time for admission to a personal care home was higher for Francophones than non-Francophones in St. Boniface.

The wait time was equal to the number of weeks elapsed until the half the residents on the wait list were admitted to the home. The wait time for Francophones was twice as long, nearly 16 weeks, compared to nearly 8 weeks for non-Francophones. The wait time for Francophone seniors in St. Vital was about 8 weeks (Chartier et al., 2012).

### **3.3.2 Home care for Winnipeg's Francophone seniors**

The home care program managed by the Winnipeg Regional Health Authority provides services to seniors living in the community. Pursuant to a request from the program director, a profile of Francophone seniors who use these services was developed using the Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) database (Slegers-Boyd, 2012). It is important to note that persons aged 65 and over as of December 31, 2011 who requested that they be served in French were selected among all users in Winnipeg to form the cohort of Francophone seniors. This Francophone cohort was compared to all clients of the same age throughout the Winnipeg area. The items where there were significant differences between the two groups will be described below.

#### **3.3.2.1 Demographic profile of Francophone seniors using home care**

The cohort of Francophone seniors who used home care included 131 individuals, including 78% (n = 102) who lived in St. Boniface (n = 90) and St. Vital (n = 12). This cohort represented 8% of seniors in the home care program in St. Boniface and St. Vital and 1.6% of seniors in the home care program in Winnipeg. Nearly 78% of the Francophone seniors group was composed of women, compared to 69.3% for all clients. The Francophone seniors were from 66 to 99 years of age, with an average age of 85 years, which was slightly higher than for all clients (83 years). Table 6 shows the distribution of men and women by age groups. There was no significant difference between Francophones and all seniors, except for a higher percentage of Francophone women in the 90 to 94 age group (25.5% compared to 16.2% for all women). In addition, nearly 50% of the cohort were senior Francophone widowers, 30.5% were married and 12.2% had never been married.

In terms of education, a higher percentage of the Francophone cohort had not completed high school (56.4% compared to 46.7% of all seniors), but this difference was not statistically significant.

**Table 6. Distribution of Seniors Using Home Care by Age and Sex.**

Age Group	Men		Women		Total	
	Francophones	All	Francophones	All	Francophones	All
<b>65–69</b>	3.5	8.1	1.0	5.9	1.5	6.6
<b>70–74</b>	10.3	10.0	4.9	8.6	6.1	9.1
<b>75–79</b>	17.2	17.6	11.8	13.7	13.0	14.9
<b>80–84</b>	24.1	23.0	23.5	22.3	23.7	22.5
<b>85–89</b>	27.6	24.3	28.4	27.0	28.2	26.1
<b>90–94</b>	10.3	13.5	<b>25.5</b>	<b>16.2</b>	22.1	15.4
<b>95–99</b>	6.9	3.1	4.9	5.7	5.3	4.9
<b>100+</b>	0	0.4	0	0.6	0	0.6
<b>Average age</b>	83.3	82	85.5	83.5	85	83

According to the most recent comprehensive assessment performed between 2009 and 2011, nearly 36% of Francophone seniors using home care lived with their informal caregiver. The informal caregiver was most often the child (or son-in-law / daughter-in-law) (60.3%) or husband / wife (20.6%), but could also be another family member (9.2%), or a friend / neighbour (6.1%). Only 3.8% of the Francophone cohort had no informal caregiver, but 21.4% had no secondary informal caregiver, and therefore no additional support if the primary informal caregiver was not available. This was consistent with Canadian data where 97% of home care clients relied on the support of informal caregivers to maintain their independence (CIHI, 2011). We also noted that some Francophone seniors using home care were left alone all the time, i.e. 7.6% compared to 14.8% of all seniors using home care in Winnipeg.

### **3.3.2.2 Needs of Francophone seniors using home care**

Seniors who use home care have physical and psychosocial needs. We used MDS data to assess these needs. The needs of seniors in the Francophone cohort were compared with those of all clients of the same age throughout the Winnipeg area. The items where there was a significant difference between the two groups will be described below.

In general, we note that, on average, seniors of the Francophone cohort received fewer days of home care than all the seniors in the Winnipeg area. Francophone seniors reported an average of 912 days compared to 1,313 days for all seniors in Winnipeg. Requirements relating to daily activities, such as dressing and feeding themselves, were very similar among seniors in the Francophone cohort and all seniors. However, there was a difference regarding more complex domestic activities, such as meal preparation, general maintenance and housekeeping, managing personal finance, transportation, grocery shopping and telephone use. Seniors in the Francophone cohort appeared to have greater difficulty with these tasks than all seniors using home care in Winnipeg.

