

Université de Montréal

Expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est du point de vue des professionnelles et professionnels de la réadaptation et des personnes proches aidantes

Par

Lemo-Dolma Karma

École de réadaptation, Faculté de médecine

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en Sciences de la réadaptation

Décembre 2022

© Lemo-Dolma Karma, 2022

Ce mémoire intitulé

Expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est du point de vue des professionnelles et professionnels de la réadaptation et des personnes proches aidantes

Présenté par
Lemo-Dolma Karma

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Martine Lévesque

Présidente-rapporteuse

Louise Demers

Directrice de recherche

Julie Masse

Codirectrice de recherche

Daniel Côté

Membre du jury

Abrégé

Introduction : Les personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est (PAAE) font partie intégrante de la population québécoise sujette à utiliser des services de réadaptation. Toutefois, elles peuvent avoir des difficultés à en bénéficier, notamment en raison des écarts culturels et sociétaux entre leur pays d'origine et d'accueil, ce qui pourrait les désavantager par rapport à la population générale.

Objectif : Comprendre les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE, du point de vue des professionnelles et professionnels de la réadaptation et des personnes proches aidantes.

Méthodologie : Une recherche qualitative descriptive a été menée. Neuf cliniciennes (huit ergothérapeutes et une physiothérapeute) et trois personnes proches aidantes ont participé au projet. Les données ont été collectées via quatre groupes de discussion focalisée et une analyse thématique a été effectuée.

Résultats : Selon les cliniciennes et les personnes proches aidantes, les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE sont influencées par quatre facteurs : 1) les défis de la communication relatifs à la barrière linguistique et la réticence des PAAE à exprimer leurs besoins ; 2) la forte implication de la famille afin de soutenir la récupération et d'assurer le maintien à domicile ; 3) les croyances et perceptions en santé reliées à la définition de l'autonomie et aux décisions de santé ; et 4) les défis dans l'alliance thérapeutique.

Conclusion : Ces facteurs sont à considérer tant au niveau de l'évaluation que de l'intervention en réadaptation auprès des PAAE. Ils peuvent constituer de pistes d'amélioration afin que les services rendus soient mieux adaptés à leurs besoins tout en tenant compte de leurs réalités culturelles.

Mots clés : Utilisation des services, réadaptation, personnes âgées, immigrantes et immigrants, Asie de l'Est

Abstract

Introduction: East Asian origin older adults (EAOA) form an important part of the population in Quebec who are likely to use rehabilitation services. However, they may face difficulties in benefiting from these services, partly due to cultural and societal differences between their countries of origin and their host countries, which could disadvantage them compared to the general population.

Objective: To understand EAOAs' experiences in using rehabilitation services from the perspective of rehabilitation professionals and caregivers.

Methodology: A descriptive qualitative research study was conducted. Nine clinicians (eight occupational therapists and one physical therapist) and three caregivers participated in the project. Data were collected through four focus groups and a thematic analysis was conducted.

Results: According to the rehabilitation professionals and caregivers of this study, EAOAs' experiences of rehabilitation services utilization are shaped by four factors: 1) communication challenges related to language barriers and EAOAs' reluctance to express their needs; 2) the strong involvement of family in supporting the recovery and in ensuring that elderly people to remain at home; 3) health beliefs and perceptions regarding the definition of autonomy and health-related decisions; and 4) challenges in the therapeutic alliance.

Conclusion: These factors should be taken into consideration in rehabilitation care with EAOA both in terms of assessment and intervention. They may constitute avenues for improvement to better adapt the services provided to the needs of these individuals while also considering their cultural realities.

Keywords: Services utilization, rehabilitation, older adults, immigrants, East Asia

Table des matières

Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	8
Liste des sigles et abréviations	9
Remerciements	10
Chapitre 1 — Introduction	12
Chapitre 2 — Recension des écrits sur les expériences de soins dans les systèmes de santé occidentaux	16
Chapitre 3 — Méthodologie	19
3.1 Devis	19
3.2 Participants de l'étude	19
3.3 Échantillonnage et recrutement	20
3.4 Description de l'échantillon	22
3.5 Approbation éthique	23
3.6 Collecte de données	23
3.7 Guides d'entrevue	23
3.8 Analyse des données	26
3.9 Journal de bord	28
Chapitre 4 — Résultats	29
4.1 Défis de la communication	29
4.1.1 Prépondérance de la barrière linguistique	29
4.1.1.1 Impacts cliniques créés par la barrière linguistique	29

4.1.1.2 Solutions imparfaites aux barrières linguistiques.....	30
4.1.2 Réticence à exprimer des besoins.....	32
4.2 Forte implication de la famille.....	33
4.2.1 Raisons et répercussions de l'implication familiale	33
4.2.2 Filles, conjointes et conjoints en tant que personnes proches aidantes.....	35
4.2.3 Implication familiale pour le maintien à domicile	36
4.3 Croyances et perceptions en santé.....	38
4.3.1 Sens accordé à l'autonomie	38
4.3.2 Perceptions des conditions de santé et de leurs traitements	40
4.3.3 Attitudes envers des pronostics difficiles	41
4.4 Défis dans l'alliance thérapeutique.....	42
4.4.1 Établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations	43
4.4.2 Établissement de la relation thérapeutique	45
Chapitre 5 — Discussion.....	48
Chapitre 6 — Conclusion.....	58
Références bibliographiques.....	59
Annexes	70
Annexe 1 - Message de recrutement pour les professionnelles et professionnels de réadaptation.....	70
Annexe 2 - Message de recrutement pour les personnes proches aidantes, en français et en anglais.....	72
Annexe 3 -Questionnaires des données descriptives utilisés pour des professionnelles et professionnels	75

Annexe 4 - Questionnaires des données descriptives utilisés des personnes proches aidantes	81
Annexe 5- Formulaire d'information et de consentement pour professionnelles et professionnels	87
Annexe 6- Formulaire d'information et de consentement pour les personnes proches aidantes	91
Annexe 7 : Certificat d'approbation éthique	95
Annexe 8 - Guide d'entrevue pour les groupes de cliniciennes	97
Annexe 9 : Guide d'entrevue pour le groupe de personnes proches aidantes	100
Annexe 10 – Extraits du journal de bord.....	104

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données descriptives des cliniciennes (n=9).....	22
Tableau 2 : Données descriptives des personnes proches aidantes (n=3)	22
Tableau 3: Thèmes de discussion et questions pour les groupes de cliniciennes	25
Tableau 4 : Thèmes de discussion et questions pour les personnes proches aidantes	25
Tableau 5 : Facteurs influençant les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE, illustrés par des extraits	47

Liste des sigles et abréviations

CLSC : Centre local de services communautaires

EAOA : East Asian origin older adults

FIC : formulaire d'information et de consentement

MDH-PPH : Modèle de développement humain — Processus de production du handicap

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAAE : personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est

Remerciements

Mener une maîtrise de recherche a été, pour moi, une expérience exigeante et enrichissante, difficile et excitante. Le processus fut parsemé de nouveaux apprentissages et de découvertes, sans toutefois oublier les moments d'incertitudes et de stress. Aussi déterminée et passionnée que je fus pour mener un tel projet de recherche, un environnement soutenant m'a aidé à surmonter de nombreux défis, parfois inattendus. J'aimerais saisir l'occasion de remercier les personnes et instances qui ont été de grand soutien durant mon parcours à la maîtrise.

Mes plus grands remerciements vont sans doute à mes directrices de recherche, mesdames Louise Demers et Julie Masse. Vous m'avez offert un merveilleux encadrement, tant sur les plans théorique, scientifique et financier que sur le plan humain. Merci de m'avoir aidée continuellement à trouver l'équilibre entre les approches cliniques et scientifiques pour assurer la cohérence et rigueur de mon projet de recherche. Merci d'avoir fait de mon projet une priorité dans vos horaires. Je me demande souvent comment vous êtes parvenues à trouver autant de disponibilités pour répondre à mes abondantes demandes, parfois de dernière minute (« parfois » étant très souvent). Merci pour votre grande patience et votre adaptation à ma vitesse d'avancement, vous m'avez laissé la chance d'apprivoiser et de m'approprier chaque étape du processus. J'ai également beaucoup apprécié l'encouragement continu ; vos capacités à me rassurer et à me remonter le moral m'ont surprise chaque fois. Je ressentais le pouvoir de conquérir mon projet après chacune de nos rencontres, jusqu'à la rencontre suivante. Je suis également très chanceuse d'avoir eu un encadrement digne de la complicité « Julie Demers » ou « Louise Masse », qui rendait le tout encore plus agréable. Vos partages d'expériences, de ressources et d'idées ont été très enrichissants dans ce processus d'étudiante-chercheuse en devenir, merci encore !

J'aimerais remercier l'École de réadaptation de l'Université de Montréal où cette maîtrise de recherche a été menée. Je suis très reconnaissante des opportunités offertes, des divers événements ainsi que du soutien technique et financier. J'aimerais particulièrement remercier

Mme Johanne Filiatrault et M. Normand Roy, vous qui m'avez offert des conseils très précieux à certaines étapes de mon parcours.

Je remercie les participantes et participants de ce projet pour votre intérêt pour ce sujet de recherche, votre temps et votre partage d'expériences si pertinentes. Merci aux organismes et associations communautaires ainsi que les ordres professionnels d'avoir contribué au recrutement.

Mes remerciements vont également à mes collègues, amies et amis qui m'ont soutenue dans l'avancement et l'amélioration du projet. Merci spécialement à Cindy et Myriam pour vos conseils scientifiques sur mon projet et pour ces innombrables séances de « tomates », « cerises » ou d'« arbres », ensemble, partout sur la planète terre ! Merci à Mary, Célia, Émilie et Louis-Pierre pour vos précieuses rétroactions sur les différentes sections de mon projet à des périodes critiques. Certains de vos commentaires ont contribué à de mémorables moments de fous rires !

Bien qu'indirectement reliés à mon parcours de maîtrise, je remercie également ma famille, mes amies et collègues qui ont été de grand soutien durant cette période.

Je remercie ma famille, particulièrement mon père, ma mère, ma sœur et mes grands-parents, vous qui m'avez soutenue de proche, de loin et de très loin. Je suis reconnaissante envers l'opportunité que vous m'avez laissée de choisir mon petit caprice de poursuivre les études supérieures. Ce choix n'était certainement pas le plus évident pour vous, mais vous avez su vous adapter à mes souhaits et m'offrir du soutien, chacun à votre façon. Vous m'avez encouragée dans les moments difficiles et m'avez recadrée quand j'étais trop dans les nuages !

Merci à vous, amies et collègues de travail pour votre compréhension et patience, pour mon changement fréquent d'horaire et mon absence à des moments importants avec vous. Votre préoccupation pour l'avancement de mon projet était souvent palpable ! Merci à mes gestionnaires et ma coordinatrice, qui m'ont permis la grande liberté de prioriser mes activités académiques.

Chapitre 1 — Introduction

Le terme « immigrant » fait référence aux personnes qui ont obtenu le droit de résider au Canada en permanence, ce qui inclut les personnes avec la résidence permanente ou la citoyenneté canadienne (Statistique Canada, 2021). Les personnes immigrantes occupent une proportion importante de la population canadienne, pour atteindre en 2021 un pourcentage record de 23 % de la population au pays (Statistique Canada, 2022a). L'Asie est actuellement la principale provenance des personnes immigrantes, en formant 62 % des personnes admises entre 2016 et 2021 (Statistique Canada, 2022a).

La présente étude s'intéresse spécifiquement aux personnes âgées de 65 ans et plus, étant originaires de l'Asie de l'Est et vivant dans la communauté (PAAE). Selon l'United Nations Statistics Division (2022), l'Asie de l'Est regroupe le Japon, la Corée du Sud, la République de la Corée, la Mongolie ainsi que la Chine et ses régions administratives telles que Macau et Hong Kong. Les personnes immigrantes originaires de cette partie du monde, arrivant au Canada directement ou après avoir vécu dans d'autres pays, représentent 27 % des personnes immigrantes asiatiques au Canada (Statistique Canada, 2022b) et leur taux d'installation au Québec augmente continuellement dans les deux dernières décennies (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2021; Statistique Canada, 2022b). En raison de la présence importante et croissante des personnes immigrantes originaires de l'Asie de l'Est, les PAAE font partie intégrante de la population québécoise sujette à bénéficier des services de réadaptation.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021) définit la réadaptation comme une discipline qui « aide une personne à être aussi indépendante que possible dans les activités quotidiennes » dans le but de lui permettre d'assurer ses rôles et activités au sein de son environnement immédiat. Selon le Modèle de développement humain — Processus de production du handicap (MDH-PPH2) (Fougeyrollas, 2010), une interaction dynamique entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux engendre, ou pas, des situations de handicap et détermine sur un continuum le niveau de participation sociale d'une personne, à savoir sa capacité à réaliser ses habitudes de vie. Plus précisément, les facteurs personnels désignent les caractéristiques de la

personne telles que ses facteurs identitaires (ex. son identité socioculturelle, sexe, genre, âge, etc.), ses systèmes organiques ainsi que ses aptitudes. Les facteurs environnementaux incluent les particularités des environnements dans lesquels évoluent la personne et ce, à l'échelle personnelle, communautaire et sociétale (ex. caractéristiques du système sociosanitaire, infrastructures publiques, organisations communautaires, etc.) (Fougeyrollas, 2010). Puis, les habitudes de vie réfèrent aux activités courantes et aux rôles sociaux de la personne.

Divers professionnelles et professionnels de la santé assurent les services de réadaptation dont les ergothérapeutes et les physiothérapeutes (OMS, 2021). Au Québec, la réadaptation est implantée dans divers milieux de soins, tels que dans les centres hospitaliers, les centres spécialisés en réadaptation et les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui comprennent les services de soutien à domicile. Avec les personnes âgées, la réadaptation utilise des modalités permettant de récupérer ou maintenir les capacités fonctionnelles, ou de compenser des difficultés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Malgré l'éventail des services offerts, des obstacles à l'utilisation des services de réadaptation ont été documentés auprès de diverses populations de personnes âgées (DeForge et al., 2008; Luo, 2018).

Des études antérieures ont révélé que les aînées et aînés originaires de l'Asie de l'Est rencontrent des obstacles à utiliser les services de santé occidentaux (Kozuki et Kennedy, 2004; Kwan et al., 2016). Parmi les plus fréquents se trouvent la méconnaissance des services disponibles, les différences linguistiques et culturelles, l'absence d'assurance médicale ainsi que les difficultés à organiser le transport. Ces obstacles ont été observés dans le domaine de la santé en général et ils peuvent aussi se manifester en réadaptation.

Quelques études spécifiques au domaine de la réadaptation et aux personnes immigrantes de l'Asie de l'Est révèlent chez cette population une faible utilisation des services (Chen et al., 2004), des défis d'accès aux services ainsi que de l'insatisfaction ressentie en lien avec la qualité et la compatibilité des services avec leurs besoins (Yeung et al., 2016). Ces études portent sur une population adulte et non âgée, mais les résultats pourraient s'avérer applicables aux PAAE.

De plus, des écrits suggèrent certains facteurs pouvant affecter les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez cette population. Tout d'abord, les PAAE sont généralement peu ou pas familières avec ces services puisque l'intégration des disciplines de la réadaptation, qui sont originellement fondées en Occident, est relativement récente dans plusieurs pays de l'Asie de l'Est, par exemple dans les années 2010 en Chine (Scheidegger et al., 2021; Zhu et al., 2019). La méconnaissance des services avant l'immigration pourrait donc créer un défi d'accès et d'utilisation après l'immigration. D'autre part, les objectifs poursuivis en réadaptation peuvent être incohérents avec des aspects de la culture d'origine des PAAE. Par exemple, la culture asiatique valorise l'implication de la famille dans le processus de soins, sous forme d'aide, ce qui peut aller à l'encontre de la notion d'autonomie qui est centrale en réadaptation occidentale (Chen et al., 2004). Cet écart a été observé lors de l'instauration de programmes de réadaptation en Asie de l'Est. Par exemple, certaines approches ont dû être adaptées et combinées aux approches orientales (Iwama, 2003) afin d'assurer la cohérence clinique avec la réalité locale telles que la nécessité de considérer l'interdépendance entre les individus dans la réadaptation à base communautaire (Chung et al., 2011) et le respect des croyances religieuses lorsque celles-ci influencent les choix des personnes dans leurs soins de santé (Scheidegger et al., 2021).

En somme, les PAAE font partie intégrante de la population québécoise sujette à bénéficier des services de réadaptation au Québec. Divers facteurs peuvent toutefois nuire à leurs expériences d'utilisation de ces services, ce qui pourrait les désavantager par rapport à la population générale. **L'objectif de cette étude est de comprendre les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE vivant dans la communauté au Québec.**

Il est important de préciser que le projet a été modifié en cours de réalisation afin de l'adapter à la situation sanitaire liée à la pandémie COVID-19. La participation des PAAE était initialement prévue via des entrevues individuelles dans diverses langues asiatiques afin de documenter leurs points de vue en complémentarité avec ceux des personnes proches aidantes et des professionnelles et professionnels de la réadaptation. Cependant, les consignes sanitaires encadrant la recherche auprès des personnes âgées ont empêché le recrutement des PAAE. Il est

donc important de préciser que le projet réalisé ne vise pas à explorer les expériences des personnes proches aidantes ni celles des professionnelles et professionnels de la réadaptation, mais plutôt leur compréhension des expériences en réadaptation des PAAE qui n'ont pas pu être incluses dans cette étude. Cette méthode de collecte des données auprès des personnes tierces est déjà utilisée par d'autres auteurs et a permis d'explorer les besoins en matière de santé selon les perceptions des personnes proches aidantes et des professionnelles et professionnels de réadaptation et ce, avec ou sans la participation des personnes âgées (Kim et al., 2021; Palmers et al., 2022).

Chapitre 2 — Recension des écrits sur les expériences de soins dans les systèmes de santé occidentaux

Considérant l'absence des études dans le domaine de la réadaptation spécifiquement concernant les expériences des aînées et aînés originaires de l'Asie de l'Est, une recension des écrits a été réalisée au préalable pour explorer leurs expériences dans les systèmes de santé occidentaux de façon plus générale. Cette section constitue un condensé d'un examen de la portée qui a initialement été réalisé pour explorer les comportements de santé des PAAE.

Pour ce faire, les bases de données scientifiques Medline, Embase et CINAHL ont été consultées avec les concepts clés suivants: Asie de l'Est, immigrants et comportements de santé. Une recherche manuelle a également été effectuée dans les références des articles retenus ainsi que sur *Google Scholar* et *OpenGrey* avec les mêmes concepts clés. Les articles retenus sont ceux publiés après 2000 et abordant les comportements de santé qui sont adoptés par les personnes âgées de 65 ans et plus originaires de l'Asie de l'Est dans des pays occidentaux dont le système de santé peut être qualifié d'être similaire avec celui de Canada.

Cet examen de la portée consistait en la première étape du projet servant de support à la deuxième étape du projet qui est l'étude qualitative descriptive. Toutefois, considérant l'exclusion des PAAE, seulement une partie du contenu de l'examen de la portée a été rapportée dans ce projet de recherche afin d'assurer la cohérence avec la collecte de données auprès des personnes proches aidantes ainsi qu'auprès des professionnelles et professionnels de la réadaptation. Trois principaux aspects des expériences des aînées et aînés originaires de l'Asie de l'Est dans le système de santé ont été examinés : une utilisation combinée de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale, une sous-utilisation de certains services de santé et la préconisation de l'aide de l'entourage.