Seniors in the Francophone cohort were primarily diagnosed with hypertension (64%) and arthritis (57%), which appeared to be the most common chronic diseases reported. Osteoporosis (22.9%), cataracts (20.6%), thyroid diseases (19.9%), diabetes (17.6%) and stroke (17.6%) were diseases reported by nearly one-fifth of the Francophone cohort. Reports of these diseases by all seniors in the Winnipeg area were similar. There was a difference between the Francophone cohort and all seniors regarding dementia other than that associated with Alzheimer's disease. Francophones suffered less (6.9%) from the disorder than all seniors (16.9%). However, a higher percentage of Francophone seniors expressed fears that appeared to be unfounded (7.6%) compared to all seniors (4.2%). Although there were higher percentages of repeated complaints regarding anxiety (14.5%) and health (13.7%) compared to all seniors (9.1% and 5.3 %, respectively), a lower percentage of Francophone seniors suffered from a medical problem causing difficulties related to cognition, emotion, daily activities or unstable behaviour.

Most services requested from home care service providers involved personal care (hygiene and basic health care) (56.6%) and assistance with housekeeping (48.1%). With respect to specialized treatments or therapies, there was a higher percentage of requests for medical alert bracelets or safety alert systems (25.2%), food for special diets (16%) and accompaniment to the doctor's office or clinic (15.3%). There was difference between the Francophone cohort and all seniors in Winnipeg in terms of the higher percentage of requests for medical alert bracelets or safety alert systems (25.2% compared to 16.9% of all seniors) and occupational therapy (2.3% compared to 0.8% of all seniors). The percentage of visits to the doctor or clinic was lower (15.3% compared to 24% of all seniors). In addition, a lower percentage of Francophone seniors had to stay in hospital (at least overnight) within 90 days preceding the survey (17.6%). The figure was 25.7% for all seniors.

There was significant medication use among seniors using home care. Over 53% of seniors in the Francophone cohort used nine or more different medications (prescribed for the seven days preceding the survey) and 32.8% used between five and eight. This percentage was not statistically different from the percentage for all seniors.

### **3.3.3 Long-term care for Winnipeg's Francophone seniors**

Long-term care for seniors were available at two Francophone facilities: Actionmarguerite – Taché in St. Boniface and Actionmarguerite – Valade in St. Vital. Both facilities were managed by Actionmarguerite, one of the works of the Catholic Health Corporation of Manitoba under a service agreement with the Winnipeg Regional Health Authority. Pursuant to a request to the Winnipeg Regional Health Authority's long-term care program, a profile of Francophone seniors who lived in these homes was developed using the Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) database (Pushniak, 2012). The demographic data for both facilities and all long-term care facilities in the city of Winnipeg were collected from the data for the third quarter (Q3, July to September) of 2011. The quality indicators are presented for 2011. A comparison of data on two personal care homes in St. Boniface and St. Vital, as well as all long-term care facilities in the city of Winnipeg will be presented below.

### 3.3.3.1 Demographic profile of Francophone seniors living in long-term care facilities

A large number of residents asked to receive services in French, especially at Actionmarguerite – Valade, where they represented 96.4% (n = 161) of residents. At Actionmarguerite – Taché, the percentage was 47.2% (n = 152) and 5.4% (n = 346) for all homes in Winnipeg. There were more senior women than men in St. Boniface and St. Vital personal care homes: 65.8% of residents at Actionmarguerite – Taché, 82% at Actionmarguerite – Valade and 72.1% at all personal care homes in Winnipeg were women. The percentage of female residents increased with age. Table 7 presents the distribution by age group. There were some differences between Actionmarguerite – Taché and Actionmarguerite – Valade. At Actionmarguerite – Taché, nearly 18% of residents were not seniors, compared to less than 2% at Actionmarguerite – Valade and 5% in Winnipeg. More residents at Actionmarguerite – Taché were aged 95 and over (22.7%) compared to 13.2% at Actionmarguerite – Valade and 11.9% in Winnipeg. At Actionmarguerite – Valade, a greater percentage of residents were between 80 and 94 years of age, as in all long-term care facilities in Winnipeg.

**Table 7. Distribution of Seniors Living in Long-term Care Facilities by Age**

Age Group	Actionmarguerite	Actionmarguerite	Winnipeg
	Taché	Valade	
65–69	5.6	0.6	3.4
70–74	6.2	5.4	4.8
75–79	5.3	4.2	9.7
80–84	8.4	15.6	18.4
85–89	15.8	26.9	26.3
90–94	18.6	32.3	20.9
95–99	16.8	9.6	9.9
100 and over	5.9	3.6	2.0
<b>Total</b>	<b>82.6</b>	<b>98.2</b>	<b>95.4</b>

A greater percentage of seniors living long-term care facilities were widowed, 25.2% at Actionmarguerite – Taché and 46.1% at Actionmarguerite – Valade, but some were married (14.6% at Actionmarguerite – Taché and 16.2% at Actionmarguerite – Valade). These percentages were similar to those for all long-term care facilities in Winnipeg.

### **3.3.3.2 Needs of Francophone seniors living in long-term care facilities**

Seniors living long-term care facilities had long-term physical and psychosocial needs. We used MDS data to assess these needs. The needs of seniors in Francophone long-term care facilities were compared to all long-term care facilities in Winnipeg based on data from the fiscal year 2011 or the third quarter of 2011. The items where there was a significant difference between the two groups will be described below.

In general, residents of Actionmarguerite – Taché and Actionmarguerite – Valade had fewer medical problems than residents in long-term care facilities in Winnipeg. Francophone seniors living at Actionmarguerite – Taché and Actionmarguerite – Valade were primarily diagnosed with neurological diseases (77% and 84%) such as dementia associated with Alzheimer's (41.5% and 71.2%). Diagnoses of cardiovascular disease (52.1% and 61.5%), musculoskeletal diseases (42.2% and 50%) and hypertension (41.5% and 51.9%) were also high. There was also a high percentage of mental health diseases such as dementia other than that associated with Alzheimer's (39% and 62.8%), psychiatric disorders (41.5% and 43.6%) and depression (36.1% and 34.6%). The percentages presented above for Actionmarguerite – Taché were not statistically different from the percentages observed for residents of all long-term care facilities in Winnipeg. However, the percentages of neurological diseases and dementia recorded at Actionmarguerite – Valade were slightly higher than those for all long-term care facilities in Winnipeg. There was also a higher percentage of residents with osteoporosis at Actionmarguerite – Valade, 26.3% compared to 16.6% for residents in all long-term care facilities in Winnipeg. In addition, a greater percentage of residents at Actionmarguerite – Valade suffered from sensory diseases, cataracts and glaucoma.

The level of care required by residents for daily activities, ranging from independence to total dependence, was very similar between Actionmarguerite – Taché and all long-term care facilities in Winnipeg. A larger percentage of residents at Actionmarguerite – Taché required physical restraints, 23.7% compared to 14.4% in all long-term care facilities in Winnipeg. However, there was a lower percentage of falls (9.9%) than in all long-term care facilities in Winnipeg (14.3%).

At Actionmarguerite – Valade, seniors suffered a greater loss of independence. A higher percentage (62.1%) of residents were level 2, i.e. dependent or completely dependent, than in all long-term care facilities in Winnipeg (39.6%).

There was significant medication use among residents in long-term care facilities. At Actionmarguerite – Taché, 58.1% of residents used nine or more different medications compared to 40.8% at Actionmarguerite – Valade and 42.6% at all long-term care facilities in Winnipeg.

#### **4. ACCESS TO FRENCH-LANGUAGE HEALTH SERVICES**

##### **4.1 Access to French-language services in official language minority communities**

Francophones in minority communities in Canada often faced a shortage of services in their mother tongue, particularly health services, which could affect their health (Forgues et al., 2011; Marmen and Delisle, 2003). Although it is recognized that the language of communication between the patient and the health care professional is an essential component of access to effective health care services (Bowen, 2001; Lepage et al., 2012), there was a significant gap in services available in English and French (FCFA, 2001).

Language and culture can create a barrier to access to health services, even when individuals initiate the first contact with health services (Bowen, 2011). As a result, people from minority communities may not receive the same level of health services as members of the majority community (Lesage et al., 2012; Forgues et al., 2011).



The language barrier may have adverse effects on patient rights and satisfaction as well as treatment outcomes (Forgues et al., 2009). According to Bowen (2001), barriers to obtaining French-language health services are associated with increased risk of hospital admission, increased risk of intubation for asthmatics, differences in prescribed medication and a greater number of adverse drug reactions. Finally, management of chronic diseases such as asthma and diabetes may be less adequate (Bowen, 2001). Bowen (2001) also explained that quality of care may be affected by interaction with health care professionals. Failure to protect patient confidentiality or to obtain adequate informed consent are some of the consequences of poor patient-doctor communication (Bowen, 2001).

According to the Fédération des communautés francophones et acadiennes, the main barriers to access to French-language health services were supply, demand, the density of Francophone communities, Francophones' reluctance to express their needs and the lack of Francophone organizations (FCFA, 2001). With respect to supply, the FCFA (2001) explained that there were obstacles in the institutionalization and organization of service delivery as well as the visibility and availability of Francophone professionals. With respect to demand, the FCFA (2001) suggested that barriers could be caused by Francophones' reluctance to ask for French-language services and the small size of Francophone communities. The FCFA concluded that the language barrier reduced the likelihood of receiving services to prevent more serious health problems. In addition, the barrier increases the duration of the consultation, the probability of use of diagnostic tests and the likelihood of misdiagnosis. The language barrier also decreases treatment compliance and satisfaction with services used (FCFA, 2001).

Apart from a few studies in Ontario and New Brunswick, there is little research on aging issues and access to French-language health care for Francophone seniors in official language minority communities. This is why in 2008, the Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada (FAAFC, 2008) identified five research priorities: aging in place, access to long-term services, seniors' health and quality of life, health promotion and disease prevention, and finally, the mental health of Francophone seniors.

The Association acadienne et francophone des aînés et aînées du Nouveau-Brunswick (AAFANB) is also concerned about Francophone seniors' access to long-term services. In particular, it is focusing on the shortage of long-term care facilities offering French-language services in some parts of New Brunswick, which is also a problem in other parts of Canada (Forgues et al., 2011).