Tout d'abord, suivant leurs croyances et perceptions, les aînées et aînés originaires de l'Asie de l'Est ont des approches et comportements qui leur sont spécifiques pour faire face aux problèmes

de santé. Ils ou elles ont recours à deux systèmes de santé, soit la médecine occidentale et la médecine traditionnelle de leur pays d'origine telle que chinoise (Chappell et Lai, 1998; Lai et al., 2007) ou coréenne (Kim et al., 2002). Selon ces auteurs, la décision de recourir à l'utilisation de la médecine occidentale ou traditionnelle, par les PAAE, dépend de leur perception de la nature du problème de santé et leur perception du mécanisme d'action souhaitable. Par exemple, selon les résultats de l'examen de la portée, les PAAE ont recours à la médecine traditionnelle pour maintenir l'harmonie, le bien-être physiologique et psychosocial (Rochelle et Marks, 2010; Washington et Wang-Letzkus, 2009) alors que la médecine occidentale serait utilisée pour une action plus rapide (Jang, 2016; Kim et al., 2002; Rochelle et Marks, 2010). Cette combinaison des deux approches peut mener à une faible adhérence aux médicaments prescrits, un phénomène souvent documenté chez ces aînées et aînés (Hsu et al., 2010). De plus, tout dépendant de leurs croyances et perceptions, ils ou elles peuvent accorder moins d'importance à certains problèmes de santé tels que la douleur, en les normalisant dans le processus du vieillissement (Dickson et Kim, 2003; Kawi et al., 2019).

Ensuite, des études ont révélé que cette population sous-utilise certains services de santé, dont les principaux sont les services d'exams réguliers de suivi (Aroian et al., 2005; Lai, 2004), de santé mentale (Lai, 2004; Lee et al., 2014) ainsi que les services dans la communauté (Tsai et Lopez, 1998). Par exemple, pour les services de santé mentale, la population cible ne les utilise peu ou pas, et ce même en présence de symptômes importants (Lee et al., 2014). Cette sous-utilisation s'explique notamment par leur niveau limité de maîtrise des langues officielles, la méconnaissance des services (Jang, 2016; Lee et al., 2014; Pang et al., 2003), la stigmatisation envers les diagnostics en santé mentale au sein de la communauté (Chao et al., 2020; Rochelle et Marks, 2010) ainsi qu'une grande valeur d'interdépendance sociale qui parvient à combler les difficultés (Lee et al., 2014).

Finalement, les aînées et aînés immigrants de l'Asie de l'Est préconisent l'aide de leur entourage dans le processus de soins de santé (Chao et al., 2020; King et al., 2007; Pang et al., 2003; Tieu et Konnert, 2014; Yap et al., 2018). Cette population sollicite l'aide de la famille notamment pour le

transport (Pang et al., 2003), la traduction pour les services de santé (Pang et al., 2003; Yap et al., 2018), l'aide dans les activités de la vie quotidienne, l'aide pour parcourir le système de santé ainsi que pour les assister à prendre des décisions médicales (Pang et al., 2003; Rochelle et Marks, 2010). Le recours prédominant aux ressources de l'entourage peut interférer avec l'utilisation des services offerts par le système de santé (Tieu et Konnert, 2014). Par exemple, ces personnes âgées peuvent se présenter en clinique plutôt tardivement avec des besoins plus importants (Pang et al., 2003).

À la lumière de cette revue de la littérature, il est possible de constater que les aînées et aînés originaires de l'Asie de l'Est présentent des approches de soins qui sont teintées de leur double bagage culturel et ont des expériences d'utilisation des services qui leur sont uniques. Ces constats documentés dans le domaine de la santé guideront l'exploration du sujet de ce projet de recherche, soit les expériences d'utilisation des services en réadaptation spécifiquement. À ce jour, aucune étude ne s'est intéressée aux expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE, une clientèle faisant partie intégrale de la population québécoise à bénéficier de ces services.

Chapitre 3 — Méthodologie

Ce chapitre décrit la méthodologie de l'étude qualitative utilisée pour atteindre l'objectif de ce projet de recherche. Il englobe neuf sections : le devis, les participants de l'étude, l'échantillonnage et recrutement, la description de l'échantillon, l'approbation éthique, la collecte de données, les guides d'entrevue, l'analyse des données et le journal de bord.

3.1 Devis

Un devis qualitatif descriptif a été choisi. Le devis qualitatif permet de documenter en profondeur les expériences vécues, perceptions et intentions des individus, ce qui est cohérent avec le but de cette étude. De plus, le caractère descriptif est le plus approprié pour ce projet de recherche à visée exploratoire puisque le sujet des expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE est encore peu étudié dans la littérature (Fortin et Gagnon, 2016).

3.2 Participants de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de deux groupes d'acteurs impliqués dans la réadaptation des PAAE, soit les professionnelles et professionnels de la réadaptation et les personnes proches aidantes. Le premier groupe était composé d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes. Trois critères d'admissibilité ont été appliqués lors du recrutement. Premièrement, les professionnelles et professionnels devaient avoir des expériences cliniques avec des PAAE au cours des cinq dernières années afin de pouvoir témoigner des réalités actuelles dans le système de santé. Deuxièmement, ils ou elles devaient offrir une prise en charge régulière auprès des PAAE. Troisièmement, les interventions devaient avoir eu lieu en milieu hospitalier, en centre de réadaptation intensive ou dans la communauté (centre de réadaptation externe et CLSC). Ces types de milieux cliniques ont été ciblés, car ils englobent l'ensemble du continuum de services en réadaptation.

Pour le recrutement des personnes proches aidantes, trois critères d'admissibilité ont également été appliqués. Tout d'abord, la personne doit être impliquée de façon non rémunérée dans les soins des PAAE. Il pouvait s'agir des membres de la famille ou d'autres personnes faisant partie

de l'entourage immédiat (voisines et voisins, amies et amis, etc.). Cette décision de considérer l'environnement élargi des PAAE est basée sur le fait que le cercle familial tend à se rétrécir dans un contexte d'immigration, ce qui peut mener à la nécessité d'avoir recours à de l'aide d'autres membres de la communauté. Ensuite, les personnes proches aidantes devaient pouvoir se référer à des expériences vécues au cours des cinq dernières années. Finalement, elles devaient être en mesure de mener une conversation en français ou en anglais dans un souci d'optimiser les échanges dans les groupes de discussion.

3.3 Échantillonnage et recrutement

Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été appliquée, qui permet de choisir des participantes et participants selon des critères d'admissibilité prédéterminés et de manière à éclairer l'objet visé dans l'étude (Fortin et Gagnon, 2016). Le recrutement s'est déroulé entre janvier et mars 2022.

Concrètement, pour le recrutement des professionnelles et professionnels de la réadaptation, un message comportant une brève description du projet, les critères d'admissibilité et les coordonnées de l'étudiante-chercheuse a été diffusé via les communications officielles de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (courriel) et de l'Association québécoise de la physiothérapie (page web, infolettre mensuelle ainsi que Facebook et Instagram). Ce message de recrutement a également été publié sur la page Facebook *Ergothérapie Québec* qui est un regroupement professionnel des ergothérapeutes. L'annexe 1 présente le message de recrutement.

Pour ce qui est du recrutement des personnes proches aidantes, des associations et organismes communautaires situés dans la grande région de Montréal et desservant des communautés originaires de l'Asie de l'Est ont été approchés, soit le Service à la famille chinoise du grand Montréal, l'Association Mongolia Canada-division Montréal, le Centre culturel canadien japonais de Montréal, l'Association culturelle tibétaine du Québec, la Mission Saints Martyrs Coréens ainsi que l'Association des jeunes professionnels asiatiques de la santé. Ces associations et organismes spécifiques ont été choisis à la suite des recherches sur internet et via des contacts de l'étudiante-

chercheuse avec les membres des différentes communautés asiatiques. La collaboration avec ces organismes a permis l'établissement du lien de confiance, qui est recommandé dans le recrutement au projet en recherche interculturelle (Hwang et al., 2021; Rooney et al., 2011).

La majorité de ces organismes ont été contactés par téléphone et par courriel à l'étape de la planification du projet afin d'obtenir la collaboration des responsables. Ces personnes ont diffusé le message de recrutement via courriel, médias sociaux ou au moyen de copies imprimées qui leur ont été remises en personne à leur demande. Le message visant le recrutement des personnes proches aidantes contient, lui aussi, une description brève du projet, les critères d'admissibilités ainsi que les coordonnées de l'étudiante-chercheuse. Le message a été préparé en français et en anglais et le choix de la version a été laissé à la personne responsable de l'organisme contacté. L'annexe 2 présente le message dans les deux langues.

À la suite de la diffusion de ces messages, les critères d'admissibilité ont été vérifiés auprès des personnes qui ont exprimé leur intérêt à participer et leurs préoccupations et questions ont également été abordées. Ensuite, les participantes et participants admissibles ont reçu le formulaire d'information et de consentement (FIC) ainsi qu'un lien vers un questionnaire socio-démographique conçu sur la plate-forme *LimeSurvey*. Ce questionnaire est autoadministré et vise à recueillir les caractéristiques des personnes participantes. Plus spécifiquement, le questionnaire des professionnelles et professionnels documente les caractéristiques de leur emploi en lien avec les PAAE telles que le milieu de travail, le nombre d'années d'expérience auprès de cette clientèle, sa prévalence clinique, etc. Celui des personnes proches aidantes documente brièvement leurs données descriptives et plus en détail la nature de leur lien avec la PAAE aidée. Les annexes 3 et 4 présentent respectivement les questionnaires envoyés aux professionnelles et professionnels et aux personnes proches aidantes. Les annexes 5 et 6 présentent le FIC envoyé aux deux groupes.

3.4 Description de l'échantillon

12 participantes et participants ont pris part à l'étude, soit neuf cliniciennes¹ et trois personnes proches aidantes. Leurs caractéristiques sont présentées aux tableaux 1 et 2. Les personnes proches aidantes ont été impliquées auprès d'une PAAE en tant qu'enfant ou petit-enfant.

Les trois PAAE habitaient à domicile avec la conjointe ou le conjoint, avec ou séparément des enfants adultes. Elles ont consulté en réadaptation pour des raisons de santé physique. Une personne âgée était originaire de Taiwan et les deux autres sont arrivées au Canada en provenance du Vietnam et s'identifiant comme étant d'origine chinoise. La durée depuis l'immigration au Canada des trois PAAE est de 41, 43 et 45 ans.

Tableau 1 : Données descriptives des cliniciennes (n=9)

Code	Gr. Dis*	Sexe	Profession	Milieu clinique	Années d'expérience auprès des PAAE	Fréquence d'implication auprès des PAAE
Clinicienne 1	1	Femme	Ergothérapeute	Hôpital	3 à 4 ans	Occasionnellement
Clinicienne 2	1	Femme	Ergothérapeute	Hôpital	2 à 3 ans	Occasionnellement
Clinicienne 3	1	Femme	Ergothérapeute	CLSC	5 à 10 ans	Occasionnellement
Clinicienne 4	2	Femme	Ergothérapeute	CLSC	5 à 10 ans	Régulièrement
Clinicienne 5	2	Femme	Ergothérapeute	CLSC	5 à 10 ans	Occasionnellement
Clinicienne 6	2	Femme	Ergothérapeute	Hôpital	10 à 15 ans	Occasionnellement
Clinicienne 7	2	Femme	Physiothérapeute	Hôpital	3 à 4 ans	Occasionnellement
Clinicienne 8	3	Femme	Ergothérapeute	R. externe**	10 à 15 ans	Occasionnellement
Clinicienne 9	3	Femme	Ergothérapeute	CLSC	1 à 2 ans	Occasionnellement

Gr.Dis* : Groupe de discussion auquel chaque participante et participant a pris part

R. externe** : Centre de réadaptation externe

Tableau 2 : Données descriptives des personnes proches aidantes (n=3)

Code	Sexe	Lien avec la PAAE	Expériences d'accompagnement en réadaptation pour la personne aidée
Proche aidant 1	Homme	Fils	Visites en réadaptation externe et prise de contact avec CLSC
Proche aidante 2	Femme	Petite-fille	Visites à l'hôpital et prise de contact avec CLSC
Proche aidante 3	Femme	Petite-fille	Visite en réadaptation externe et prise de contact avec CLSC

¹ Dans ce mémoire, le terme « clinicienne » réfère aux ergothérapeutes et physiothérapeutes ayant participé à l'étude. Le terme « professionnelles et professionnels » désigne de façon générale les intervenantes et intervenants en réadaptation.

3.5 Approbation éthique

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal. L'annexe 7 présente le certificat d'approbation éthique.

3.6 Collecte de données

Les données principales ont été recueillies via des groupes de discussion focalisée. Cette méthode de collecte de données consiste en des entrevues de groupe dotées d'une plus grande flexibilité au niveau des thèmes de discussion. Elle est utile par sa capacité à pouvoir solliciter l'interaction entre les participantes et participants et obtenir des idées qui peuvent être difficiles de générer en entrevue individuelle (Fortin et Gagnon, 2016). Les groupes de discussion ont été menés en français par l'étudiante-chercheuse. Ils ont eu lieu virtuellement sur Zoom en mars et avril 2022 et les séances ont été enregistrées. Chaque personne participante a pris part à un seul groupe de discussion dont la durée était d'une heure et demie à deux heures. Il y a eu trois groupes de discussion menés avec des cliniciennes, comportant respectivement trois, quatre et deux personnes. Leur répartition est présentée au tableau 1 ci-haut. Le groupe de proches aidants était composé de trois personnes. La saturation des codes et des thèmes a été obtenue à travers l'analyse des témoignages des quatre groupes, c'est-à-dire une récurrence des thèmes et catégories est observée (Saunders, 2017).

3.7 Guides d'entrevue

Deux guides d'entrevue distincts ont été utilisés pour les cliniciennes et les personnes proches aidantes. L'identification des thèmes de discussion a été basée sur les résultats de la recension des écrits sur les expériences de soins des personnes âgées de l'Asie de l'Est dans les systèmes de santé occidentaux, en les adaptant à l'utilisation des services en réadaptation.

Le guide d'entrevue pour les cliniciennes contient quatre principaux thèmes et environ 10 pistes de questions pour susciter la réflexion des personnes participantes. Le premier thème consiste à documenter les faits ou constats que les cliniciennes considèrent comme étant uniques durant la prise en charge des PAAE en réadaptation. Considérant que les âgées et âgés originaires de l'Asie

de l'Est ont des expériences de santé qui leur sont propres, ce thème vise à ouvrir la discussion sur la particularité, les défis ainsi que la perception des approches adoptées par les PAAE dans l'utilisation des services de réadaptation. Le deuxième thème concerne la perception de la définition de l'autonomie chez les PAAE et vise à explorer le sens accordé à cette notion par cette population. L'identification de ce thème se justifie par deux raisons. D'un côté, l'examen de la portée suggère que les PAAE peuvent avoir des croyances et perceptions qui influencent leur définition de certaines conditions de santé. D'un autre côté, l'autonomie est centrale en réadaptation et il importe de comprendre sa signification pour la population cible. Le troisième thème aborde la perception de compatibilité entre les services disponibles et les réalités ainsi que les besoins des PAAE. Considérant que la littérature révèle une sous-utilisation des services de santé et la préconisation d'autres ressources telles que l'entourage, ce thème vise une exploration plus ciblée en réadaptation pour connaître les services qui sont pertinents pour les PAAE et ceux qui sont jugés moins pertinents. Le quatrième thème aborde la communication verbale et non verbale entre les PAAE et les professionnelles et professionnels de la réadaptation, sujet qui a été documenté comme un enjeu important dans le domaine de la santé. Le tableau 3 présente les thèmes de discussion et les pistes de questions. L'annexe 8 présente le guide d'entrevue utilisé pour les groupes de cliniciennes.

Le guide d'entrevue des personnes proches aidantes contient six thèmes de discussion et environ 15 pistes de questions. Les deux premiers thèmes documentent la connaissance, les préférences et les expériences passées des PAAE en lien avec les services de réadaptation. Ces thèmes visent à valider le résultat de la recension des écrits qui stipule un manque de connaissances des services. Les troisième et quatrième thèmes abordent les habitudes de vie ainsi que l'importance que les PAAE leur accordent. En réadaptation, il est pertinent de comprendre les activités priorisées et choisies par les PAAE ainsi que leurs attitudes face à une diminution d'autonomie. Le cinquième thème explore la préférence des PAAE envers les ressources disponibles lors d'une diminution d'autonomie. Ce thème vise à analyser, chez les PAAE, l'utilisation des services en réadaptation en comparaison avec d'autres ressources disponibles considérant que la littérature rapporte une faible utilisation des services de santé. Finalement, le sixième thème documente l'influence de la

double identité culturelle dans le domaine de la réadaptation et a pour but notamment d'explorer l'influence des croyances et perceptions qui pourraient être propres aux PAAE. Le tableau 4 présente les thèmes de discussion et les pistes de questions. L'annexe 9 présente le guide d'entrevue utilisé pour le groupe de personnes proches aidantes.

Tableau 3: Thèmes de discussion et questions pour les groupes de cliniciennes

Thèmes de discussion	Pistes de questions
Faits uniques reliés à la prise en charge des PAAE	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les faits ou réalités considérés être uniques à cette population? • Quels sont les principaux défis et les approches à adopter spécifiquement? • Quelles sont les étapes de la prise en charge qui sont plus particulières (s'il y en a)?
Perception de la définition de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi la définition de l'autonomie ressemble ou diffère chez cette population en comparaison avec l'ensemble de la clientèle? • Parmi les AVQs-AVDs, est-ce que certaines activités sont plus valorisées ou plus importantes que d'autres? • Quelle est la perception du rôle ou de la place du proche aidant?
Perception de compatibilité entre les services disponibles et les réalités et des besoins des PAAE	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a des services de réadaptation qui sont peu utilisés par cette clientèle? • Est-ce qu'il y a des services sur lesquels il faut mettre plus d'effort car les PAAE en ont besoin? En revanche, est-ce qu'il y a des services qu'on pourrait moins explorer avec cette clientèle?
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les principales difficultés de communication verbale et non-verbale avec cette clientèle? • Dans quelle mesure les interprètes (informels et professionnels) aident et/ou affectent-ils à la prise en charge?

Tableau 4 : Thèmes de discussion et questions pour les personnes proches aidantes

Thèmes de discussion	Pistes de questions
Connaissances et préférences des personnes âgées en lien avec les services de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • À quel point les PAAE sont familières avec les services de réadaptation? • Quels sont les services de réadaptation que les personnes âgées ont/auraient plus de facilité/difficulté à accepter ? • Parmi les services refusés par les personnes âgées (s'il y en a), est-ce que qu'il y en a certains que vous jugez pertinents qu'ils acceptent?
Expériences en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment décririez-vous leurs expériences en réadaptation?