Francophones' aging index (population aged 65 and over / population aged 0–15) is higher than that of Anglophones in all provinces (Forgues et al., 2011). In Manitoba, the index is 2.24, compared with the Canadian index, which is 0.86. The fact that the percentage of seniors is greater among Francophones compared to the total population puts pressure on long-term services (Forgues et al., 2011). Also, the baby boom generation has different values regarding sexuality, the role of women and minorities, the use of information and communication technology and lifestyle, which will influence their needs as they age (Hodge, 2008). For example, the new family structure (blended families) means that seniors have less family support than in the past, which puts more pressure on public or private long-term services. A new social structure and greater state involvement are required to meet the needs of seniors (Forgues et al., 2001). In Ontario, some studies suggested that supportive housing would meet the desires of Francophone seniors (Ouellet, 1996), particularly in the absence of French-language services (Martel and Pinsonneault, 1996). In New Brunswick, long-term care facilities are not subject to a statute regarding the language used in these facilities, but in Ontario, the *Homes for the Aged and Rest Homes Act* requires that the executives of these facilities take ethnic, spiritual, linguistic, familial and cultural preferences into account (Forgues et al., 2011), and therefore “long-term care planning must recognize and support the commitment to provide members of the Francophone population with services in the language of their choice” (Martel and Pinsonneault, 1996). Although there is no legislation on French-language services in Manitoba, the French Language Services Policy enables facilities that serve Francophones to receive government services through the Francophone Affairs Secretariat.

In 2011, a geographical analysis was performed in New Brunswick on the ability of seniors 75 years and over to access long-term care facilities (Forgues et al., 2011).

The number of beds in long-term care facilities decreased by 1.2% in New Brunswick and increased by 1% in Manitoba and 11% for all of Canada between 2001 and 2008. However, Manitoba had the largest number of beds per thousand population aged 75 and over in Canada in 2008 (Forgues et al., 2011). In New Brunswick, although the percentage of long-term care facilities (level 1 and 2) designated as providing French-language services only (33.8%) or bilingual services (18.3%) reflected the percentage of Anglophones and Francophones throughout New Brunswick. The distribution was not uniform, with a lack of Francophone or bilingual long-term care facilities in the Southwest and Central regions (Forgues et al., 2011). There was also a significant wait list at hospitals and in the community among both Anglophones and Francophones. The study concluded that Francophone seniors' access to long-term care facility services was a problem that would only worsen given the aging of Canada's Francophone minority population, with an increased need for beds in certain geographic areas where shortages had been demonstrated (Forgues et al., 2011).

In Manitoba, Deroche (2009) stated that there was a lack of adequate temporary housing options for Winnipeg seniors. Deroche (2009) proposed measures to increase housing options for seniors. Some proposed measures involved increasing support for seniors living in groups, increasing supportive housing capacity and expanding long-term care accommodation (Deroche, 2009).

According to the *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036* and *Population Aging and the Continuum of Older Adult Care in Manitoba* studies conducted by the Manitoba Centre for Health Policy, a modest increase (7.5%) in the use of long-term care facilities in Manitoba is expected by 2021, while the increase will become more significant as baby boomers reach 85 years of age, between 2031 and 2036 (Château et al., 2012; Doupe et al., 2011). In the long term, it was estimated that health care planners and policy makers must decide whether to: 1) increase and specialize the care provided in supportive housing, allowing a greater number of seniors to live there, despite their more complex health needs, or 2) increase the number of long-term care beds or facilities (Doupe et al., 2011). Although supportive housing can provide an alternative to long-term care facilities, the authors noted that this service could only meet 12–20% of the demand.

Thus, a future increase in the number of beds in long-term care facilities would be necessary (Château et al., 2012). It was also recognized that increased care required by Winnipeg seniors depended in part on the informal support they received (Château et al., 2012). If a spouse or children were available, the need for services was delayed. However, once these seniors were admitted to long-term care facilities, they required more care. In addition, lifespan was reduced in long-term care facilities. The formal network must provide a continuum of care for seniors who do not use an informal support network such as a spouse or children (Château et al., 2012).

#### **4.2 Access to French-language services in Manitoba**

According to data from the 2006 Survey on the Vitality of Official-Language Minorities, 43% of Franco-Manitobans reported that it was important or very important for them to obtain French-language health services. However, English was commonly used in interactions with nurses (70%), the family doctor (77%), as well as professionals and specialists providing health care (80%) (Lesage et al., 2012). Approximately 15% of physicians and 8% of nurses in Manitoba could conduct a conversation in French, but only 2.6% of physicians and 4.1% of nurses regularly used this language at work (Lepage et al., 2012). A health professionals' lack of knowledge of French, as perceived by respondents, was the main reason cited by Manitoba Francophones to explain the lack of French-language services during their consultations. This perception significantly influenced the choice of language used during discussions. However, regardless of their primary language, most Francophones (82%) used English when they consulted various health professionals (Lesage et al., 2012).

Using the Manitoba's province administrative data in Manitoba, Chartier and his colleagues (2012) found that 27.6 % of Francophones in St. Boniface and 23.3% of Francophones in St. Vital consulted a physician who could provide French-language services at least once in 2008–2009. This compared to 23.3% for all Winnipeg Francophones and 28% for all Francophones in Manitoba (Chartier et al., 2012). Based on a survey distributed in the Franco-Manitoban community involving a volunteer sample, de Moissac and her colleagues (2011) found that nearly 50% of respondents received French-language services from their family physician (de Moissac et al., 2011).

The services were also available from other professionals for an average of 25% of respondents. Professionals most frequently consulted from whom French-language services were least frequently obtained were specialists (8%), pharmacists (14%) and optometrists (15%) (de Moissac et al., 2011).

### **4.3 Access to French-language services by Manitoba's Francophone seniors**

In Manitoba, more seniors (94.2%) had access to a regular family physician compared to members of younger age groups (Centre on Aging, 2010). According Forgues et al (2011), Francophone seniors consulted health professionals more often than Anglophone seniors did. There were French-language services in Manitoba, but they were not available to all Francophone seniors. It was easier to receive French-language services in urban areas because more Francophone professionals practiced there (Lesage et al., 2012).

A survey of the availability and accessibility of French-language health services in Manitoba was conducted in 2011 (de Moissac et al., 2011). The following data were taken from a secondary analysis conducted to better understand the perspectives of Winnipeg seniors. When recruiting participants, health services users, a paper version of the survey was distributed to eight St. Boniface personal care homes where the residents were aged 55 and over. Although it was impossible to group only St. Boniface and St. Vital seniors for the secondary analysis, the great majority of data discussed below came from seniors in these communities. Also, it should be noted that these seniors lived in the community or in supporting housing and not in long-term care facilities.

The demographic profile of the sample of seniors showed that they were better educated and more financially stable than Winnipeg's Francophone seniors, according to 2006 data from Statistics Canada (Allaire et al., 2010). Sixty-seven Francophone seniors from the urban area participated in the study, 65% of whom were women. More than 95% were born in Canada. Nearly 40% of respondents were married, 34.8% were single and 22.7% were widowed. Over 32% of respondents had completed postgraduate studies, while the other respondents had completed elementary school (10.8%), high school (23.1%), vocational school or college (16.9%) and a bachelor's degree (12.3%).

In terms of annual income, a greater number of respondents (31.3%) had an income between \$10,000 and \$24,000, while 26.9% had an income between \$25,000 and \$49,000. Only 14.9% of respondents had incomes of \$50,000 or more. However, it should be noted that nearly 24% of respondents chose not to answer this question on income. The respondents' levels of education and annual income were above average compared to Anglophone and Francophone seniors in Winnipeg (Allaire et al., 2010).

Respondents aged 65 and over living in Winnipeg were more satisfied with their health compared to other age groups, at 95% compared to 85% for all adult respondents. The vast majority of senior respondents (94%) considered it important or very important to receive French-language services, as did those in other age groups (de Moissac et al., 2011). Seniors did not obtain information on their health the same way as people of other age groups who preferred to consult a professional, their relatives or the Internet. Seniors tended to obtain information on their health by reading published documents (42%), consulting professionals (39%) and watching television programs (29%). Nearly two-thirds of seniors found it easier to understand written health information when it was available in French (65%) and the instructions and guidance of health professionals when they were explained in French (73%) compared to all respondents (50% and 57%, respectively). Also, 84% of senior respondents found it easier to understand health professionals during consultations if French was used. Seniors used word of mouth (69%), signage (62%) and advertising (53%) to identify health organizations that provide French-language services.

As with all respondents, less than half of seniors were willing to wait longer to receive French-language services, even in the absence of an emergency and few were accompanied by an interpreter (17%). However, seniors were more likely to complain (68%) than all participants (44%) when the services were not available in French in a designated bilingual facility.

The percentage of respondents who reported that they asked for French-language services and dealt with professionals who could offer French-language services was higher among seniors than the general Francophone population.

Table 8 shows the percentage of senior respondents who requested French-language services and were greeted and received services in this language from the professionals most frequently consulted. Demand for French-language services was higher among Winnipeg's Francophone seniors (64.7%) than all Franco-Manitoban respondents (57.7%). With respect to the greeting and services obtained from the Francophone family physicians, nurses, dental hygienists and dentists, the averages were higher for seniors (52.25% for the greeting and 55% for services) compared with the total population (36.25% for the greeting and 35.25% for services). However, in terms of the greeting and services received in French from optometrists, pharmacists and medical specialists, the percentage of seniors who used these services (average of 6.7% for the greeting and 7.3% for services) was lower than the percentage for all respondents (average 11.3% for the greeting and 12.3% for services).

Professionals who were commonly consulted by senior respondents are presented in Table 9. These professionals included nurse practitioners, chiropractors, physical therapists and audiologists. In the case of the first three occupations, a larger percentage of seniors received French-language services compared to all respondents. However, audiology services were in greater demand among seniors, but this group was greeted in French much less frequently.