	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la compatibilité entre les services offerts par l'équipe de réadaptation et les besoins et la réalité des personnes âgées? Est-ce qu'il y a d'autres aspects sur lesquels les intervenants doivent porter attention? (ex. dans les approches relationnelles, la communication)?
Occupations des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est une journée typique de l'aîné lorsqu'il ou elle était relativement autonome (à l'intérieur de la maison et dehors dans la communauté)?
Actions face à la diminution d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Face à une diminution d'autonomie : quelles sont les actions et les décisions que les PAAE prennent? • Quelles sont les activités pour lesquelles les PAAE souhaitent rester autonome le plus longtemps possible? Quelles sont les activités que les personnes âgées abandonnent volontairement et accepterait l'aide?
Demande d'aide	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sources d'aide sont privilégiées d'emblée par les personnes âgées? • Quelles sont vos perceptions sur le sujet de fardeau en tant que proche aidant ?
Influence de la double identité culturelle	<ul style="list-style-type: none"> • À quel point vous trouvez que la personne âgée garde des aspects de leur culture d'origine dans leur façon de vivre et de penser? • Comment cela peut affecter leur prise en charge en réadaptation • Quels sont les approches ou moyens à favoriser/ à minimiser avec les aînés originaires de l'Asie de l'Est en considérant leur réalité culturelle ?

3.8 Analyse des données

Le contenu des enregistrements des quatre groupes de discussion a été transcrit manuellement afin d'obtenir les verbatims. L'entièreté des échanges a été annotée en incluant les détails tels que les interactions entre les personnes participantes, les hésitations, les interruptions ainsi que les tics de langage, pour obtenir le corpus. Toutefois, ces données n'ont pas fait l'objet d'analyse ultime considérant qu'elles ne comportent pas d'informations supplémentaires pouvant influencer les pistes de réflexion dans le contexte du projet (Paillé et Mucchielli, 2016).

Par la suite, une analyse thématique a été effectuée. Cette méthode est souvent employée dans la recherche descriptive qualitative (Fortin et Gagnon, 2016). Elle permet d'identifier, d'analyser et de reporter les données de façon organisée (Braun et Clarke, 2006) et donc de faire la synthèse des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2016). Une approche inductive a été adoptée, qui consiste à analyser les données en générant les codes et thèmes à la lecture du corpus (Braun et Clarke,

2006), mais l'utilisation des guides d'entrevue a pu influencer l'identification de certains codes et thèmes.

Le logiciel d'analyse QSR NVivo 1.6.2, qui permet une flexibilité de manipulation des données a été utilisé pour le codage. Les étapes de l'analyse thématique ont été inspirées de celles proposées par Paillé et Mucchielli (2016) ainsi que Braun et Clarke (2006). Les données obtenues via les deux groupes de répondants, soit les professionnelles et professionnels de réadaptation et les personnes proches aidantes ont été analysées conjointement. L'analyse a été menée en consultation entre les membres de l'équipe de recherche et plusieurs moyens de vérification ont été employés pour assurer la crédibilité, la fiabilité ainsi que la confirmabilité des résultats (Fortin et Gagnon, 2016, p. 377). Ces moyens de vérification sont présentés dans un deuxième temps ci-après.

Le codage a été réalisé en quatre étapes. À l'étape 1, plusieurs lectures attentives des verbatims ont été faites en notant manuellement les idées de codes potentiels (LDK). À l'étape 2, à l'aide du logiciel Nvivo, les verbatims ont été lus minutieusement phrase par phrase. Des codes ont été associés aux unités de sens en prenant soin de bien refléter le contenu et le sens des expériences partagées par les personnes participantes (LDK). Des consultations ont eu lieu en équipe de recherche à la suite de l'analyse du premier verbatim (LDK, JM et LD). Des améliorations ont été faites autant au niveau du codage que de la nomenclature des codes. À la suite de ces modifications, l'ensemble des quatre verbatims a été codé selon un processus itératif (LDK). À l'étape 3, lorsque la grille de codes a été obtenue pour les quatre groupes de discussion, un travail de thématisation a été effectué avec les codes (Paillé et Mucchielli, 2016) afin d'obtenir des thèmes et des catégories centraux qui permettront de tenir compte et de résumer les phénomènes en présence dans la masse de données (LDK). À l'étape 4, de multiples vérifications ont été menées afin d'assurer la cohérence et la clarté des thèmes et catégories ainsi que la représentativité des résultats (LDK, JM et LD). Les moments importants de vérification sont présentés ci-dessous.

La première vérification a eu lieu à la suite de l'analyse intégrale du corpus : la grille de codes a été validée en équipe de recherche au niveau de la nomenclature et de la crédibilité des codes, c'est-à-dire la concordance entre les expériences partagées et les codes identifiés (Fortin et Gagnon, 2016). Pour ce faire, 35 unités de sens codées ont été sélectionnées au hasard et ont été discutées en équipe de recherche. Ensuite, avant de débiter le travail de thématisation, un codage inverse a été effectué par l'étudiante-chercheuse sur l'ensemble du corpus, qui consiste à examiner les unités de sens associées à chaque code pour assurer leur cohérence avec le code correspondant (Van der Maren, 2016). Par la suite, deux périodes de contre-codage ont eu lieu en équipe de recherche où les mêmes extraits de verbatim ont été codés par les trois membres de l'équipe afin d'examiner l'accord interjuge. Le premier contre-codage a été fait avec 20 unités de sens par les trois membres de l'équipe de recherche de façon individuelle (LDK, JM et LD). Le taux d'accord interjuge pour les trois personnes était de 75 % au niveau des thèmes et de 85 % au niveau des catégories. Cette étape a permis de revoir la nomenclature ainsi que l'organisation des thèmes et catégories. Le deuxième contre-codage s'est fait oralement en groupe avec 5 unités de sens. Finalement, il y a eu un codage inverse sur l'ensemble des unités de sens par l'étudiante-chercheuse pour assurer la bonne répartition des unités de sens en fonction des thèmes ainsi que la concordance entre les unités de sens et les thèmes et sous-thèmes obtenus.

3.9 Journal de bord

Il est à noter qu'un journal de bord a été utilisé pour consigner la démarche réflexive tout au long du projet. D'une part, il a permis d'organiser les étapes du projet de recherche tels que les dates de rencontre avec les participantes et participants. D'autre part, les réflexions sous-jacentes aux prises de décision y ont été notées. Par exemple, lors de l'analyse du corpus, le journal de bord a servi d'outil pour noter les premières idées et interprétations de données qui surviennent au fur et à mesure de l'analyse. L'annexe 10 présente des extraits de ce journal de bord.

Chapitre 4 — Résultats

L'analyse des données des groupes de discussion a permis de comprendre que, selon les participantes et participants de l'étude, les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE sont influencées par quatre facteurs, soit 1) les défis de la communication, 2) la forte implication de la famille, 3) les croyances et perceptions en santé, ainsi que 4) les défis dans l'alliance thérapeutique. Ces facteurs et leurs sous-composants sont décrits dans ce chapitre. Le tableau 3 les illustre à l'aide des verbatims.

4.1 Défis de la communication

La communication verbale et non verbale est l'un des facteurs qui influencent les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE. Les résultats mettent en évidence des enjeux relatifs à la prépondérance de la barrière linguistique et à la réticence des PAAE à exprimer leurs besoins.

4.1.1 Prépondérance de la barrière linguistique

Toutes les participantes et participants ont témoigné d'enjeux en lien avec la langue. L'expression « barrière linguistique » a été employée unanimement pour désigner la différence linguistique entre les PAAE et les professionnelles et professionnels de la réadaptation. La majorité des personnes proches aidantes et des cliniciennes avancent que la barrière linguistique constitue un obstacle prédominant lors de l'utilisation des services de réadaptation par cette population et engendre des impacts cliniques concrets. Diverses solutions sont mises en place afin d'y remédier, mais elles possèdent aussi leurs propres limites.

4.1.1.1 Impacts cliniques créés par la barrière linguistique

Les impacts cliniques découlant de la barrière linguistique sont de deux ordres. Premièrement, elle limite la profondeur et la qualité de l'interaction entre les PAAE et les professionnelles et professionnels de la réadaptation. Par exemple, les cliniciennes qui peuvent communiquer avec les PAAE dans leur langue maternelle mentionnent que certains besoins sont seulement décelés lorsqu'elles partagent la même langue que la personne aînée :

Si c'est quelqu'un qui ne parle pas vraiment leur langue, ils [PAAE] ne vont pas vraiment exprimer ce qu'ils veulent [...] c'est sûr que moi je n'ai pas vraiment besoin d'interprète..., quand je suis rentrée comme une nouvelle intervenante dans un dossier, là, vu qu'ils savent que je parle chinois, ils commencent à vraiment me dire plus de choses². (Clinicienne 9)

Deuxièmement, la barrière linguistique rend la navigation du système de santé difficile, voire impossible pour les PAAE, ce qui diminue leurs opportunités de bénéficier des services disponibles. Par exemple, elles utilisent peu ou pas les services qui requièrent une planification récurrente telles que le transport adapté et les centres de jour, et ce malgré leur intérêt. Un autre témoignage de la même clinicienne reflète cette réalité :

Je lui demande d'appeler une ressource pour réparer leur fauteuil roulant, par exemple. Mais ils ne pouvaient pas donc c'est toujours moi qui les aidais à appeler, donc même s'ils ont l'initiative, à cause de la barrière linguistique [...] ils n'ont pas vraiment le moyen de le faire... ils dépendent quand même des professionnels de CLSC pour faire certaines démarches. (Clinicienne 9)

Certaines cliniciennes précisent que les PAAE ont accès à des interprètes au sein des services de réadaptation. Toutefois, la planification et l'accès à ces services représentent un défi en soi :

Par exemple au SAT [Services d'aides techniques], quand ils vont faire réparer leur fauteuil roulant-là, ils auraient droit à un traducteur sur place parce qu'on a une banque d'interprète, donc qu'on peut réserver [...], mais pas ce qui vient en amont-là. L'interprète va pas les aider à réserver un rendez-vous ou les accompagner dans le transport. (Clinicienne 8).

Ainsi, la barrière linguistique engendre des difficultés cliniques et les opportunités de bénéficier des services offerts en réadaptation s'avèrent réduites chez les PAAE. Une recommandation émise par l'ensemble des groupes est de collaborer avec les organismes communautaires afin de combler ces manques et d'assurer un soutien culturellement adapté.

4.1.1.2 Solutions imparfaites aux barrières linguistiques

Les personnes proches aidantes et les cliniciennes mentionnent les solutions mises en place pour limiter les impacts des barrières linguistiques. La gesticulation, les logiciels de traduction accessibles gratuitement et les pictogrammes répondent à des besoins communicationnels très simples et ont été mentionnés brièvement. La solution la plus préconisée et discutée de façon

² Les verbatims ont été bonifiés au niveau de la langue afin d'optimiser la compréhension du message. Le contenu demeure inchangé.

plus détaillée dans tous les groupes de discussion est le recours aux interprètes informels et professionnels.

Les interprètes informels sont composés des membres de la famille ou du personnel de l'établissement parlant la langue maternelle de la personne âgée : « *On se servait des interprètes qui étaient sur place [...]. C'est comme du personnel qui connaît un peu la langue qui va aider à traduire.* » (Clinicienne 2). L'aide des interprètes informels est sollicitée d'emblée en clinique, mais elle n'est toutefois pas sans limite.

Une limite mentionnée par toutes les participantes et participants est l'aisance linguistique des personnes qui traduisent. Autant les personnes proches aidantes que les cliniciennes qui font la traduction aux PAAE perçoivent qu'elles ont une faible maîtrise de la langue asiatique et remettent en doute la fidélité et l'exactitude de leur traduction. Une proche aidante évoque cette réalité : « *[...] Je parle cantonais avec ma grand-mère, mais des fois, je savais même pas comment traduire ce qu'on me disait parce que mon niveau de cantonais n'est pas expert, les termes médicaux ne sont pas dans ma connaissance.* » (Proche aidant 2). Cette clinicienne rejoint la même idée : « *toute la distinction de banc de transferts, chaise de bain, je ne pense pas qu'il y a un... En tout cas, moi je ne connais pas le terme en chinois pour traduire la distinction de ces types d'équipement-là. Sinon j'avais aussi beaucoup de difficulté à traduire le terme inaptitude.* » (Clinicienne 2).

Une seconde limite est occasionnée par l'implication personnelle des membres de la famille qui servent d'interprètes. En effet, la traduction effectuée par la famille est parfois jugée, par les cliniciennes et les personnes proches aidantes, comme étant incomplète ou partiellement fidèle au contenu. Cela s'explique par le fait que les membres de la famille peuvent tenter de dissimuler ou modifier certaines informations selon leur bagage culturel. Par exemple, ils ou elles omettraient volontairement de traduire les informations perçues comme étant sensibles telles que les pronostics ou diagnostics sombres ; cette idée sera détaillée au troisième facteur. De plus,

les cliniciennes ont l'impression d'obtenir la perspective des membres de la famille lors d'entretiens traduits, plutôt que les points de vue réel des PAAE :

Souvent, quand je vois leur description [description des intervenants au CLSC ayant effectué le premier contact] qu'est ce qui est marqué... La fille rapporte, la fille rapporte, la fille rapporte. Alors souvent, c'est à travers l'enfant, puis c'est les difficultés, les problèmes que les enfants perçoivent puis qu'eux autres ils trouvent qu'ils ont besoin de travailler. (Clinicienne 4)

Des services d'interprètes professionnels sont sollicités pour les situations jugées plus complexes ou pour valider des informations critiques. Selon les cliniciennes, ce sont des ressources accessibles autant dans les milieux de soins aigus qu'en soutien à domicile. Ces deux cliniciennes illustrent des contextes cliniques où cette ressource est pertinente : « *Ça va être plus pour des évaluations, souvent de la dimension cognitive qu'on veut aller pousser un peu, de faire des tests plus approfondis* » (Clinicienne 1) et « *dans certaines situations, on a des doutes, on n'est pas sûrs qu'ils ont bien traduit l'information, et des fois peut être, on arrive pas à chercher l'information directement du client, donc quand on a des enjeux comme ça, on peut facilement demander un interprète avec le CLSC* » (Clinicienne 3). Il est à noter que le recours aux interprètes professionnels a été nommé uniquement par les cliniciennes, et non par les personnes proches aidantes.

4.1.2 Réticence à exprimer des besoins

Au-delà de la barrière linguistique, un autre enjeu de communication soulevé par la presque totalité des participantes et participants est une réticence perçue chez les PAAE à exprimer leurs besoins. Cela se manifeste surtout par peu de demandes d'aide et de services.

Les personnes proches aidantes mentionnent la difficulté des PAAE à s'exprimer et à demander de l'aide. Ce point a aussi été soulevé par les cliniciennes qui peuvent communiquer directement avec les PAAE dans leur langue maternelle, soulignant leur difficulté à obtenir des informations de la part de ces dernières. En effet, selon les cliniciennes, les PAAE mentionnent peu de besoins lors des évaluations et répondent souvent que « *tout va bien* » (cliniciennes 2, 4 et 7). Cela ne correspond toutefois pas aux difficultés observées en clinique. Ainsi, les cliniciennes disent « *devoir insister* » pour obtenir les informations pertinentes. Cela consiste à poser davantage de questions, opter pour des questions ciblées ainsi que de décortiquer chaque activité évaluée :

Je trouve que juste dans le questionnaire, souvent avec les clientèles asiatiques, je trouve que c'est un peu plus difficile d'obtenir des réponses si on pose des questions trop générales. Ils vont dire que ça va bien, puis là quand on creuse [...] je trouve qu'en général quand on pose des questions un peu plus fermées, puis plus de questions simples, moins ouvertes, on réussit à obtenir un peu plus de détails sur le fonctionnement. (Clinicienne 2)

Plusieurs raisons ont été mentionnées par les deux groupes de répondants pour expliquer la réticence perçue des PAAE à exprimer leurs besoins. Elles incluent une connaissance limitée des services disponibles, le fait de ne pas percevoir de difficultés ou de besoins, l'habitude de ne pas réclamer de services, la fierté empêchant de se montrer vulnérable, la réticence à apporter du changement au quotidien ainsi que la crainte de déranger le personnel et les membres de la famille.

Bref, ce premier facteur présente des défis de la communication liés à la barrière linguistique qui affecte l'échange entre les PAAE et les professionnelles et professionnels de la réadaptation et rend la navigation du système de santé difficile. Des solutions sont mises en place, mais sont insuffisantes. De plus, la réticence des PAAE à exprimer leurs besoins contribuerait également aux défis de communication en clinique.

4.2 Forte implication de la famille

Le deuxième facteur influençant les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE est la forte implication de la famille. Les cliniciennes rapportent que la famille assure un soutien plus important chez cette population comparativement à d'autres clientèles de leur pratique. Bien que l'implication occasionnelle des membres de la communauté culturelle élargie, tels que des prêtres de l'Église et des amies et amis, ait été mentionnée brièvement, le cœur de la discussion portait sur l'environnement familial immédiat. Trois sections seront présentées pour ce facteur : les raisons et répercussions de l'implication familiale ; les filles, conjointes et conjoints en tant que personnes proches aidantes ; et l'implication familiale pour le maintien à domicile.

4.2.1 Raisons et répercussions de l'implication familiale

Deux principales raisons d'implication de la famille ont été évoquées par les personnes proches aidantes et les cliniciennes. Tout d'abord, ces premières ont le sentiment de devoir prendre soin des personnes âgées dans la famille, qualifiant même ce devoir de « *mission* » (proche aidant 1).

Ensuite, autant les personnes proches aidantes que les cliniciennes rapportent que dans les cultures asiatiques, les personnes âgées occupent un statut particulier empreint de respect. En guise de gratitude et de reconnaissance envers les personnes âgées pour leur contribution à la famille, les jeunes générations cherchent à leur rendre service lorsque celles-ci ont des besoins :

Je trouve que souvent ils [membres de la famille] ont la perspective que les personnes âgées, ça fait longtemps qu'elles ont vécu, puis elles ont fait beaucoup d'efforts pour la famille, fait que souvent les membres de la famille sentent que c'est normal d'aller prendre soin de la personne âgée, puis de pas la faire trop travailler, puis axer sur le confort, le repos et tout. (Clinicienne 2).

Dans ce contexte, les membres de la famille veulent répondre aux besoins des PAAE et ces dernières peuvent s'attendre à recevoir cette aide lorsqu'elles en ressentent la nécessité.

Selon les cliniciennes, l'implication de l'entourage peut parfois compromettre le travail clinique. D'un côté, certains membres de la famille veulent encourager et stimuler les personnes âgées en les encourageant à se mettre en action trop précocement, par exemple dans un but d'accélérer la récupération, ce qui peut mettre à risque les PAAE. D'un autre côté, les cliniciennes rapportent que la famille est parfois portée à compenser les incapacités des PAAE au-delà des besoins, ce qui peut être discordant avec le désir d'autonomie des PAAE ainsi qu'avec les objectifs de la réadaptation. Les cliniciennes précisent qu'un travail de recadrage doit être fait : « *On a vraiment des objectifs de gagner de l'autonomie fonctionnelle par la pratique ou par certaines interventions qu'on fait, souvent on va les inclure toujours au début, puis un moment donné il faut vraiment expliquer, puis des fois il faut comme presque physiquement les arrêter.* » (Clinicienne 8). Il est à souligner que les cliniciennes se sentent parfois prises entre deux standards juxtaposés. Elles font la promotion de l'autonomie et de la récupération des capacités, mais saisissent l'importance de l'implication familiale pour les PAAE.