**Table 8 – Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Most Commonly Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg**

Professionals:	Demand				Greeting				Service				n
	Sometimes	Often	Always	Total	French	English	F/E*	Total	French	English	F/E*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Family physician	23	7	50	<b>80</b>	<b>59</b>	39	2	100	<b>63</b>	37	0	100	59
Nurse	14	12	57	<b>83</b>	<b>59</b>	33	8	100	<b>54</b>	35	11	100	46
Dental hygienist	17	17	36	<b>70</b>	<b>43</b>	55	2	100	<b>49</b>	51	0	100	43
Dentist	13	2	53	<b>68</b>	<b>48</b>	46	7	100	<b>54</b>	44	2	100	54
Optometrist	19	7	17	<b>43</b>	<b>9</b>	91	0	100	<b>10</b>	90	0	100	48
Pharmacist	23	6	19	<b>48</b>	<b>8</b>	86	7	100	<b>8</b>	91	2	100	53
Specialist	31	15	15	<b>61</b>	<b>3</b>	97	0	100	<b>4</b>	96	0	100	53
<i>Average</i>	<i>20</i>	<i>9.4</i>	<i>35.3</i>	<i>64.7</i>	<i>32.7</i>	<i>63.9</i>	<i>3.7</i>	<i>–</i>	<i>35.6</i>	<i>63.4</i>	<i>2.1</i>	<i>–</i>	<i>50.9</i>

\*F/E means French and English.



**Table 9 – Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Commonly Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg**

Professionals:	Demand				Greeting				Service				n
	Sometimes	Often	Always	Total	French	English	F/E*	Total	French	English	F/E*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Nurse practitioner	14	12	57	<b>83</b>	<b>64</b>	33	3	100	<b>52</b>	45	3	100	29
Chiropractor	10	14	38	<b>62</b>	<b>43</b>	54	3	100	<b>47</b>	53	0	100	30
Physiotherapist	9	13	39	<b>61</b>	<b>28</b>	69	3	100	<b>32</b>	64	4	100	28
Audiologist	25	6	13	<b>44</b>	<b>8</b>	92	0	100	<b>14</b>	86	0	100	21
<i>Average</i>	<i>14.5</i>	<i>11.25</i>	<i>36.75</i>	<b><i>62.5</i></b>	<b><i>35.75</i></b>	<i>62</i>	<i>2.25</i>	–	<b><i>36.25</i></b>	<i>62</i>	<i>1.75</i>	–	<i>27</i>

**Table 10 – Demand for French-language Services and Greeting/Services from Professionals Least Consulted by Francophone Seniors in Winnipeg**

Professionals:	Demand				Greeting				Service				n
	Sometimes	Often	Always	Total	French	English	F/E*	Total	French	English	F/E*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Psychologist	31	0	54	<b>85</b>	<b>47</b>	41	12	100	<b>56</b>	31	13	100	16
Social worker	27	18	27	<b>72</b>	<b>56</b>	44	0	100	<b>55</b>	36	9	100	11
Dietitian	25	25	31	<b>81</b>	<b>68</b>	32	0	100	<b>53</b>	35	12	100	17
Massage therapist	20	7	33	<b>60</b>	<b>27</b>	69	4	100	<b>25</b>	75	8	100	16
Speech therapist	14	0	14	<b>28</b>	<b>0</b>	100	0	100	<b>10</b>	90	0	100	10
Naturopathic doctor	9	0	27	<b>36</b>	<b>5</b>	90	5	100	<b>0</b>	93	7	100	14
<i>Average</i>	<i>21</i>	<i>8.3</i>	<i>31</i>	<b><i>60.3</i></b>	<b><i>33.8</i></b>	<i>62.7</i>	<i>3.5</i>	–	<b><i>33.2</i></b>	<i>60</i>	<i>8.2</i>	–	<i>11.7</i>

\*F/E means French and English.

For all respondents (18% vs. 15%) and the percentage of seniors who received French-language services was slightly less than that of all respondents (14% vs. 15%). More seniors had access to French-language services from professionals such as psychologists, social workers and dietitians who were consulted less often by senior respondents (Table 10). Seniors obtained the services of massage therapists and speech therapist less frequently in French compared to all respondents.

In conclusion, this secondary analysis found that Francophone seniors living in Winnipeg had little access to French-language services in the fields of specialized medicine, pharmacy, optometry, speech pathology and audiology. These fields are particularly important for an aging population.

## **5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS**

As the baby boom generation reaches retirement age, the effects of the aging of the population are being felt in Manitoba and elsewhere in Canada. The Franco-Manitoban population is aging at a faster rate than Manitoba's non-Francophone population. The communities of St. Boniface and St. Vital have the highest percentage of seniors in Winnipeg as well as seniors aged 80 and over. Most seniors live in the community, so it is important to provide access to health care services at home or in the surrounding community.

Sociodemographic data show that Francophone seniors are more at risk. A greater percentage of Francophone seniors are under-educated and have lower annual incomes than non-Francophone seniors. In addition, a large percentage of seniors do not have the literacy skills they need to understand written information. Seniors aged 80 and over, an age group that includes a very large percentage of women, have a greater need for mobility support and assistance with daily activities. Also, a higher percentage of seniors live alone in the community and health expenditures are generally higher for people living alone. All these factors may contribute to health disparities among Francophone seniors.

Being Francophone appears to have an influence on the health of seniors in Manitoba. More than 88% of Manitoba seniors report having at least one chronic health problem. Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital have higher rates of coronary intervention, diabetes and hospital separation than non-Francophone seniors. In terms of the prescription drug use, Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital living in the community are at greater risk of receiving potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines. Also, they receive more antidepressant prescriptions with less antidepressant prescription follow-up, and use a greater quantity of prescription drugs, which increases their risk of falling, particularly in long-term care facilities. This may require hospitalization for accidental injury, which is more common among Francophone seniors in these communities than elsewhere in Winnipeg. Although drug treatment is essential for members of the aging population, it can jeopardize their safety. It is therefore important that pharmaceutical services be available and accessible to seniors living in the community and in long-term care facilities.

Francophone seniors using home care receive fewer days of service than non-Francophones, but have greater needs in terms of more complex daily activities such as shopping and managing their finances. The most frequently requested specialized treatment items are medical alert bracelets or safety alert systems, which suggests that these seniors live alone or do not live near their informal caregiver. In fact, only one third of these seniors live with their informal caregivers. Also, the use of nine or more drugs is more common among Francophone seniors than all seniors using home care in Winnipeg.

Although a higher percentage of Francophone seniors are admitted to long-term care facilities and become residents there, Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital have longer average wait times before being admitted to a personal care home than non-Francophone seniors. There is a shortage of long-term care facilities that can provide French-language services. The percentage of seniors aged 95 and over living in these Francophone personal care homes is higher than it is in all personal care homes in Winnipeg.

Although seniors living in Francophone long-term care facilities are generally in better health than their peers in non-Francophone personal care homes in Winnipeg, the most common medical problems are neurological disorders and cardiovascular disease, and a higher rate of dementia and osteoporosis, especially at Actionmarguerite – Valade. In addition, residents at Actionmarguerite – Valade require a higher level of daily care. At Actionmarguerite – Taché, a higher percentage of residents use nine or more drugs. This suggests that seniors living in long-term care facilities in St. Boniface and St. Vital are older and require more care.

Access to French-language health services is important for Francophone seniors, who are also more willing to complain when these services are not available. Although the percentage of Francophones who have received French-language health services differs from one study to another, it is clear that French-language services are not available to everyone who wishes to receive them. Independent seniors living in the community who have an above-average socioeconomic status seem to have a greater access to health professionals who can provide French-language services than all Francophones in Manitoba, except in terms of certain professionals such as medical specialists, pharmacists, audiologists, speech therapists and optometrists. Yet these professionals are often consulted by seniors, who suffer more often from chronic problems, take more prescription drugs and suffer from vision problems.

In light of the data presented above, the following recommendations are made:

1. Improve French-language pharmaceutical services in the community and in long-term care facilities.
2. Increase Francophone seniors' access to professionals who can provide French-language services, especially in the following fields: optometry, speech therapy, audiology and specialized medicine.
3. Expand and coordinate the continuum of formal French-language services for Francophone seniors, both in terms of primary care and supportive housing, home care, which is becoming more complex and demanding, care in long-term facilities and end of life care.
4. Incorporate and increase support for informal services (such as those provided by informal caregivers) in the continuum of services.

It is important to understand the needs of Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital as well as their access to French-language health services in their community to ensure safe, appropriate, high quality care. Although the Aging in Place program encourages seniors to live in the community and supports them, the shortage of long-term care facilities that can provide French-language services, and prolonged wait times for admission oblige seniors to remain in the community. The government is taking steps to develop tools to assess the needs of seniors to improve response, but with the growing number of seniors, especially women seniors living alone, home care will need to evolve to better respond to health needs that are becoming more complex.

## 6. REFERENCES

- Allaire, G., Bouchard, L., Charbonneau, M. and Morin, V. (April 2010). *Profil sociodémographique du Manitoba*. Interdisciplinary research group on health care for Francophones / Franco-Ontarian Institute, Laurentian University, Sudbury, Ontario.
- Boivin, N. (2007). Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick, *Francophonies d'Amérique*, 23-24, 31-44. Retrieved from <http://id.erudit.org/iderudit/1005391ar>.
- Bowen, S. (2001). Language Barriers in Access to Health Care, Health Canada. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php>.
- Bouchard, L., Gaboury, I. and Chomienne, M. (2009). La santé en francophonie canadienne : Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé? *Association des médecins de langue française du Canada, Bulletin*, 42 (2).
- Bourbonnais, V. (2007). *La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire : État des lieux en Ontario*. University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. Retrieved May 11, 2012 from <http://www.rssfes.on.ca/files/uploads/rssfes-files/santeainesfrancosvbourbonnais2008.pdf>.
- Centre on Aging. (2010). *Profile of Manitoba's seniors*. University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba.
- Chartier, M., Finlayson, G., Prior, H., McGowan, K., Chen, H., de Rocquigny, J., Walld, R. and Gousseau, M. (2012). *La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba / Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba*. Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, Manitoba.
- Château, D., Doupe, M., Walld, R., Soodeen, R.-A., Ouelette, C. and Rajotte, L. (2012). *Projecting Personal Care Home Bed Equivalent Needs in Manitoba Through 2036*. Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, Manitoba.
- Office of the Commissioner of Official Languages. (2007). *The Winnipeg Francophone Community: Vitality indicators for official language minority communities, 1: Francophones in urban settings*. Ottawa, Ontario.
- Conseil communauté en santé du Manitoba. (2009). *Préparer le terrain – Sommaire et plan d'action 2006-2009*. Retrieved May 11, 2012 from <http://ccsmanitoba.ca/babillard/publications>.
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Roch-Gagné, M. and Giasson, F. (2011). *Availability and Accessibility of Health Services in French in Manitoba*. Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Manitoba.