L'environnement familial constitue l'essentiel du soutien social des PAAE, qui autrement peut être appauvri jusqu'à provoquer de l'isolement. À la suite du processus d'immigration, non seulement les PAAE se sentent-elles isolées au niveau linguistique, elles vivent également un rétrécissement du réseau social. Un proche aidant témoigne de cet isolement chez sa mère vivant avec un problème de santé :

[...] elle était devenue sédentaire, donc elle pouvait pas se divertir, elle pouvait pas se changer les idées, c'était la maladie tout le temps, tout le temps, tout le temps. Puis quand t'as pas la chance d'avoir un réseau d'amis. Il y a beaucoup d'isolement et de solitude. (Proche aidant 1)

La petite taille du cercle familial limite également les PAAE dans l'utilisation des services qui auraient pu être intéressants tels que le chèque emploi-service, un programme gouvernemental qui permet aux usagères et usagers d'engager des personnes de leur propre entourage pour leur prodiguer des services habituellement offerts par les CLSC. Dans certaines situations, il n'y a pas de membres de famille disponibles ou en mesure de fournir du soutien. Dans d'autres situations, la relation entre les rares personnes proches aidantes et les PAAE peut être difficile. Une proche aidante qualifie même cette relation comme pouvant être « *toxique* » (proche aidant 2). Selon les témoignages, de telles situations peuvent exacerber le sentiment d'isolement chez les PAAE, surtout pour celles présentant un état de santé précaire ou une diminution d'autonomie. Ainsi, bien que la famille joue un rôle important et prédominant au quotidien des personnes âgées, le rétrécissement du réseau social et la qualité de la relation peuvent rendre difficile l'interdépendance entre les PAAE et leur entourage.

4.2.2 Filles, conjointes et conjoints en tant que personnes proches aidantes

Différents membres de la famille ont été évoqués comme ayant le rôle de proches aidants et ceux identifiés comme étant les plus importants sont les enfants et les conjointes et conjoints. Selon les cliniciennes, les filles sont souvent les personnes les plus impliquées de la famille, une réalité qui est aussi vraie chez d'autres populations selon elles. Par exemple, les difficultés à l'hygiène corporelle sont souvent compensées par les filles :

Ce que je vois, c'est tout ce qui est en lien avec l'hygiène là, ils ont beaucoup de difficulté à accepter de l'aide physique, ils en veulent pas, ils ont beaucoup, beaucoup de pudeur, puis ils vont préférer que ce soit, mettons leur fille, même pas un gars de la famille qui les aide. [...] Moi j'ai un monsieur, il ne voulait pas que ça soit son fils qu'il fasse, mais il acceptait que sa fille l'aide. (Clinicienne 5)

Les cliniciennes sont d'avis que l'implication des enfants, des conjointes et des conjoints peut varier selon les milieux de soins et les types de besoins. Les conjointes et des conjoints assument surtout des responsabilités à domicile et répondent aux besoins à long terme. Les enfants sont davantage impliqués pour des conditions aiguës et des services à l'extérieur du domicile, tels que des hospitalisations ou consultations en centre de réadaptation. L'implication des enfants dans

ces contextes s'explique par la nécessité d'assurer le transport et de communiquer avec les équipes de soins, ce qui représente souvent des défis pour les conjointes et conjoints eux-mêmes.

4.2.3 Implication familiale pour le maintien à domicile

Selon les participantes et participants, la famille assure un rôle primordial dans le maintien à domicile des PAAE en cohabitant avec elles ou en assurant une présence fréquente, voire quotidienne. Une majorité des cliniciennes et des personnes proches aidantes précisent que le maintien à domicile est une priorité pour les PAAE et leur famille. De façon générale, la relocalisation vers un milieu d'hébergement est un dernier recours pour les PAAE tout comme pour les personnes âgées en général. Toutefois, la particularité chez les PAAE se reflète par le fait que le maintien à domicile est surtout rendu possible grâce à la forte implication de la famille, en complément des services de soutien à domicile :

Je pense qu'il y a un point aussi que j'ai vu beaucoup là avec la clientèle asiatique, le maintien à domicile, c'est vraiment l'objectif numéro un avec beaucoup l'implication de la famille. Tsé qui peut clash par rapport à d'autres clientèles qui sont un peu plus vers la relocalisation plus rapidement, puis sont [proches aidants] prêts à s'impliquer beaucoup beaucoup beaucoup dans la prise en charge pour pouvoir le permettre justement-là. (Clinicienne 1).

Malgré l'importance accordée au maintien à domicile, le sujet de relocalisation peut surgir dans certaines situations familiales. Toutefois, autant les personnes proches aidantes que les cliniciennes mentionnent qu'il s'agit d'un sujet sensible qui est rarement discuté directement avec les PAAE. De plus, la relocalisation peut être une source de conflit au sein de la famille comme témoigne une proche aidante à propos de sa grand-mère :

Un clash qu'on avait dans la famille, c'était si on devait l'envoyer en CHSLD, c'était jamais un sujet qu'on a parlé explicitement autour d'une table. Ça se parlait dans la famille comme quoi, bon elle perd beaucoup son autonomie, est-ce que ça serait pas plus facile de l'envoyer là au lieu de la faire vivre avec son fils, sa femme, etc., donc ce clash-là a beaucoup divisé la famille en deux. (Proche aidant 2)

L'expérience d'une clinicienne rejoint cette réalité :

« C'est un cas où j'ai vu le monsieur, j'ai parlé avec lui durant tout le temps, puis quand je partais, je suis sorti, le fils m'a suivie, puis il m'a parlé de relocalisation qui n'était pas quelque chose du tout parlé devant son père. Alors ça, ça c'est normal aussi parce qu'il veut pas alarmer son père pour qu'il ait pas l'impression qu'il va être rejeté ». (Clinicienne 4).

Ainsi, les membres de la famille peuvent parfois explorer d'autres options que le maintien à domicile, mais à l'insu des PAAE.

Concrètement, la famille aide les PAAE dans plusieurs activités tant intérieures qu'extérieures au domicile, pour des besoins temporaires ou permanents. Cette proche aidante témoigne de l'aide apportée par la famille pour sa grand-mère durant sa période de récupération d'une prothèse totale du genou : « on l'aidait pour tout ce qu'est de ménage, la lessive, puis pour aller à la salle de bain, on l'aidait aussi, pour les soins personnels, puis tranquillement, mais elle a regagné son autonomie. » (Proche aidant 3). À long terme, les habitudes de vie qui sont les plus prises en charge sont la gestion des finances et le transport. Le transport implique que la famille accompagne les PAAE pour des sorties nécessitant les déplacements en voiture telles que pour les rendez-vous médicaux, se rendre à la banque et à l'épicerie. Selon les cliniciennes, contrairement à d'autres clientèles âgées où le besoin d'aide dans ces habitudes de vie est surtout déclenché par une diminution d'autonomie, cette implication est également reliée aux circonstances d'immigration chez les PAAE. En effet, les PAAE vont se tourner vers les enfants pour ces activités qui leur sont nouvelles ou peu habituelles après l'immigration :

Je voulais juste mentionner pour les finances, je trouve que c'est pas nécessairement à cause de la nouvelle condition médicale qui fait en sorte qu'ils vont plus gérer des finances, souvent même chose avec la conduite [automobile], c'est juste c'est des gens qui viennent ici et qui n'ont peut-être jamais appris comment ça fonctionne le système de.... je sais pas je donne un exemple, comment payer les factures en ligne, donc souvent, c'est déjà d'emblée des enfants qui s'occupent. (Clinicienne 3)

Les personnes proches aidantes, en étant souvent très impliquées, peuvent avoir des points de vue discordants de ceux des PAEE, notamment concernant l'adhésion à certains services de réadaptation liés au maintien à domicile. Les avis des cliniciennes et des personnes proches aidantes diffèrent concernant à qui revient la prise de décision. Les cliniciennes évoquent que les PAAE se fient aux enfants pour prendre des décisions. Une clinicienne qui est elle-même d'origine asiatique avance même que cette réalité devrait être normalisée et comprise par toutes les professionnelles et professionnels :

Une des compréhensions que les professionnels devraient avoir, c'est très accepté que les enfants ou les proches aidants prennent des décisions pour leurs parents. [...] on veut le consentement de notre client, mais en même temps c'est accepté que genre les enfants ne passent pas par son père ou sa mère pour te donner une réponse. C'est aussi possible que la famille va vouloir faire quelque chose derrière le dos de ton client parce que c'est ça qu'eux autres ils pensent, puis pour le bien de ses parents [...] c'est un peu de normaliser, d'accepter ça que c'est culturellement, c'est pas juste culturellement accepté, mais c'est demandé justement dans l'histoire de la piété filiale de prendre les meilleures décisions pour ses parents âgés. (Clinicienne 4).

À l’opposé, les personnes proches aidantes rapportent plutôt que les PAAE prennent leurs propres décisions et consultent rarement la famille : « *Pour ma grand-mère, elle demande rarement notre avis, je pense qu’elle prend beaucoup de décisions par elle-même, puis des fois, quand on essaie de partager un peu des préoccupations [...] je pense qu’elle a déjà sa décision. Donc elle s’ouvre peu à nous quand c’est le temps de prendre des décisions.* » (Proche aidant 3). Il est donc possible de constater une divergence d’opinions entre les deux groupes de participants.

En sommes, ce deuxième facteur reflète la forte implication de la famille pour favoriser le maintien à domicile des PAAE en assurant une présence fréquente et en prenant en charge des habitudes de vie. Cette implication peut parfois mener des répercussions cliniques lorsqu’elle dépasse les objectifs ou recommandations cliniques. En revanche, une présence diminuée des membres de la famille peut provoquer de l’isolement et affecter la qualité du soutien.

4.3 Croyances et perceptions en santé

Les croyances et perceptions en santé ont été identifiées comme le troisième facteur influençant les expériences d’utilisation des services de réadaptation chez les PAAE du point de vue des cliniciennes et des personnes proches aidantes. Trois personnes participantes ont mentionné spécifiquement que les croyances et les valeurs culturelles des PAAE sont « *très différentes* » de celles des autres clientèles (Clinicienne 3, proche aidant 1 et proche aidante 2). Bien que le témoignage des autres participantes et participants soit moins explicite à cet égard, toutes et tous ont mentionné l’influence des croyances et perceptions en santé des PAAE sur leurs expériences en réadaptation. Ces influences se manifestent sur trois plans : le sens accordé à l’autonomie, les perceptions des conditions de santé et de leurs traitements, ainsi que les attitudes envers des pronostics difficiles.

4.3.1 Sens accordé à l’autonomie

L’autonomie est une notion centrale en réadaptation et les PAAE y accordent une grande importance. Cependant, sa compréhension peut être teintée par leur bagage culturel. La majorité des cliniciennes précisent que la perception de l’autonomie chez les PAAE est différente de celle

véhiculée en réadaptation. En effet, les PAAE se perçoivent autonomes lorsqu'elles parviennent à réaliser les tâches en se débrouillant (Cliniciennes 4 et 7), ce qui diffère de l'objectif en réadaptation qui vise également la sécurité et la qualité d'exécution. Les cliniciennes soulignent d'ailleurs que les PAAE réalisent leurs activités selon des habitudes qui sont parfois complexes et peu sécuritaires selon leurs points de vue. L'expérience de cette clinicienne qui exerce en soutien à domicile démontre cette différence de perception de l'autonomie en lien avec l'hygiène et la nécessité d'adapter les approches cliniques :

Je me rends compte que des fois, ils ont des façons de faire différentes, j'ai une madame là [...], elle prend une douche, mais assise puis elle remplit un bol d'eau, puis elle s'asperge avec le bol d'eau. [...], mais elle a toujours fait ça toute sa vie fait que je suis pas là pour lui montrer une autre façon de faire, il faut que je m'ajuste à sa façon de faire, effectivement ça devient comme une autonomie un peu qualitativement, peut-être pas exactement la façon qu'on aurait mis en objectif, mais c'est fonctionnel pour elle puis elle a toujours fait ça fait que de mon point de vue à moi faut que je m'ajuste un petit peu (Clinicienne 5)

Selon les cliniciennes participantes, ces perceptions différentes font en sorte qu'elles ont de la difficulté à présenter leur rôle et l'autonomie fonctionnelle en tant qu'objectif thérapeutique, qui ne constitue probablement pas une priorité pour certaines PAAE.

Selon les personnes proches aidantes et les cliniciennes, les PAAE valorisent le maintien de l'autonomie en menant un mode de vie actif autant à domicile que dans la communauté, en réalisant leurs propres activités et en contribuant aux responsabilités familiales. Elles cherchent à conserver l'image d'une personne autonome et à minimiser le fardeau sur la famille. En vieillissant ou en présence d'un problème de santé, elles délaissent graduellement certaines activités, qui sont compensées par la famille telles que les sorties extérieures et la gestion des médicaments. Toutefois, elles accordent une grande importance au maintien des activités reliées au repas et à l'hygiène corporelle.

Au niveau des repas, les PAAE suivent des croyances bien établies selon les participantes et participants. Par exemple, une participante rapporte qu'une soupe nommée *congee* est considérée comme essentielle lorsqu'une personne est malade. De plus, les repas chauds sont privilégiés alors que les repas froids, congelés et préparés sont évités. L'importance des croyances ressort donc autant pour l'alimentation que pour la préparation des repas :

[...] côté préparation des repas, je trouve que c'est quelque chose pour eux, ça tient vraiment au cœur. C'est des habitudes de vie très très importantes, puis souvent ils vont avoir la croyance que c'est leur façon qui est meilleure, c'est juste eux qui savent comment le faire exactement donc très très rigide dans leur façon de faire, je pense on voit ça dans plusieurs personnes âgées [fait référence à d'autres clientèles âgées] aussi, mais je trouve c'est ça dans ces cultures [de l'Asie de l'Est] surtout la cuisine, il y a beaucoup d'importance qui est mise sur certains repas, la cuisine » (Clinicienne 3).

Les PAAE préconisent également l'autonomie pour leur hygiène corporelle tant et aussi longtemps que leur état de santé le permet, que ce soit à la douche ou pour les tâches d'hygiène simples au lavabo. Les personnes proches aidantes décrivent qu'il s'agit de la « dernière barrière à franchir » (Proche aidant 1). Les témoignages des cliniciennes corroborent ces propos. Le côté pudique, privé et réservé des PAAE a été évoqué par les participantes et participants pour expliquer cette volonté de maintien de l'autonomie à l'hygiène.

4.3.2 Perceptions des conditions de santé et de leurs traitements

Un autre volet de ce troisième facteur concerne les perceptions des conditions de santé et de leurs traitements chez les PAAE. Les témoignages des participantes et participants suggèrent que ces croyances et perceptions, partagées par les PAAE et leur famille, peuvent avoir une influence considérable sur les comportements face aux problèmes de santé. Elles peuvent les entraîner à cacher la condition médicale, se retirer du cercle social, diminuer la participation aux activités et même à refuser les recommandations cliniques. Par exemple, les PAAE peuvent refuser d'appliquer le froid pour des problèmes musculosquelettiques ou choisir de privilégier le repos comme étant un moyen de récupération alors que la mobilisation précoce serait optimale. La gestion des médicaments chez les PAAE peut aussi être plus complexe. Les cliniciennes remarquent une faible adhérence aux médicaments prescrits ainsi qu'une utilisation de la médecine traditionnelle du pays d'origine des PAAE, souvent en remplacement ou en parallèle des prescriptions de la médecine occidentale :

C'est souvent lors du questionnaire ou la section gestion des médicaments que ça va sortir lorsqu'ils prennent des pilules faites de façon naturelle ou qui vont faire des genres de soupe ou avec des herbes, je suis comme « bon est-ce que vous en avez parlé avec vos médecins ? » « J'en prends 4 h après que j'ai pris mes médicaments, donc il y a pas de problème » [...] Donc souvent, j'essaie d'aviser le médecin ou pharmacien lorsqu'ils sont dans le dossier. Ou je remarque aussi qu'il y a certaines personnes âgées qui vont me dire « j'ai pas besoin de prendre aucun médicament parce que j'en prends mes médecines traditionnelles ». Donc qui explique des fois pourquoi il reste des médicaments dans leur Dispill. (Clinicienne 6).

Ainsi, les perceptions des conditions de santé et de leurs traitements influenceraient l'engagement des PAAE dans les recommandations émises en réadaptation.

4.3.3 Attitudes envers des pronostics difficiles

Selon les cliniciennes, les comportements des PAAE et de leur entourage familial face aux pronostics difficiles diffèrent des autres clientèles âgées ou non. Les pronostics difficiles réfèrent aux diagnostics qui ont un faible potentiel de récupération ainsi qu'aux annonces de fin de vie. Les attitudes des PAAE et de leur entourage familial se manifestent sous deux formes : 1) l'évitement et le refus d'en parler; 2) la faible acceptation.

Tout d'abord, il y a l'évitement et le refus de parler. Cette attitude est adoptée par des membres de la famille qui tentent de dissimuler les informations sensibles. Elle est justifiée par une volonté de protéger la personne aînée et de diminuer ses craintes en lien avec les diagnostics. Selon la majorité des personnes participantes, le sujet le plus évité est la mort, suivi des diagnostics avec un mauvais pronostic. Un proche aidant qui a pris soin de sa mère en sachant qu'elle a une espérance de vie de 10 ans témoigne de la difficulté à aborder le sujet de la mort : « *Mais parler de mort, tsé comme sachant qu'elle... lorsqu'elle est décédée il y avait pas d'arrangement de fait, tellement eux ils voulaient... Tsé c'est tellement c'était tabou* » (Proche aidant 1). Les cliniciennes rencontrent également cette réalité en clinique. Elles relatent que la famille peut décider de ne pas traduire l'entièreté des informations ou demander aux professionnelles et professionnels parlant la langue maternelle de la personne aînée d'omettre certaines informations. Comme répercussions cliniques, il est difficile pour les cliniciennes de discuter de la condition avec les PAAE et de prévoir un plan de traitement conjoint :

Un dernier défi que je trouve c'est très très important. C'est vraiment avec la clientèle soins palliatifs [...] Quand c'est une question, quand on parle de palliatif, la mort, c'est vraiment une question très très très tabou. Il faut pas en parler avec le patient ou la patiente. Donc toute la discussion de planification et les soins possibles, c'est comme... c'est un enjeu de.... On parle avec la famille, mais la famille nous dit « ben il faut pas en parler de ce sujet avec le client » donc c'est tout un... It's like you are walking on eggshells. (Clinicienne 3).

Ensuite, il y a la faible acceptation des pronostics difficiles de la part des PAAE, lorsque ceux-ci leur sont annoncés. Le témoignage de cette clinicienne illustre cette idée :

Je sais pas comment le dire exactement, est-ce que c'est l'espoir d'un recouvrement total de la condition [...], on dirait qu'il y a quelque chose dans le deuil qui se fait pas aussi facilement que d'autres peut être cultures. C'est-tu le deuil ou c'est... annoncer des pronostics difficiles, ils vont t'écouter, ils vont être impassibles, ils vont entendre ça... mais je sais pas s'ils nous croient pas, mais il y a quelque chose qui fait qu'ils veulent... qui croient encore malgré un pronostic sombre que le bras va récupérer la jambe, la parole.... il y a une notion-là de... peut-être croyance ou de deuil qui se fait pas, mais je sais...je suis pas sûr comment le nommer non plus. (Clinicienne 8)

Ce phénomène est également observé chez les personnes proches aidantes qui portent l'espoir de récupération chez la personne âgée : « *mon père disait que ah, quand ta mère va guérir, on savait qu'elle allait pas guérir, mais il y avait encore cet espoir-là de dire que quand elle va pouvoir marcher à nouveau, mais non elle pourra pas remarcher-là* » (Proche aidant 1)

Les participantes et participants se questionnent sur l'approche à adopter face à ces attitudes. Certaines personnes proches aidantes pensent qu'il faut aborder ces sujets sensibles avec les PAAE pour anticiper les étapes subséquentes. De plus, la façon d'amener le sujet peut faire une différence et ils ou elles suggèrent de dépersonnaliser le message en utilisant des expressions telles que « *lorsque quelqu'un meurt* » au lieu de « *lorsque vous allez mourir* » (Proche aidant 1). Les cliniciennes quant à elles se sentent prises entre les normes de la pratique clinique et le respect de la culture asiatique :

Des fois, je me pose la question si ça vaut la peine d'insister tant sur un pronostic. Mais nous on a comme pas le choix-là [...] Ça fait partie de notre démarche de nommer un pronostic dans un plan d'intervention. Des fois je me... en même temps, je voudrais pas ne pas être transparente, mais ça vaut tu la peine de tant que ça d'aller vers un pronostic... Je me questionne. (Clinicienne 8)

Ce troisième thème a permis de comprendre que les PAAE ont des croyances et perceptions de santé qui peuvent leur être uniques du point de vue des cliniciennes et des personnes proches aidantes. En réadaptation, celles-ci exerceraient notamment une influence sur le sens accordé à l'autonomie ainsi que le choix des traitements et les attitudes adoptées selon leurs perceptions des conditions de santé.

4.4 Défis dans l'alliance thérapeutique

Selon les cliniciennes et les personnes proches aidantes, les défis dans l'alliance thérapeutique est le quatrième facteur qui influence les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE. Selon elles, ces défis se traduisent par des difficultés rencontrées dans

l'établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations ainsi que dans l'établissement de la relation thérapeutique.

4.4.1 Établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations

Selon les cliniciennes, hormis le fait de « devoir insister » pour obtenir des informations, l'étape de l'évaluation se déroule bien avec les PAAE. En revanche, elles perçoivent que l'établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations présentent plus de défis.

Les cliniciennes mentionnent l'impression d'avoir des priorités qui sont différentes de celles des PAAE au moment d'établir les objectifs thérapeutiques. Tout d'abord, contrairement aux attentes des professionnelles et professionnels de réadaptation qui souhaitent une participation active des PAAE dans l'établissement des objectifs, ces dernières pourraient avoir des difficultés à prendre part à cette étape. Selon les cliniciennes et certaines personnes proches aidantes, les difficultés seraient notamment en raison de leur manque d'accès aux informations concernant leur santé, la connaissance limitée de la nature des services offerts en réadaptation malgré explication ainsi que la faible expérience de collaboration avec les professionnelles et professionnels de la santé.

Ensuite, les cliniciennes rapportent une différence de perception dans la nature des priorités de part et d'autre et ceci pose un défi dans l'établissement des objectifs thérapeutiques. Alors que les professionnelles et professionnels visent prioritairement le maintien et la reprise des activités quotidiennes, les PAAE prioriseraient surtout la récupération des capacités personnelles telles que la force musculaire et la mobilité. Cette différence de priorité est aussi rencontrée avec d'autres groupes de clientèle, mais serait plus souvent observée chez les PAAE selon les cliniciennes. Le témoignage de cette clinicienne en centre de réadaptation intensive illustre cet écart de priorité: « *C'est peut-être dans l'élaboration des fois des objectifs [...] "moi, je veux juste que mon bras aille mieux, je veux juste que ma jambe aille mieux", mais tsé c'est pour faire quoi, quelle habitude de vie... ça des fois c'est plus difficile* » (Clinicienne 8).

Dans cette perspective, certaines cliniciennes rapportent qu'elles trouvent difficile d'encourager la participation sociale chez les PAAE qui ont une condition aiguë ou qui ont des atteintes et séquelles chroniques. Par exemple, elles perçoivent que leurs clientes et clients peuvent se considérer comme invalides, se mettre dans le rôle de malade et diminuer volontairement leurs activités :

« En général, c'est un petit peu difficile de dire "oui, vous pouvez pas marcher, mais en fauteuil roulant, vous pouvez quand même peut-être accéder à des ressources communautaires. Vous pouvez quand même aller dans un centre de jour", donc c'est juste d'aller chercher ce "Oui, il y a une incapacité, mais peut-être il y aura pas nécessairement un handicap, on peut aller quand même chercher des activités significatives [...] d'aller chercher cet engagement, aller chercher cet objectif ou cette aspiration-là, ça requiert peut-être un petit peu plus de... pour nous de les convaincre en fait." (Clinicienne 3)

Les PAAE et les cliniciennes ont différentes façons de concevoir leurs priorités concernant les objectifs thérapeutiques, ce qui peut rendre difficile l'établissement de buts communs en clinique.

Ensuite, les cliniciennes perçoivent que l'établissement des recommandations compatibles aux besoins des PAAE est l'étape la plus difficile pour elles. En effet, elles mentionnent qu'après l'émission des recommandations, un taux élevé de refus est observé chez les PAAE qui ne mettent pas en place les recommandations des professionnelles et professionnels de réadaptation autant en milieux aigus qu'en centres communautaires. Parmi les recommandations les plus refusées, les cliniciennes nomment l'utilisation d'aides techniques, les services de soutien à domicile, ainsi que des suivis en centres de jours et de réadaptation externe. Les témoignages des personnes proches aidantes rejoignent l'idée des cliniciennes en ce qui concerne le refus des recommandations : *« On lui avait offert des soutiens à domicile après sa chirurgie, comme des adaptations pour la salle de bain ou de revoir comment on peut intégrer la marchette à domicile aussi, ou des services de ménage ou pour aider au transfert au bain, mais elle avait refusé complètement »* (Proche aidant 3). Deux cliniciennes mentionnent qu'il est nécessaire d'*« insister »* et d'avoir un lien de confiance établi avec les PAAE afin que les PAAE acceptent les recommandations :

Souvent j'essaie d'aller un peu... je les pousse un peu plus... je leur demandais d'essayer les équipements. Je les prêtais puis je les poussais un peu plus pour essayer, comme ça une fois qu'ils essaient, ils trouvent que ça marche bien puis ils acceptent. [...] C'est ça que je trouve que je fais un peu plus avec la population asiatique-là, il fallait pousser un peu parce que souvent ils acceptent quand même, ils vont pas refuser catégoriquement » (Clinicienne 9)

Les participantes et participants perçoivent cinq raisons de refus ou de sous-utilisation de services de soutien à domicile, qui rejoignent des éléments évoqués précédemment. Ils s'agiraient du faible sentiment de besoin d'intervention par les PAAE qui se perçoivent fonctionnelles, des difficultés à mener à terme les recommandations en raison de la barrière linguistique, de la méconnaissance des services disponibles auxquels elles sont nouvellement ou rarement exposées, de la présence de la famille comme source de soutien ainsi que des préoccupations des PAAE et de leur famille quant à l'offre et la nature des services tels que le roulement du personnel. Inversement, une recommandation souvent retenue par cette population serait la mise en place du programme chèque emploi-service, décrit au deuxième thème. Les cliniciennes rapportent que ce programme permet d'assurer un soutien mieux adapté culturellement.

4.4.2 Établissement de la relation thérapeutique

De façon générale, les cliniciennes perçoivent que les PAAE sont favorables à l'établissement de la relation thérapeutique. Elles ont identifié la patience et l'ouverture d'esprit comme moyens d'y parvenir. Par ouverture d'esprit, les cliniciennes désignent l'absence de toute idée préconçue avant et pendant l'évaluation, leur permettant de demeurer perméables autant aux similitudes qu'aux différences entre cette clientèle et les autres groupes desservis. De plus, les cliniciennes pouvant communiquer directement dans la langue maternelle des PAAE sentent que les PAAE les considèrent comme un « *ancrage* » (Clinicienne 4) dans le système de santé et s'adresseraient plus souvent qu'autrement à elles pour poser leurs questions, incluant celles qui devraient être dirigées vers d'autres professionnelles et professionnels. Le fait d'être asiatique serait un facteur facilitateur dans l'établissement d'un lien de confiance avec les PAAE, ce qui a été mentionné par les personnes proches aidantes et les cliniciennes :

Mais le fait qu'on a des yeux bridés, ils sentaient une association. Ils sentaient qu'OK, elle est comme moi, culturellement elle va comprendre plus mes besoins. Fait que même si on parlait pas la même langue, il y avait quand même une facilité je trouvais du fait qu'ils pouvaient m'associer à leur culture un petit peu aussi, ça facilitait quand même les choses effectivement. (Clinicienne 5).

Ainsi, même en absence d'une langue commune, la concordance culturelle pourrait être facilitateur dans l'établissement de la relation thérapeutique.

Toutefois, les deux groupes de répondants pensent que les PAAE peuvent percevoir un lien hiérarchique entre eux et les professionnelles et professionnels de réadaptation, pouvant diminuer le partenariat lors des soins :

C'est aussi un aspect culturel, en Asie souvent le personnel médical est là et le patient est là [fait les gestes avec une main plus haute et l'autre plus bas pour montrer la différence de statut], alors c'est moi qui te dis quoi faire, t'as pas vraiment d'opinion. Alors je pense qu'il y a aussi une habitude de... sont pas habitués à pouvoir être partenaires pour leur medical care si on veut en anglais. (Clinicienne 4)

Cette hiérarchie se retrouverait aussi dans l'importance que les PAAE accordent aux différentes professions de la santé. Par exemple, elles accorderaient davantage d'importance aux avis des médecins qu'aux autres membres de l'équipe de soins comme l'illustre une proche aidante : « [...] ma grand-mère aussi, elle valorisait beaucoup... surtout les médecins. [...] Donc même si la physio est impliquée, je pense que ce qui la rassurait le plus, c'est l'avis du médecin, mais qu'elle voyait très rarement [...] versus le physio qui était là avec elle à chaque semaine » (Proche aidant 3). Dans la même perspective, selon les cliniciennes, les PAAE accorderaient moins d'importance aux avis des enfants qu'à ceux des professionnelles et professionnels. Les PAAE auraient plus de facilité à accepter les recommandations lorsqu'elles les reçoivent directement des professionnelles et professionnels sans passer par les enfants, qui sont considérés comme ayant moins d'« autorité ». (Clinicienne 7)

Ce quatrième facteur reflète l'influence de l'alliance thérapeutique sur les expériences en réadaptation des PAAE. Selon les participantes et participants de l'étude, l'établissement des objectifs et des recommandations semblent particulièrement teintés par la différence de perceptions et de priorités entre les professionnelles et professionnels et les PAAE.

En somme, les résultats de l'étude reflètent que les expériences de réadaptation des PAAE sont influencées par quatre facteurs, qui sont en lien avec la communication, l'implication de la famille, les croyances et perceptions en santé ainsi que l'alliance thérapeutique.

Tableau 5 : Facteurs influençant les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE, illustrés par des extraits

Facteurs	Sous-facteurs	Illustrations par des exemples de verbatims
Défis de la communication	Prépondérance de la barrière linguistique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La barrière de langue était bien sûr une des difficultés qu'on voyait le plus dans les interactions. (Proche aidante 2)</i> • <i>[...]la compréhension fait qu'une fois l'objectif atteint, mettre en place le plan peut être plus difficile [...] ça peut être en lien avec la barrière de langue (Clinicienne 1)</i>
	Réticence à exprimer des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • <i>[...]Ça peut [être] mal vue de confronter ou de s'opposer à quelque chose, on tend à juste respecter un peu ce qui est dit. [...]Si par exemple, il y a une difficulté [...]c'est plus difficile de s'ouvrir [...], puis de s'opposer ou de demander des services supplémentaires. [...] Je pense que c'est plus difficile pour ma grand-mère de le faire. (Proche aidante 3)</i>
Forte implication de la famille	Raisons et répercussions de l'implication familiale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>[...] la valeur de piété de prendre soin de nos parents, de nos aînés, dans ma culture [...] c'est notre façon de leur remercier d'avoir pris soin de nous lorsqu'on était jeune. (Proche aidante 2)</i>
	Filles, conjointes et conjoints en tant que proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pour l'hygiène par contre c'est vraiment plus touchy. D'habitude c'est jamais le conjoint ou la conjointe qui fait l'hygiène, ce que j'ai vu, c'est tout le temps les enfants un petit peu plus [...] ils vont tout le temps demander à leur fille, même pas à leur conjointe. (Clinicienne 7)</i> • <i>Si la personne âgée asiatique est en milieu hospitalier, souvent c'est les enfants qui vont conduire pour aller les voir, la conduite auto aussi peut être une barrière. (Clinicienne 5)</i>
	Implication familiale pour le maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • <i>[...] la famille vient les aider quand même pas mal tous les jours ou comme habiter ensemble, mais tandis que mes autres populations [...] sont plus vraiment seules. (Clinicienne 9)</i>
Croyances et perceptions en santé	Sens accordé à l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ma grand-mère aimait vraiment sortir à l'extérieur, [...] Puis à la maison, elle prenait soin de mon grand-père aussi dans le temps. Puis elle faisait toutes les activités domestiques, donc le ménage cuisiner donc la lessive, elle faisait pas mal toutes les activités domestiques. (Proche aidante 3)</i>
	Perceptions des conditions de santé et de leurs traitements	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mon père est plus traditionnel, on parle peut être de croyances et de superstitions. On est rendu à peut-être ailleurs, mais il avait cette mentalité-là de que la maladie c'était négative. Puis c'était mieux de juste pas s'exposer aux gens. (Proche aidant 1)</i>
	Attitudes envers des pronostics difficiles	<ul style="list-style-type: none"> • <i>J'avais eu un cas...une vieille madame qui a un diagnostic de cancer, [...]Jelle n'avait jamais su son diagnostic parce que la famille lui a pas dit. Je comprends qu'il y avait un côté culturel, le patient s'en remet à l'enfant pour prendre la décision puis c'est son choix, mais jusqu'à quel point on tolère ou on accepte que les informations soient à l'insu du client. Je trouve ça délicat. (Clinicienne 6)</i>
Défis dans l'alliance thérapeutique	Établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une autre chose que je remarque [...] c'est qu'ils voient pas le besoin. C'est comme 'ça fonctionne, on débrouille, pourquoi le besoin de changer? Pourquoi le besoin d'améliorer?' » (Clinicienne 4)</i>
	Établissement de la relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De base quand on reçoit une requête mettons unilingue cantonais ou unilingue mandarin, on a comme un biais de base en tant que thérapeute de dire 'ça va être compliqué, l'évaluation va être limitée' mais de pas partir avec ces biais là puis de garder l'esprit ouvert [...] de voir c'est quoi pour lui son autonomie, vraiment qu'est ce qui était important pour lui. [Clinicienne 1]</i>

Chapitre 5 — Discussion

Cette étude visait à explorer les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE. Les points de vue des professionnelles et professionnels de la réadaptation et des personnes proches aidantes ont été explorés. Les différentes approches méthodologiques utilisées ont permis d'atteindre l'objectif de l'étude. La collaboration avec les associations qui agissent comme intermédiaires avec les participantes et participants de l'étude telles que les ordres professionnels et les organismes communautaires a facilité le recrutement. De plus, reflétant le caractère exploratoire du devis de l'étude, les guides d'entrevue et les groupes de discussion ont permis de recueillir une grande variété de points de vue sur la problématique ciblée. Les résultats révèlent que les expériences d'utilisation des services en réadaptation chez les PAAE seraient influencées par les défis de la communication, la forte implication de la famille, les croyances et perceptions en santé ainsi que les défis dans l'alliance thérapeutique. Dans ce chapitre, ces quatre catégories de résultats ainsi que les limites de l'étude sont discutées.

Défis de la communication

Selon les participantes et participants de l'étude, la communication verbale et non verbale joue un rôle important en réadaptation chez les PAAE. Tout d'abord, la barrière linguistique ressort comme un obstacle majeur engendrant plusieurs impacts cliniques. Elle limite leur échange avec les professionnelles et professionnels de la réadaptation, rend difficile leur navigation des services disponibles et par conséquent diminue leur chance d'en bénéficier. Ces impacts de la barrière linguistique sont déjà documentés dans le domaine de la santé chez les personnes immigrantes originaires de l'Asie de l'Est (Jang et al., 2020; Ngo-Metzger et al., 2003). Les auteurs issus de la réadaptation jugent que certains impacts sont particulièrement perceptibles dans ce domaine. Par exemple, il est difficile de comprendre et de transmettre les informations via des conversations informelles, qui consistent parfois en un levier clinique important pour faciliter l'engagement et la collaboration des clients (Taylor et Jones, 2014). De même, les séances de rencontre sont plus longues afin d'établir un dialogue sans toutefois permettre une qualité satisfaisante des services rendus selon les professionnelles et professionnels (Mirza et al., 2022).

Les résultats de cette étude montrent que les interprètes informels dont les membres familiaux constituent la principale source d'aide à la traduction, ce qui pourrait s'expliquer par leur disponibilité et leur rôle d'accompagnateur aux rendez-vous médicaux (Cox et al., 2019; Meeuwesen et al., 2010). Deux types de limite ont été identifiés en lien avec l'implication des interprètes informels, soit la tendance à répondre à la place de la personne aînée et la maîtrise imparfaite de la langue asiatique. Ces deux types de limite sont documentés par Cox et al. (2019), Ahmed et al. (2017) et Meeuwesen et al. (2010), qui mentionnent aussi une troisième limite, soit le risque de modifier le message en omettant volontairement certaines informations. Dans la présente étude, cette limite a également été soulevée, mais davantage en lien avec les croyances et perceptions en santé. Répondre à la place des usagères et usagers ainsi qu'omettre des informations sont considérés comme étant les limites les plus fréquentes et ayant les plus grands impacts cliniques (Cox et al., 2019; Meeuwesen et al., 2010). Pour y remédier, les auteurs soulignent l'importance d'interpeler les services des interprètes professionnels (Cox et al., 2019; Rosenberg et al., 2007).

Dans l'étude, le recours aux interprètes professionnels a été mentionné par les cliniciennes qui les sollicitent lorsque l'implication des interprètes informels est insuffisante. Il est possible de supposer que les cliniciennes connaissent davantage la disponibilité de cette ressource comparativement aux personnes proches aidantes (Mirza et al., 2022). En clinique, il pourrait être avantageux de proposer ces services aux PAAE et aux membres de leur famille, considérant que les personnes aînées peuvent avoir une préférence aux interprètes professionnels pour certaines situations comme le partage d'informations confidentielles (Ngo-Metzger et al., 2003). Il est toutefois à noter que le recours aux interprètes professionnels ne remédierait pas la difficulté des PAAE à naviguer dans le système de santé, ce qui a été soulevé comme étant un enjeu dans cette présente étude. Les cliniciennes et les personnes proches aidantes ont souligné l'importance de collaborer avec les organismes communautaires pour instaurer des services d'accompagnateurs culturellement adaptés. Cela rejoint le moyen recommandé par Shommu et al. (2016), soit le recours au service de *community navigators*. Ces personnes sont des intervenantes et intervenants de la santé ayant eu une formation culturellement sensible et aident les populations immigrantes à accéder aux services appropriés. Selon ces mêmes auteurs, ce service permet

d'améliorer l'accès aux services de santé, la compréhension de la maladie ainsi que la préparation et adhésion aux traitements.