Deroche, F. (2009). *Identifying the Perceived Health Issues & Needs of Francophones in Manitoba*. Winnipeg: Consultation Deroche Consulting.

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

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada. (2008). *Une population vieillissante : enjeux et options*. Retrieved May 10, 2012 from <http://www.faaqc.ca/communications/publications/m%C3%A9moires>.

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (FCFA). (2009). *Profiles of the Francophone and Acadian Communities of Canada* (3rd ed.). Retrieved May 10, 2012 from [http://profils.fcfa.ca/user\\_files/users/44/Media/Canada/canada\\_en.pdf](http://profils.fcfa.ca/user_files/users/44/Media/Canada/canada_en.pdf).

Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA). (2001, June). *Improving Access to French-Language Health Services*. Retrieved May 10, 2012 from [http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque\\_De\\_La\\_Fcfa\\_Sections\\_33/Sante\\_Et\\_Services\\_Sociaux\\_84](http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque_De_La_Fcfa_Sections_33/Sante_Et_Services_Sociaux_84).

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

Canadian Health Services Research Foundation. (2011a). *Synthesis report: Better with age*. Retrieved May 10, 2012 from [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Canadian Health Services Research Foundation. (2011b). *Provincial and Territorial Health System Priorities: An Environmental Scan*. Retrieved May 10, 2012 [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Forgues, E., Doucet, M., and Noël, J. (2011). L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être. *Canadian Journal on Aging*, p. 1-12.

Forgues, E., Noël, J., Nkolo, C., and Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation : L'état de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, Moncton, New Brunswick.

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

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

Government of Manitoba. (n.d.(a)). Age-friendly province initiative. Retrieved July 13, 2012 from [www.Manitoba.ca/agefriendly](http://www.Manitoba.ca/agefriendly).

Government of Manitoba (n.d. (b)). *Aging in Place: Housing Options for Older Manitobans* Retrieved July 12, 2012 from <http://www.gov.mb.ca/health/aginginplace/docs/aip.pdf>.

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

Hodge, G. (2008). *The Geography of Aging, preparing communities for the Surge in Seniors*. Montreal, Quebec: McGill–Queen’s University Press.

Canadian Institute for Health Information. (2012). *The Use of Selected Psychotropic Drugs Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2001 to 2010*. Retrieved July 26, 2012 from <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC589>.

Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health Care in Canada, 2011: Focus on Seniors and Aging*. Retrieved October 9, 2012 from [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf).

Canadian Institute for Health Information. (2009a). *Antipsychotic Use in Seniors: An Analysis Focusing on Drug Claims, 2001 to 2007*. Retrieved July 26, 2012 from <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC490>.

Canadian Institute for Health Information. (2009b). *Proton Pump Inhibitor Use in Seniors: An Analysis Focusing on Drug Claims, 2001 to 2008*. Retrieved July 26, 2012 from <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC505>.

Canadian Institute for Health Information. (2007). *Drug Claims by Seniors: An Analysis Focusing on Potentially Inappropriate Use of Medications, 2000-2006*. Retrieved July 26, 2012 <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC454>.

Lesage, J., Bouchard-Coulombe, C. and Chavez, B. (2012). *Portrait of Official Language Minorities in Canada: Francophones in Manitoba*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada.

Marmen, L. and Delisle, S. (2003). *Healthcare in French outside Quebec*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada.

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

Ouellet, R. (1996) Two innovative projects for Francophone seniors in Ottawa–Carleton. *Reflets : revue d’intervention sociale et communautaire*, 2(2), 161–166.

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



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

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

Statistics Canada. (2012a). St. Boniface, Manitoba (Code 46009) and Manitoba (Code 46) (table). Census Profile, 2011 Census, product no. 98-316-XWE in the Statistics Canada catalogue. Ottawa. Released May 29, 2012, accessed July 25, 2012 at <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>.

Statistics Canada. (2012). Winnipeg, Manitoba (Code 4611040) and Manitoba (Code 46) (table). Census Profile from the, 2011 Census, product no. 98-316-XWE from the Statistics Canada catalogue. Ottawa. Released May 29, 2012, accessed July 25, 2012 at <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>.