Les résultats font également état d'une perception de réticence des PAAE à exprimer leurs difficultés et leurs besoins. À notre connaissance, aucune étude explorant ce phénomène n'a été répertoriée dans les systèmes de santé occidentaux. Toutefois, certains éléments rapportés par les participantes et participants de l'étude comme étant associés à cette réticence sont déjà documentés par d'autres auteurs. Par exemple, la fierté empêcherait les PAAE de montrer le côté vulnérable et le manque de connaissance des services et une faible perception des difficultés personnelles feraient en sorte qu'elles sollicitent moins d'aide (Aroian et al., 2005). Pun et al. (2018) ont étudié les enjeux de communication entre les professionnelles et professionnels et les usagères et usagers en Asie de l'Est, dans un contexte où les deux groupes partagent la même culture et parlent la même langue. Ils rapportent que la confiance des usagères et usagers envers les professionnelles et professionnels consiste en un facteur primordial, ce qui est au-delà de la différence linguistique. Cet aspect pourrait également expliquer la raison de la faible expression des besoins ainsi que le refus de certaines recommandations par les PAAE lorsque le lien de confiance est manquant ou insuffisant. Il s'avère pertinent de mieux comprendre ce phénomène, dans des études futures, pour en tenir compte d'autant plus que des sujets personnels et intimes peuvent être abordés en réadaptation.

En somme, les défis de la communication influenceraient les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE selon les participantes et participants de l'étude. Des moyens sont utilisés pour y remédier, mais qui comportent eux-mêmes des limites. La littérature suggère d'avoir davantage recours aux interprètes professionnels et pouvant offrir un service culturellement adapté.

Forte implication de la famille

Les résultats de l'étude soulignent la forte implication de la famille dans la réadaptation des PAAE. Les participantes et participants de l'étude ont soulevé plusieurs raisons de cette implication dont

les principales sont le respect, le sens de gratitude et le sentiment de responsabilité face aux personnes âgées. Ce sont des facteurs bien documentés dans les écrits portant sur la culture de l'Asie de l'Est et les soins des personnes âgées (Bryant et Lim, 2013; Dong et al., 2014; Hikoyeda et Tanabe, 2010). Certains auteurs précisent toutefois que cette réalité change dans les années récentes. Les enfants adultes ont moins le sens de devoir envers les personnes âgées et ces dernières ont moins d'attente envers eux (Lin et al., 2015; Wong et al., 2006) et veulent minimiser le fardeau sur les membres de la famille (Jang et al., 2022; Kawakami et Son, 2015).

L'étude suggère que la famille joue un rôle primordial dans le maintien à domicile des PAAE et que le sujet de l'hébergement est souvent évité. Dans la littérature, il est intéressant de noter que les membres de la famille des personnes âgées immigrantes de l'Asie de l'Est expriment de la culpabilité, du malaise et de l'impuissance lorsque la personne âgée doit être hébergée (Bai, 2008; Park et al., 2004). Selon le recensement canadien de la population en 2016, la majorité des PAAE habitent à domicile et démontre un taux de maintien à domicile plutôt élevé (Hou et Ngo, 2021). Considérant ce constat, il est intéressant de noter que leur taux d'utilisation des services de soutien à domicile est faible, ce qui a été rapporté par les participantes et participants de l'étude et aussi connu dans la littérature (Ng et al., 2012). Ces informations corroborent les résultats de notre étude en regard de la forte implication de la famille dans le maintien à domicile, notamment pour compenser les difficultés au quotidien et éviter le recours aux aides externes.

Selon les cliniciennes, l'implication de la famille peut aller à l'encontre des objectifs cliniques lorsque l'entourage familial veut accélérer la récupération des capacités des PAAE ou au contraire lorsqu'il compense pour les activités au-delà des besoins. Les professionnelles et professionnels qui ont participé au développement de la réadaptation dans les pays où la culture familiale est prédominante ont rapporté des défis similaires (Bourke-Taylor et Hudson, 2005) notamment le délai de consultation, la compensation totale des habitudes de vie et la surprotection des usagères et usagers (Teng et al., 2022). Pour bien agencer les objectifs de la réadaptation et l'implication de la famille, des auteurs recommandent d'adapter les approches en réadaptation aux réalités des personnes âgées. Il est recommandé notamment d'opter pour l'approche *Family*

Centred Care qui favorise l'interdépendance entre les parties en présence plutôt que l'indépendance des personnes âgées, en incluant les membres de la famille dans les plans d'évaluation et d'intervention, par exemple (Corrigan et Lee, 2021; Hikoyeda et Tanabe, 2010). De plus, discuter et clarifier les attentes mutuelles au début de la prise en charge pourrait être pertinent (Meulenbroeks et al., 2021).

Les approches adaptées à la réalité des PAAE permettraient de mieux considérer les avis des personnes âgées et ceux de la famille. Une divergence d'opinions a été notée dans l'étude concernant la prise de décision. Les personnes proches aidantes rapportent que les âgées et âgés prennent leurs propres décisions, alors que les cliniciennes soulignent que celles-ci sont prises par les membres de la famille avec ou sans concertation avec les personnes âgées. Ces deux réalités ont d'ailleurs été documentées (Ishikawa et al., 2005; Ko et al., 2014; Martina et al., 2021), avec une plus grande prévalence des situations cliniques dans lesquelles les décisions étaient prises par la famille. Ces écrits révèlent également que les personnes âgées sont motivées à prendre part à la discussion et avoir l'heure juste sur leur propre condition de santé.

L'absence de soutien social adéquat et l'isolement sont des enjeux prépondérants dans la littérature auprès des personnes âgées immigrantes originaires de l'Asie de l'Est (Jang et al., 2021; H.-J. Park et al., 2019; Syed et al., 2017; Zhao et al., 2022) et ont des répercussions cliniques concrètes. Ces phénomènes ont été évoqués à quelques reprises dans la présente étude. Le manque de soutien social et des relations familiales tendues peuvent augmenter des problèmes de santé chez les PAAE, comme la détresse psychologique (Guo et al., 2018; Y. Jang et al., 2021; Wong et al., 2007). De plus, le manque de soutien social a un impact sur l'utilisation des services, en limitant ou retardant la consultation (Shorey et Chan, 2021; Yeung et al., 2016).

En résumé, l'implication de la famille est importante à considérer dans la prise en charge des PAAE en réadaptation et cela s'explique selon les raisons bien ancrées culturellement et socialement selon les résultats de cette étude et les études antérieures. La littérature suggère de mener des approches centrées sur la famille plutôt que centrées sur le client. Cependant, il est aussi à considérer la qualité et la quantité de soutien qui peuvent parfois être insuffisantes.

Croyances et perceptions en santé

Les deux groupes de répondants de cette étude perçoivent que les différentes croyances et perceptions chez les PAAE pourraient les mener à adopter des approches thérapeutiques qui sont parfois conflictuelles avec celles normalement préconisées en réadaptation. Des études se sont intéressées aux perceptions des diagnostics en contexte culturel. Par exemple, dans l'étude de Choi et al. (2016) chez les personnes immigrantes coréennes, l'AVC est considéré comme résultant d'une perte d'équilibre entre la santé psychologique et physique. Pour cette population, la priorité d'intervention consiste donc à retrouver cet équilibre et non à préconiser la mobilisation précoce qui est promue selon la compréhension de ce diagnostic médical en Occident. S'ouvrir aux perceptions des PAAE sur les diagnostics et approches de traitements est donc primordial tant pour comprendre leurs points de vue que pour mieux planifier le plan de traitement (Juckett, 2014).

Les participantes et participants de l'étude sont d'avis que certaines croyances et perceptions peuvent mener à des comportements tels que l'évitement, la faible acceptation des problèmes de santé et la non-reconnaissance des diagnostics ou pronostics sombres. Ces résultats correspondent aux constats des recherches antérieures (Hikoyeda et Tanabe, 2010). Selon les cliniciennes et les personnes proches aidantes de l'étude, ces comportements sont principalement adoptés et maintenus par l'entourage familial. Les raisons rapportées par les participantes et participants correspondent à celles déjà documentées par quelques auteurs (Kirby et al., 2018; Ko et al., 2014), soit de protéger les aînés en leur évitant la charge émotionnelle en lien avec leur diagnostic et la perception négative des conditions selon les superstitions. Toutefois, il est aussi documenté que les personnes âgées souhaitent comprendre leur état de santé et participer activement dans leurs soins (Hikoyeda et Tanabe, 2010; Ko et al., 2014).

Toujours dans les croyances et perceptions, l'étude a relevé que les PAAE semblent accorder une grande importance à l'autonomie, notamment pour la préparation de repas. L'emphasis mise sur cette habitude de vie peut être expliquée par la différence des ingrédients souvent consommés dans la culture asiatique et occidentale. Cela s'explique également par la valeur accordée aux

plats cuisinés maison, mais également par le fait que dans la culture asiatique les aliments sont considérés comme ayant des vertus préventives et curatives (Oktay et Ekinci, 2019; Q. Wu et Liang, 2018). Par exemple, l'eau froide et des aliments assaisonnés sont à éviter alors que les soupes sont préconisées. En réadaptation, l'importance et la signifiante de la préparation des repas pourraient être considérées dans l'élaboration des objectifs thérapeutiques et constituer un levier thérapeutique (Kim et al., 2015).

Ainsi, les croyances et perceptions en santé peuvent moduler l'importance que les PAAE accordent à certaines modalités ou approches. Il importe donc de documenter non seulement leurs compréhensions des problèmes de santé mais également leurs perceptions.

Défis dans l'alliance thérapeutique

Les participantes et participants de l'étude perçoivent que les PAAE établissent une hiérarchie entre les personnes, qui les affecte dans leur rapport à elles, en mettant en avant les professionnelles et professionnels, et ce notamment les médecins. Cette asymétrie en regard du rapport avec les professionnelles et professionnels considérés comme une figure d'autorité est décrite dans la littérature (Pun et al., 2018). Afin de favoriser une relation de collaboration plutôt que d'autorité en réadaptation, les professionnelles et professionnels pourraient, au début de la prise en charge, établir des balises communes avec les PAAE. Il serait pertinent d'informer les PAAE sur leurs compétences et mandats tout en documentant les attentes de cette clientèle, tant sur le plan de collaboration mutuelle que des approches cliniques, par exemple. Pour ce faire, une réflexivité critique chez les professionnelles et professionnels pourra être un facteur pouvant aider à minimiser les biais culturels et avoir un dialogue culturellement sensible, notamment lorsqu'ils ou elles font face à une clientèle dont certains principes culturels leurs sont peu connus (Curtis et al., 2019). De plus, la littérature suggère l'importance de mener des changements à l'échelle macro, qui inclut tant l'organisation de soins que les instances politiques afin de permettre le plein potentiel de compétence culturelle (Karmali et al., 2011).

Selon les résultats de cette étude, les PAAE chercheraient à développer une bonne relation thérapeutique. Les personnes proches aidantes et les cliniciennes de l'étude sont d'avis que le fait d'être asiatique facilite le lien thérapeutique, et ce même si les PAAE et les professionnelles et professionnels ne partagent pas la même langue. Ce résultat concorde avec la littérature. Jang et al. (2021) indiquent que certaines personnes âgées asiatiques ont une préférence pour les professionnelles et professionnels asiatiques, et ce particulièrement en cas d'une faible acculturation. Partager un bagage culturel augmente la confiance, la collaboration et la satisfaction (Shorey et Chan, 2021; Takeshita et al., 2020; Yang, 2020). En contrepartie, Chappell et Lai (1998) ont trouvé que les personnes âgées immigrantes de l'Asie de l'Est peuvent avoir une préférence pour des professionnelles et professionnels formés en occident. Finalement, l'étude de Meghani et al. (2009) mentionne que la concordance culturelle entre usagères et usagers et professionnelles et professionnels ne démontre pas d'effet significatif sur le plan de l'alliance thérapeutique.

La relation thérapeutique est également affectée par l'impossibilité d'avoir un échange direct et profond, en raison de la barrière linguistique ou l'obligation de dissimuler certains sujets sensibles. Ce lien n'a pas été évoqué dans cette présente étude, mais certains auteurs y réfèrent de façon explicite (Ferguson et Candib, 2002; Ishikawa et al., 2005; Zendedel et al., 2018).

En résumé, les défis de l'alliance thérapeutique se manifestent au niveau de l'établissement des objectifs et des recommandations ainsi qu'au niveau de l'établissement de la relation thérapeutique. Afin d'établir la relation de confiance et d'optimiser le lien thérapeutique, différentes techniques pourraient être employées par les professionnelles et professionnels, telles que l'explication du rôle et des expertises professionnels ainsi que l'exploration des attentes de la clientèle au début de la prise en charge.

Limites de l'étude

L'étude comporte trois principales limites. Tout d'abord, en raison des règles sanitaires au moment de la planification du projet, l'inclusion des PAAE a été impossible bien que des entrevues dans les langues asiatiques étaient initialement prévues. Étant les principales

personnes intéressées du sujet de recherche, leurs témoignages auraient assurément contribué à avoir une vision plus complète et riche de leurs expériences dans le domaine de la réadaptation. Cela aurait été d'autant plus pertinent pour cette population âgée qui a peu d'opportunité de partager son point de vue en raison des différences linguistiques (Murray et Buller, 2007; Rooney et al., 2011).

Ensuite, les points de vue recueillis représentent seulement une partie des expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE. Le petit nombre des personnes participantes rend incertaine l'atteinte de la saturation théorique des données, notamment pour les témoignages du groupe de proches aidants qui était seulement composé de trois personnes. De plus, les avis recueillis ne sont pas équilibrés entre les cliniciennes ergothérapeutes et physiothérapeutes, ce qui peut avoir teinté les résultats en faveur de contenus touchant plus spécifiquement certains types de services offerts en ergothérapie. Les expériences rapportées sont également liées à des PAAE avec des conditions de santé physique. Il est donc difficile d'affirmer la transférabilité des résultats en santé mentale, par exemple. Pour de futures études sur ce sujet, le recours à la méthode de boule de neige pourrait être pertinent pour faciliter le recrutement des PAAE et des personnes proches aidantes, par exemple.

Finalement, une limite vient de la stratégie utilisée pour l'analyse des résultats. La présence d'un guide d'entrevue préétabli a pu influencer l'identification de certains codes et thèmes. Le processus itératif sur une longue période et les validations effectuées ont toutefois aidé à atténuer l'effet de ce biais potentiel. De plus, l'analyse conjointe des données recueillies auprès des cliniciennes et des personnes proches aidantes ont permis d'identifier des thèmes récurrents à travers les deux groupes de répondants et de trianguler des informations afin d'identifier les convergences et divergences d'idées. Cela constitue une force méthodologique dans cette étude.

De futures recherches pourraient contribuer à compléter et à explorer les points de vue documentés dans le présent projet. Tout d'abord, obtenir le point de vue et accéder aux expériences des PAAE permettraient de trianguler les informations obtenues avec les cliniciennes et des personnes proches aidantes. Cela permettrait de comprendre, par exemple, leurs points

de vue sur la définition et l'importance de l'autonomie occupationnelle, leurs perceptions à l'égard de l'implication familiale ainsi que leurs perceptions des services reçus tout en considérant leur double identité culturelle. Une comparaison des expériences qui tiendrait compte de la durée depuis l'immigration serait également intéressante à explorer considérant que les trois PAAE décrites par les personnes proches aidantes sont similaires à cet égard.

Chapitre 6 — Conclusion

Selon les participantes et participants de ce projet de recherche de devis qualitatif descriptif, les expériences d'utilisation des services de réadaptation chez les PAAE sont influencées par quatre facteurs.

Premièrement, les défis de communication relatifs à la barrière linguistique font en sorte que les PAAE sont limitées dans leur échange avec les professionnelles et professionnels de la réadaptation. Elles ont également de la difficulté à naviguer dans le système de santé et ne bénéficient pas pleinement des services pertinents, des problématiques qui sont rarement compensées par les services offerts par les interprètes. De plus, des personnes participantes de cette étude perçoivent que les PAAE sont réticentes à verbaliser leurs besoins en raison de leur bagage culturel. Deuxièmement, la forte implication de la famille influence les expériences en réadaptation des PAAE en diminuant parfois le recours aux services offerts en réadaptation et en créant des écarts avec les objectifs normalement visés en réadaptation; c'est notamment le cas lorsque la famille compense de façon active les difficultés fonctionnelles des PAAE. Troisièmement, les participantes et participants de l'étude perçoivent que les croyances et perceptions liées à la santé chez les PAAE modulent le sens qu'elles accordent à l'autonomie ainsi que la valeur qu'elles donnent aux différentes approches d'intervention. Finalement, les défis dans l'alliance thérapeutique se reflètent notamment au niveau l'établissement des objectifs thérapeutiques et des recommandations. La perception d'une relation hiérarchique avec les professionnelles et professionnels influence également le niveau de collaboration mutuelle entre les PAAE les professionnelles et professionnels de réadaptation. Ces quatre facteurs constituent des aspects importants à considérer pour améliorer l'offre de services de réadaptation auprès des PAAE.

Références bibliographiques

- Ahmed, S., Lee, S., Shommu, N., Rumana, N., et Turin, T. (2017). Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients : A systematic review and thematic synthesis. *Patient Experience Journal*, 4(1), 122-140. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1181>
- Aroian, K. J., Wu, B., et Tran, T. V. (2005). Health care and social service use among Chinese Immigrant elders. *Research in Nursing et Health*, 28(2), 95-105. <https://doi.org/10.1002/nur.20069>
- Bai, J. A. (2008). *East Asian Residents and Mainstream Long Term Care Facilities*.
- Bourke-Taylor, H., et Hudson, D. (2005). Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(3), 188-198. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00493.x>
- Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryant, L., et Lim, S. (2013). Australian-Chinese families caring for elderly relatives. *Ageing et Society*, 33, 1401-1421. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000657>
- Chao, Y.-Y., Seo, J. Y., Katigbak, C., et Chang, Y.-P. (2020). Utilization of Mental Health Services Among Older Chinese Immigrants in New York City. *Community Mental Health Journal*, 56(7), 1331-1343. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00570-2>
- Chappell, N. L., et Lai, D. (1998). *Health care service use by Chinese seniors in British Columbia, Canada*.
- Chen, R., Jo, S.-J., et Carey, C. (2004). Enhancing the Rehabilitation Counseling Process : Understanding the Obstacles to Asian Americans' Utilization of Services. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35. <https://doi.org/10.1891/0047-2220.35.1.29>
- Choi, S. E., Kwon, I., Chang, E., Araiza, D., Thorpe, C. L., et Sarkisian, C. A. (2016). Developing a culturally tailored stroke prevention walking programme for Korean immigrant seniors : A focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 11(4), 255-265. <https://doi.org/10.1111/opn.12114>
- Chung, E., Packer, T., et Yau, M. (2011). When East meets West : Community-based

rehabilitation in Chinese communities. *Disability and rehabilitation*, 33, 697-705.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2010.506240>

Cleary, M., Horsfall, J., et Hayter, M. (2014). Data collection and sampling in qualitative research : Does size matter? *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 473-475.

<https://doi.org/10.1111/jan.12163>

Corrigan, P. W., et Lee, E.-J. (2021). Family-Centered Decision Making for East Asian Adults With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 72(1), 114-116.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900570>

Cox, A., Rosenberg, E., Thommeret-Carrière, A.-S., Huyghens, L., Humblé, P., et Leanza, Y. (2019). Using patient companions as interpreters in the Emergency Department : An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment. *Patient Education and Counseling*, 102(8), 1439-1445.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.004>

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity : A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), Art. 1.

<https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>

DeForge, R. T., Cormack, C., Byrne, K., Hillier, L. M., Mackenzie, R., et Gutmanis, I. A. (2008). Barriers and Facilitators to Recommendation Adherence Following Discharge From Geriatric Rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 24(4), 345.

<https://doi.org/10.1097/TGR.0b013e31818cd0b7>

Dickson, G. L., et Kim, J. I. (2003). Reconstructing a Meaning of Pain : Older Korean American Women's Experiences with the Pain of Osteoarthritis. *Qualitative Health Research*, 13(5),

675-688. <https://doi.org/10.1177/1049732303013005006>

Dong, X., Zhang, M., et Simon, M. A. (2014). The Expectation and Perceived Receipt of Filial Piety Among Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area. *Journal of Aging and Health*,

26(7), 1225-1247. <https://doi.org/10.1177/0898264314541697>

Ferguson, W. J., et Candib, L. M. (2002). Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship. *Family Medicine*, 9.

Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes*

quantitatives et qualitatives. (3^e éd.).

Fougeyrollas. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. RIPPH. <https://ripph.gc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>

Guo, M., Sabbagh Steinberg, N., Dong, X., et Tiwari, A. (2018). Is family relations related to health service utilisation among older immigrants: Evidence from Chinese elderly in the United States. *Health et social care in the community*, 27.

<https://doi.org/10.1111/hsc.12642>

Hikoyeda, N., et Tanabe, M. K. (2010). *Course Director and Editor in Chief : VJ Periyakoil, MD Stanford University School of Medicine periyakoil@stanford.edu 650-493-5000 x66209 http://geriatrics.stanford.edu*. 23

Hsu, Y.-H., Mao, C.-L., et Wey, M. (2010). Antihypertensive Medication Adherence Among Elderly Chinese Americans. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4), 297-305.

<https://doi.org/10.1177/1043659609360707>

Hwang, D. A., Lee, A., Song, J. M., et Han, H.-R. (2021). Recruitment and Retention Strategies Among Racial and Ethnic Minorities in Web-Based Intervention Trials : Retrospective Qualitative Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e23959.

<https://doi.org/10.2196/23959>

Ishikawa, H., Hashimoto, H., Roter, D. L., Yamazaki, Y., Takayama, T., et Yano, E. (2005). Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient-centeredness : An observational study in Japanese geriatric consultations. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 906-910. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0200.x>

Iwama, M. (2003). Toward Culturally Relevant Epistemologies in Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 582-588.

<https://doi.org/10.5014/ajot.57.5.582>

Jang, S. H. (2016). First-generation Korean immigrants' barriers to healthcare and their coping strategies in the US. *Social Science et Medicine*, 168, 93-100.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.007>

Jang, Y., Kim, J., Yoon, H., Park, N. S., Chiriboga, D. A., Rice, E., et Kim, M. T. (2022). Older Korean Americans' Perceived Burdensomeness to Their Healthcare Partners: An Egocentric

Network Assessment. *Journal of Aging and Health*, 08982643221103057.

<https://doi.org/10.1177/08982643221103057>

Jang, Y., Park, N. S., Chiriboga, D. A., Rhee, M.-K., Yoon, H., et Kim, M. T. (2020). Healthcare Navigation Self-Sufficiency in Older Korean Immigrants. *Journal of Applied Gerontology*, 39(5), 457-462. <https://doi.org/10.1177/0733464819842495>

Jang, Y., Yoon, H., Park, J., Park, N. S., Chiriboga, D. A., et Kim, M. T. (2021). Health risks posed by social and linguistic isolation in older Korean Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(11), 3258-3266. <https://doi.org/10.1111/jgs.17367>

Juckett, G. (2014). Attentiveness to a few Asian social conventions and use of a cross-cultural interview technique such as the LEARN model are among the many means to desired outcomes and increased patient satisfaction. *The Journal of Family Practice*, 63(1), 9.

Karmali, K., Grobovsky, L., & Keatings, J. L. and M. (2011). Enhancing Cultural Competence for Improved Access to Quality Care. *Healthcare Quarterly*, 14 Special Issue(3). <https://www.longwoods.com/content/22578/enhancing-cultural-competence-for-improved-access-to-quality-care>

Kawakami, A., et Son, J. (2015). "I Don't Want to be a Burden" : Japanese Immigrant Acculturation and Their Attitudes Toward Non-Family-Based Elder Care. *Ageing International*, 40(3), 262-276. <https://doi.org/10.1007/s12126-015-9220-8>

Kawi, J., Reyes, A. T., et Arenas, R. A. (2019). Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain : Self-Management and Resilience. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 1123-1136. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0820-8>

Kergoat, M.-J., Latour, J., Provost, N., Fortin, M.-P., Champagne, G., St-Amant, J., Vu, T. T. M., Morais, J., Forget, C., Thibaut, J., et Bolduc, A. (2015). *Membres du comité exécutif du RUSHGQ* : 26.

Kim, B., Ghasemi, P., Stolee, P., & Lee, J. (2021). Clinicians and Older Adults' Perceptions of the Utility of Patient-Generated Health Data in Caring for Older Adults : Exploratory Mixed Methods Study. *JMIR Aging*, 4(4), e29788. <https://doi.org/10.2196/29788>

Kim, J., Kim, M., Han, A., et Chin, S. (2015). The importance of culturally meaningful activity for health benefits among older Korean immigrant living in the United States. *International*

Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 10(1), 27501.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27501>

- Kim, M., Han, H.-R., Kim, K. B., et Duong, D. N. (2002). *The Use of Traditional and Western Medicine Among Korean American Elderly*.
- King, K. M., LeBlanc, P., Carr, W., et Hude Quan. (2007). Chinese Immigrants' Management of Their Cardiovascular Disease Risk. *Western Journal of Nursing Research*, 29(7), 804-826. <https://doi.org/10.1177/0193945906296431>
- Kirby, E., Lwin, Z., Kenny, K., Broom, A., Birman, H., et Good, P. (2018). « It doesn't exist. » : Negotiating palliative care from a culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective. *Bmc Palliative Care*, 17, 90. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0343-z>
- Ko, E., Nelson-Becker, H., Shin, M., et Park, Y. (2014). Preferences and Expectations for Delivering Bad News Among Korean Older Adults. *Journal of Social Service Research*, 40(4), 402-414. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.894356>
- Kozuki, Y., et Kennedy, M. G. (2004). Cultural Incommensurability in Psychodynamic Psychotherapy in Western and Japanese Traditions. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 30-38. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04008.x>
- Kwan, C., Lin, Y. S., Homel, P., Rojas, M., Shetty, V., et Lichstein, E. (2016). Barriers to Care in Elderly Chinese Adults with Heart Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9), e41-e42. <https://doi.org/10.1111/jgs.14329>
- Lai, D. W. L. (2004). Use of Home Care Services by Elderly Chinese Immigrants. *Home Health Care Services Quarterly*, 23(3), 41-56. https://doi.org/10.1300/J027v23n03_03
- Lai, D. W. L., Tsang, K. T., Chappell, N., Lai, D. C. Y., et Chau, S. B. Y. (2007). Relationships between Culture and Health Status : A Multi-Site Study of the Older Chinese in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 26(3), 171-183. <https://doi.org/10.3138/cja.26.3.171>
- Lee, H. B., Han, H.-R., Huh, B.-Y., Kim, K. B., et Kim, M. T. (2014). Mental health service utilization among Korean elders in Korean churches : Preliminary findings from the Memory and Aging Study of Koreans in Maryland (MASK-MD). *Aging et Mental Health*, 18(1), 102-109. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.814099>

- Lin, X., Bryant, C., Boldero, J., et Dow, B. (2015). Older Chinese Immigrants' Relationships With Their Children : A Literature Review From a Solidarity–Conflict Perspective. *The Gerontologist*, 55(6), 990-1005. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu004>
- Luo, H. (2018). Factors Affecting Healthcare Access for Older Immigrants : A Qualitative Study with Service Users and Healthcare Social Workers in a Central Canadian City. *Gerontology et Geriatrics Studies*, 3(3). <https://doi.org/10.31031/GGS.2018.03.000561>
- Martina, D., Geerse, O. P., Lin, C.-P., Kristanti, M. S., Bramer, W. M., Mori, M., Korfage, I. J., van der D., Geerse, O. P., LAsian patients' perspectives on advance care planning : A mixed-method systematic review and conceptual framework. *Palliative Medicine*, 35(10), 1776-1792. <https://doi.org/10.1177/02692163211042530>
- Meeuwesen, L., Twilt, S., ten Thije, J. D., et Harmsen, H. (2010). “Ne diyor?” (What does she say?) : Informal interpreting in general practice. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.005>
- Meghani, S. H., Brooks, J. M., Gipson-Jones, T., Waite, R., Whitfield-Harris, L., et Deatrck, J. A. (2009). Patient–provider race-concordance : Does it matter in improving minority patients' health outcomes? *Ethnicity et health*, 14(1), 107-130. <https://doi.org/10.1080/13557850802227031>
- Meulenbroeks, I., Epp, J., et Schroeder, L. (2021). The value of caregiver inclusive practices in geriatric transitions of care : A systematic review. *Health Policy*, 125(7), 888-898. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.001>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Gériatrie. Maintien dans la communauté. Soutien à domicile*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-geriatrie/maintien-dans-la-communaute/>
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. (2021). *Immigration et démographie au québec en 2019*.
- Mirza, M., Harrison, E. A., Roman, M., Miller, K. A., et Jacobs, E. A. (2022). Walking the talk : Understanding how language barriers affect the delivery of rehabilitation services. *Disability and Rehabilitation*, 44(2), 301-314.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1767219>

Murray, S., et Buller, A. M. (2007). Exclusion on grounds of language ability – a reporting gap in health services research? *Journal of Health Services Research et Policy*, 12(4), 205-208.

Ng, E., Lai, D. W. L., Rudner, A. T., et Orpana, H. (2012). *Working Paper Series : What do we know about immigrant seniors aging in Canada ? A demographic, socio-economic and health profile.*

Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L. I., et Phillips, R. S. (2003). Linguistic and Cultural Barriers to Care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 44-52. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20205.x>

Oktaş, S., et Ekinçi, E. K. (2019). Medicinal food understanding in Korean gastronomic culture. *Journal of Ethnic Foods*, 6(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s42779-019-0003-9>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Réadaptation.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Armand Colin).

Palmers, E., Janssens, L., Phlypo, I., Vanhaecht, K., De Almeida Mello, J., De Visschere, L., Declerck, D., & Duyck, J. (2022). Perceptions on Oral Care Needs, Barriers, and Practices Among Managers and Staff in Long-Term Care Settings for Older People in Flanders, Belgium : A Cross-sectional Survey. *Innovation in Aging*, 6(5), igac046. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac046>

Pang, E. C., Jordan-Marsh, M., Silverstein, M., et Cody, M. (2003). Health-Seeking Behaviors of Elderly Chinese Americans : Shifts in Expectations. *The Gerontologist*, 43(6), 864-874. <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.864>

Park, H.-J., Morgan, T., Wiles, J., et Gott, M. (2019). Lonely ageing in a foreign land : Social isolation and loneliness among older Asian migrants in New Zealand. *Health et Social Care in the Community*, 27(3), 740-747. <https://doi.org/10.1111/hsc.12690>

Park, M., Butcher, H. K., et Maas, M. L. (2004). A thematic analysis of Korean family caregivers' experiences in making the decision to place a family member with dementia in a long-term care facility. *Research in Nursing et Health*, 27(5), 345-356.

<https://doi.org/10.1002/nur.20031>

Pun, J. K. H., Chan, E. A., Wang, S., et Slade, D. (2018). Health professional-patient communication practices in East Asia : An integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China. *Patient Education and Counseling*, 101(7), 1193-1206.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.018>

Rochelle, T. L., et Marks, D. F. (2010). Medical pluralism of the Chinese in London : An exploratory study. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 715-728.

<https://doi.org/10.1348/135910709X479195>

Rooney, L. K., Bhopal, R., Halani, L., Levy, M. L., Partridge, M. R., Netuveli, G., Car, J., Griffiths, C., Atkinson, J., Lindsay, G., et Sheikh, A. (2011). Promoting recruitment of minority ethnic groups into research : Qualitative study exploring the views of South Asian people with asthma. *Journal of Public Health*, 33(4), 604-615. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq100>

Rosenberg, E., Leanza, Y., et Seller, R. (2007). Doctor–patient communication in primary care with an interpreter : Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.011>

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing et Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)

Sandelowski, M. (2010). What’s in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing et Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>

Saunders, B. (2017). *Saturation in qualitative research : Exploring its conceptualization and operationalization*. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Scheidegger, G., Ting, Z. T., Bastiaenen, C., et Nagler, M. (2021). Changing Perspectives of Local Therapists Eight Years after the Implementation of an Occupational Therapy Service in a Unique Himalayan Cross-Cultural Setting. *Occupational Therapy International*, 2021, 5520195. <https://doi.org/10.1155/2021/5520195>

Shommu, N. S., Ahmed, S., Rumana, N., Barron, G. R. S., McBrien, K. A., et Turin, T. C. (2016). What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using

- community navigators : A systematic scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0298-8>
- Shorey, S., et Chan, V. (2021). The experiences and needs of Asian older adults who are socially isolated and lonely : A qualitative systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92, 104254. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104254>
- Statistique Canada. (2021). *Dictionnaire, Recensement de la population, 2021 – Immigrant*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/Definition-fra.cfm?ID=pop221>
- Statistique Canada. (2022a). *Le Quotidien—Les immigrants représentent la plus grande part de la population depuis plus de 150 ans et continuent de façonner qui nous sommes en tant que Canadiens*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022b). *Population immigrante selon certains lieux de naissance, la catégorie d'admission et la période d'immigration, Recensement de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/dv-vd/imm/index-fr.cfm>
- Syed, M. A., McDonald, L., Smirle, C., Lau, K., Mirza, R. M., et Hitzig, S. L. (2017). Social Isolation in Chinese Older Adults : Scoping Review for Age-Friendly Community Planning. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 36(2), 223-245. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000101>
- Takeshita, J., Wang, S., Loren, A. W., Mitra, N., Shults, J., Shin, D. B., et Sawinski, D. L. (2020). Association of Racial/Ethnic and Gender Concordance Between Patients and Physicians With Patient Experience Ratings. *JAMA Network Open*, 3(11), e2024583. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.24583>
- Taylor, E., et Jones, F. (2014). Lost in translation : Exploring therapists' experiences of providing stroke rehabilitation across a language barrier. *Disability and Rehabilitation*, 36(25), 2127-2135. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.892636>
- Teng, B., Rosbergen, I. C. M., Gomersall, S., Hatton, A., et Brauer, S. G. (2022). Physiotherapists' experiences and views of older peoples' exercise adherence with respect to falls prevention in Singapore : A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 44(19),

5530-5538. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1938705>

- Tieu, Y., et Konnert, C. A. (2014). Mental health help-seeking attitudes, utilization, and intentions among older Chinese immigrants in Canada. *Aging et Mental Health*, 18(2), 140-147. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.814104>
- Tsai, D. T., et Lopez, R. A. (1998). The Use of Social Supports by Elderly Chinese Immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*, 29(1), 77-94.
https://doi.org/10.1300/J083v29n01_06
- United Nations Statistics Division. (2022). *UNSD — Methodology*.
<https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>
- Van der Maren, J.-M. (2016). Lire ou écrire une recherche utilisant des données qualitatives : Une grille pour analyser et pour préparer une recherche ou une demande de subvention. *RECHERCHES QUALITATIVES*, 267-281. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>
- Washington, G., et Wang-Letzkus, M. F. (2009). *SELF-CARE PRACTICES, HEALTH BELIEFS, AND ATTITUDES OF OLDER DIABETIC CHINESE AMERICANS*. 20.
- Wong, S. T., Yoo, G. J., et Stewart, A. L. (2006). *The Changing Meaning of Family Support Among Older Chinese and Korean Immigrants*. 6.
- Wong, S. T., Yoo, G. J., et Stewart, A. L. (2007). An Empirical Evaluation of Social Support and Psychological Well-being in Older Chinese and Korean Immigrants. *Ethnicity et Health*, 12(1), 43-67. <https://doi.org/10.1080/13557850600824104>
- Wu, A. P. W., Burke, A., et LeBaron, S. (2007). Use of Traditional Medicine by Immigrant Chinese Patients. *Family Medicine*, 39(3).
- Wu, Q., et Liang, X. (2018). Food therapy and medical diet therapy of Traditional Chinese Medicine. *Clinical Nutrition Experimental*, 18, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.vclnex.2018.01.001>
- Yang, Y. B. (2020). Trust in translation. *Canadian Medical Association Journal*, 192(39), E1136-E1137. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201499>
- Yap, S. S., Chen, K., Detering, K. M., et Fraser, S. A. (2018). Exploring the knowledge, attitudes and needs of advance care planning in older Chinese Australians. *Journal of Clinical*

Nursing, 27(17-18), 3298-3306. <https://doi.org/10.1111/iocn.13886>

Yeung, E. Y. W., Partridge, M., et Irvine, F. (2016). Satisfaction with social care : The experiences of people from Chinese backgrounds with physical disabilities. *Health et Social Care in the Community*, 24(6), e144-e154. <https://doi.org/10.1111/hsc.12264>

Zendedel, R., Schouten, B. C., van Weert, J. C. M., et van den Putte, B. (2018). Informal interpreting in general practice : Are interpreters' roles related to perceived control, trust, and satisfaction? *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1058-1065.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.012>

Zhao, I. Y., Holroyd, E., Wright-St Clair, V. A., Wang, S. S., Garrett, N., et Neville, S. (2022). Feeling a deep sense of loneliness : Chinese late-life immigrants in New Zealand.

Australasian Journal on Ageing, 41(3), 448-456. <https://doi.org/10.1111/ajag.13108>

Zhu, Z., Yang, Y., Guo, J., Yan, Y., Li, K., Wang, J., Yu, J., et Zhu, Y. (2019). Practice of occupational therapy in Tai Chi diagram : Adopted from traditional Chinese culture. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 75(1), 50-58.

<https://doi.org/10.1080/14473828.2018.1455386>

Annexes

Annexe 1 - Message de recrutement pour les professionnelles et professionnels de réadaptation

MESSAGE DE RECRUTEMENT - PROFESSIONNELS DE RÉADAPTATION

Le message sera diffusé via :

- L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)
- L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)
- Le regroupement des professionnels sur Facebook: *Ergothérapie Québec* et *Physiothérapeutes et T. Phys du Québec*

Message verbal ou écrit demandant aux ordres professionnels (OEQ et OPPQ) de diffuser le message de recrutement

Bonjour,

Je suis une étudiante à la maîtrise de recherche en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. Mon projet de recherche vise à étudier les besoins en réadaptation des personnes âgées qui ont immigré de l'Asie de l'Est et vivant dans la communauté. Je suis actuellement à la recherche d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes ayant des expériences cliniques avec cette clientèle pour collecter leurs points de vue. Pourriez-vous s'il vous plaît circuler le message ci-dessous via votre voie de communication?

Contenu du message qui sera diffusé par les ordres professionnels et par moi-même sur Facebook (page suivante) :

Bonjour,

Je m'appelle Lemo-Dolma Karma. Je suis une étudiante à la maîtrise de recherche en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. J'étudie les besoins en réadaptation des personnes âgées qui ont immigré de l'Asie de l'Est et qui vivent dans la communauté.

En raison des différences culturelles et sociétales entre le Canada et l'Asie de l'Est, les aînés en provenance de cette partie du monde peuvent vivre des défis d'accès et d'utilisation des services de réadaptation. De plus, certains objectifs de la réadaptation peuvent être incohérents avec la culture d'origine de ces aînés. Ainsi, dans le cadre de mon projet de recherche, j'aimerais discuter avec les professionnels de réadaptation et les proches aidants pour connaître leurs points de vue sur ce sujet.

Je suis actuellement à la recherche d'un total de **16 ergothérapeutes et physiothérapeutes** avec le profil suivant :

1. Professionnels qui ont une prise en charge régulière de la clientèle âgée originaire de l'Asie de l'Est
2. Professionnels dont les expériences avec cette clientèle datent des cinq dernières années
3. Professionnels qui travaillent dans un de ces milieux cliniques : centre hospitalier, centre de réadaptation intensive, centre de réadaptation externe et CLSC.

Mode de participation

- Participer à un groupe de discussion avec 6 à 8 professionnels de réadaptation
- La rencontre aura lieu en mode virtuel sur Zoom. L'audio sera enregistré et la caméra sera optionnelle.
- La rencontre durera entre 1.5h à 2h.
- La discussion sera en français
- Le moment de la rencontre sera décidé selon les disponibilités des professionnels participants.
- Une compensation est prévue pour le temps consacré à la rencontre.

Si vous aimiez participer à ce projet ou si vous aimeriez plus de détails, svp me contacter au lemo-dolma.karma@umontreal.ca ou par appel/message texte au numéro [REDACTED]

Annexe 2 - Message de recrutement pour les personnes proches aidantes, en français et en anglais

MESSAGE DE RECRUTEMENT– PROCHES AIDANTS

Le message sera diffusé via l'association YAHPA et les organismes communautaires de l'Asie de l'Est à Montréal :

- *Young Asian Health Professionals Association (YAHPA)*
- Le Service à la famille chinoise du grand Montréal
- L'Église communautaire coréenne de Montréal,
- L'Association Mongolia Canada (division Montréal)
- L'Association culturelle tibétaine du Québec
- Le Centre culturel canadien japonais de Montréal.

Message verbal ou écrit demandant aux organismes communautaires et association de diffuser le message de recrutement

Bonjour,

Je suis une étudiante à la maîtrise de recherche en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. Mon projet vise à étudier les besoins en réadaptation des personnes âgées qui ont immigré de l'Asie de l'Est et qui sont installées au Québec. J'aimerais discuter avec les proches aidants de ces personnes âgées. Cela peut être toute personne qui a pris ou qui prend soins des personnes âgées (ex. Famille, ami, voisin, bénévole). Pourriez-vous s'il vous plaît circuler ce message aux membres de votre organisme svp?

Contenu du message en français et en anglais (pages suivantes) :

Bonjour,

Je m'appelle Lemo-Dolma Karma. Je suis une étudiante à la maîtrise de recherche en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. J'étudie les besoins en réadaptation des personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est et vivant au Québec.

En raison des différences culturelles et sociétales entre le Canada et l'Asie de l'Est, les aînés peuvent vivre des difficultés à accéder et à utiliser les services de réadaptation. De plus, certains objectifs de la réadaptation peuvent être incohérents avec la culture asiatique des aînés. Ainsi, dans le cadre de mon projet de recherche, j'aimerais discuter avec les professionnels de réadaptation et les proches aidants pour connaître leurs points de vue sur ce sujet.

Je suis actuellement à la recherche de **10 proches aidants** des personnes âgées de l'Asie de l'Est avec le profil suivant:

1. Personnes qui se sont impliquées ou qui s'impliquent de façon non rémunérée dans les soins des aînés originaires de l'Asie de l'Est.
2. Le terme "proche aidant" fait référence ici à toute personne significative pour la personne âgée, que ce soit dans le cercle familial ou social (membre de la famille, ami, voisin, membre de la communauté).
3. Les expériences de soins doivent avoir eu lieu dans les cinq dernières années.

Mode de participation

- Participer dans un groupe de discussion de 5 proches aidants
- La rencontre aura lieu en mode virtuel sur Zoom. L'audio sera enregistré et la caméra sera optionnelle.
- La rencontre durera environ 1.5h.
- La discussion sera en français ou en anglais selon la préférence des participants retenus.
- Le moment de la rencontre sera décidé selon les disponibilités des participants.
- Une compensation est prévue pour le temps consacré à la rencontre.

Si vous aimiez participer à ce projet ou si vous aimeriez plus de détails, svp me contacter au lemo-dolma.karma@umontreal.ca ou par appel/message texte au numéro [REDACTED]

Hello,

My name is Lemo-Dolma Karma, and I am a Master's student in Rehabilitation Sciences at the University of Montreal. For my research project, I am studying the primary rehabilitation needs of community dwelling seniors who immigrated from East Asia.

Due to cultural and societal differences between East Asia and Canada, seniors may experience significant challenges when accessing and using rehabilitation services. In addition, some rehabilitation goals currently in place may not reflect different cultural contexts. It is therefore essential to document the situation of seniors in the field of rehabilitation and understand their needs in light of their socio-cultural reality. To this end, as part of my research project, I would like to discuss with rehabilitation professionals and caregivers to get various points of view.

I am currently looking for **10 caregivers** of seniors of East Asia origin living in Quebec with the following characteristics:

- Unpaid individuals who have been actively involved or who are involved in providing care to seniors who immigrated to Canada from the East Asia.
- "Caregiver" is defined as follows: any significant person in a senior's family or social network (e.g. family member, friend, community member).
- Caregiving experience must be within the last five years.

How to participate?

- Participate in a group discussion of 5 caregivers.
- The meeting will take place virtually via Zoom, with audio recording. Participants are not required to turn on their camera.
- The discussion will be conducted either in French or English.
- The meeting will last approximately 1.5h.
- The time of the meeting will be decided according to the availability of the selected participants.
- Compensation will be provided for your contribution.

If you would like to participate in this project or have any questions, please contact me at lemo-dolma.karma@umontreal.ca or by call/text at [REDACTED]

Annexe 3 -Questionnaires des données descriptives utilisés pour des professionnelles et professionnels

Bonjour,

Merci pour votre participation à ce projet de recherche portant sur les aînés originaires de l'Asie de l'Est et la réadaptation.

Ce questionnaire a pour but de collecter quelques informations avant les groupes de discussion.

N'hésitez pas à me contacter au [REDACTED] ou lemo-dolma.karma@umontreal.ca pour toute question.

Il y a 10 questions dans ce questionnaire.

Consentement

1 Nom, Prénom

Veillez écrire votre réponse ici :

2 J'ai pris connaissance du **Formulaire d'information et de consentement** et j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

3 Je désire recevoir une copie des principaux résultats de ce projet de recherche.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Renseignements professionnels

4 Quelle est votre profession?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Ergothérapeute
- Physiothérapeute

5 Dans quel(s) type(s) de milieu clinique travaillez-vous **actuellement**?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Milieu hospitalier
- Centre de réadaptation interne/intensive
- Centre de réadaptation externe
- CLSC
- Autre:

6

Dans quel(s) type(s) de milieu clinique **avez-vous travaillé auprès des aînés originaires de l'Asie de l'Est** (si différent de celui mentionné ci-haut)? Pour chaque réponse cochée, veuillez préciser le ou les **programme(s) spécifique(s)** où vous avez travaillé auprès de cette clientèle (Exemples de réponse: Neurologie, SAD).

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Milieu hospitalier

Réadaptation interne/intensive

Réadaptation externe

CLSC

Autre :

7 Combien d'années d'expérience détenez-vous auprès de la clientèle aînée originaire de l'Asie de l'Est?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

0 - 1 an

1 - 2 ans

2 - 3 ans

3 - 4 ans

4 - 5 ans

5 - 10 ans

10-15 ans

15-20 ans

20-25 ans

25-30 ans

Autre

8 À quelle fréquence intervenez-vous auprès de cette clientèle ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- J'interviens **majoritairement** auprès d'elle.
- J'interviens **régulièrement** auprès d'elle.
- J'interviens **occasionnellement** auprès d'elle.
- J'interviens **rarement** auprès d'elle.

Faites le commentaire de votre choix ici :

9

Si possible, veuillez mentionner les pays d'origine et les langues dominantes des aînés asiatiques auprès de qui vous intervenez.

Veillez écrire votre réponse ici :

Disponibilités pour le groupe de discussion

10 En tenant compte que le groupe de discussion virtuel aura lieu **en mars 2022 et que la séance durera entre 1.5h et 2h**, quels sont les moments qui vous conviendront le mieux?

Vous pouvez inscrire plus de précision dans les cases correspondantes.

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Durant la semaine - en journée

Durant la semaine - en soirée

Fin de semaine - en journée

Fin de semaine - en soirée

Merci d'avoir rempli ce questionnaire. On vous contactera bientôt pour le groupe de discussion.

30.05.2022 – 23:51

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 - Questionnaires des données descriptives utilisés des personnes proches aidantes

Bonjour,

Merci pour votre participation à ce projet de recherche portant sur les aînés originaires de l'Asie de l'Est et la réadaptation.

Ce questionnaire a pour but de collecter quelques informations avant les groupes de discussion.
N'hésitez pas à me contacter au [REDACTED] ou lemo-dolma.karma@umontreal.ca pour toute question.

Il y a 13 questions dans ce questionnaire.

Consentement

1 Nom, Prénom

Veuillez écrire votre réponse ici :

2 J'ai pris connaissance du **Formulaire d'information et de consentement** et j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

3 Je désire recevoir une copie des principaux résultats de ce projet de recherche.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Renseignements sociodémographiques

4 Vous êtes/avez été proche aidant de combien de personnes âgées originaires de l'Asie de l'Est?

Veillez écrire votre réponse ici :

5 Quel est le lien entre vous et l'aîné auprès de qui vous vous êtes le plus impliqué en tant que proche aidant?

Veillez écrire votre réponse ici :

6 L'aîné habite/habitait avec qui? Vous pouvez indiquer plus de précision au besoin.

❶ Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Seul(e)

Avec conjoint(e)

Avec enfant(s)

Autre :

7 Dans quel type de milieu habite/habitait l'aîné? Vous pouvez indiquer plus de précision au besoin.

❶ Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Domicile

Résidence privée pour aînés (RPA)

Ressources intermédiaires (RI)

Autre :

8

Quel est le pays d'origine de l'aîné ?

Veillez écrire votre réponse ici :

9 Si possible, veuillez préciser le nombre d'année approximatif depuis que l'aîné a immigré au Canada.

Veillez écrire votre réponse ici :

10 Est-ce que l'aîné avait/a un médecin de famille?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

11 À votre connaissance, est-ce que l'aîné a déjà reçu des services d'une équipe de réadaptation ? Si oui, **lors de combien de contextes** médicaux différents? (*Si l'aîné a eu une série de séances en réadaptation pour une seule raison médicale, cela est considéré comme 1 contexte médical).

❗ Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- 1 à 2 contextes
- 2 à 3 contextes
- 3 à 4 contextes
- 4 à 5 contextes
- Plus de 5 contextes
- Je ne sais pas s'il/elle a reçu des services de réadaptation
- Il/elle a reçu des services de réadaptation, mais je ne connais pas les contextes

12 Si vous avez répondu que l'aîné a reçu des services de réadaptation à la question précédente, savez-vous dans quel type de milieu de soins?

📌 Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

À l'hôpital

Centre de réadaptation intensive (l'aîné demeure au centre durant la période de sa réadaptation)

Centre de réadaptation externe (l'aîné demeure à la maison et va aux rendez-vous en réadaptation)

Via CLSC

Autre:

Disponibilités pour le groupe de discussion

13 En tenant compte que le groupe de discussion virtuel aura lieu **en mars 2022 et que la séance durera environ 1.5h**, quels sont les moments qui vous conviendront le mieux?

Vous pouvez inscrire plus de précision dans les cases correspondantes.

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Durant la semaine - en journée

Durant la semaine - en soirée

Fin de semaine - en journée

Fin de semaine - en soirée

Annexe 5- Formulaire d'information et de consentement pour professionnelles et professionnels



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – PROFESSIONNELS

Titre : Les besoins en réadaptation des personnes âgées au Québec en provenance de l'Asie de l'Est

Qui dirige ce projet?

Moi, Lemo-Dolma Karma. Je suis étudiante à la maîtrise en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. Mon projet est sous la supervision de :

- Prof. Louise Demers (directrice), PhD., professeure titulaire à l'École de réadaptation., Directrice et vice-rectrice associée aux Études supérieures et postdoctorales à l'Université de Montréal.
- Prof. Julie Masse (codirectrice), M.Sc., professeure agrégée de clinique à l'École de réadaptation à l'Université de Montréal

Objectif du projet

Mon projet vise à mieux comprendre les besoins en réadaptation des personnes âgées au Québec qui sont originaires de l'Asie de l'Est. Pour ce faire, je discuterai avec environ 10 proches aidants et 16 professionnels de réadaptation qui seront composés d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes.

Votre participation au projet

Vous aurez à participer à deux activités.

1. Remplir un [formulaire des données sociodémographiques en ligne](#) sur lequel je vous demanderai quelques questions sur vous telles que votre nom, profession, milieu clinique, années d'expériences auprès des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est, etc. La complétion de ce questionnaire devrait prendre approximativement 5 minutes.

2. Participer à un [groupe de discussion en français](#). Les professionnels seront divisés en deux groupes selon leur disponibilité et milieux cliniques. Vous participerez à un des groupes avec la moitié des participants et moi-même. Le groupe de discussion aura lieu en [mode virtuel sur Zoom](#) à un moment qui sera choisi selon la disponibilité des participants. Durant la séance, je poserai des questions sur votre compréhension des besoins en réadaptation des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est et vous pourrez discuter librement avec les autres professionnels.

La séance de discussion durera entre 1.5 à 2 heures. Je vais enregistrer la séance en utilisant la fonction intégrée du Zoom ainsi qu'un magnétophone numérique afin de pouvoir ensuite transcrire le contenu des discussions. Pour l'image, vous pourrez décider d'allumer ou d'éteindre la caméra de Zoom. Ainsi, veuillez noter qu'en participant à ce projet, vous consentez à ce que la séance de rencontre soit enregistrée.

Y a-t-il des risques ou des bénéfices à participer à ce projet?

Risques : Il n'y a pas de risque apparent à participer à ce projet. Toutefois, si vous constatez un risque, vous pouvez en discuter avec notre équipe de recherche. Vous pouvez aussi décider de ne pas répondre à certaines questions et même mettre fin à votre participation au projet à tout moment.

Bénéfices: Votre participation pourrait nous aider à mieux comprendre la réalité des professionnels de réadaptation et des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est dans le domaine de la réadaptation. Par la suite, cela nous aiderait à établir des guides de pratique pour favoriser des services qui sont culturellement adaptés.

Y a-t-il des frais ou compensation pour participer à ce projet?

Un dédommagement est prévu pour le temps consacré à la rencontre.

Qu'est-ce qu'on fera avec le contenu des discussions?

1. Je vais transcrire l'ensemble des discussions de groupe, en incluant tous les détails tels que l'identité des participants avec un code unique et l'interaction entre les participants. Cette étape sera réalisée pour chaque groupe de discussion de proches aidants et de professionnels de réadaptation.

2. Sous la supervision de mes directrices de recherche, je vais analyser les données transcrites afin d'identifier les principaux résultats et de ressortir les besoins en réadaptation des aînés au Québec en provenance de l'Asie de l'Est. Dès cette étape, les idées de discussion seront mises en commun et les noms des participants ne seront plus associés à un contenu spécifique.

Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise et pourraient être partagés dans des publications ou des communications. Les participants de ce projet pourront avoir accès aux résultats principaux dès qu'ils seront disponibles.

La confidentialité sera-t-elle protégée?

Oui. L'équipe de recherche prendra les mesures suivantes afin de préserver la confidentialité.

- Les données du projet seront traitées de façon dépersonnalisée. C'est-à-dire, à la réception de votre questionnaire sociodémographique, un code unique sera attribué à votre nom et vous sera communiqué. Lors de notre séance sur Zoom, vous aurez le choix d'utiliser votre propre nom ou ce code unique comme nom d'utilisateur si vous souhaitez participer de façon anonyme. Je vais également utiliser ce code unique lors de la transcription du contenu des discussions.
- La clé des codes uniques ainsi que les fichiers des enregistrements et des transcriptions seront gardés dans un ordinateur muni d'un mot de passe. Seulement mes directrices de recherche et moi-même aurons accès à ces documents protégés.
- Les enregistrements et les informations permettant de vous identifier seront conservés pendant 7 ans, sous la responsabilité de mes directrices (ex. questionnaire sociodémographique).
- Les données sans les informations permettant de vous identifier seront conservées aussi longtemps qu'elles pourront être utiles pour la science (ex. contenu des discussions sans les noms des participants ni les codes uniques). Ainsi, en prenant part au projet, vous consentez à ce que les données soient partagées avec d'autres chercheurs, mais seulement pour les projets qui auront été approuvés par un comité d'éthique de la recherche au préalable.
- En prenant part au projet, l'équipe de recherche demande également votre consentement pour protéger l'anonymat des autres participants et garder confidentiel le contenu échangé lors des discussions.

Votre liberté de participation et droit de retrait

Sur le questionnaire ou durant le groupe de discussion, vous pourrez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pourrez aussi à tout moment décider de vous retirer du projet avec un

simple avis verbal ou écrit. Si vous décidez de vous retirer du projet durant ou après la collecte de données, vous pourrez me demander de ne pas utiliser vos réponses au questionnaire sociodémographique. Toutefois, veuillez noter que le contenu de la séance Zoom déjà enregistré sera conservé pour assurer la cohérence des discussions entre les participants. Dans un tel cas, vos interventions demeureront anonymes.

Qui pouvez-vous contacter?

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez me contacter à l'adresse courriel lemo-dolma.karma@umontreal.ca ou par appel/message texte au numéro [REDACTED]

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (un « protecteur des citoyens ») de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

Comité d'éthique de ce projet

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, qui surveillera par ailleurs toutes les étapes subséquentes du projet. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité :

- Téléphone au 514 343-6111, poste 2604
- Adresse courriel : cerses@umontreal.ca
- SiteWeb : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Comment pouvez-vous donner votre accord à participer à ce projet ?

Lorsque vous me contacterez pour exprimer votre intérêt à prendre part au projet, je vous décrirai le projet et répondrai à vos questions. Lors de ce premier contact, je demanderai votre adresse courriel pour pouvoir vous envoyer les documents du projet, soit le présent document d'information et de consentement ainsi que le formulaire de données sociodémographiques.

Après la réception de ce document, vous pourrez prendre jusqu'à deux semaines pour prendre votre décision. Si vous décidez de participer au projet, sur le formulaire des données sociodémographiques, je vous demanderai de cocher quelques cases d'énoncés pour confirmer votre compréhension du projet ainsi que votre consentement à participer.

Vous allez recevoir une version PDF de ce document signé par moi ainsi que le formulaire de données sociodémographiques complété par vous.

RÉSUMÉ DES POINTS IMPORTANTS DE CE DOCUMENT *(Veuillez consulter les détails plus haut)*

- Vous pouvez prendre le temps de réfléchir avant de donner votre accord à participer au projet.
- Votre participation au groupe de discussion aura lieu en mode virtuel sur Zoom. Il sera possible de vous connecter avec votre propre nom ou un code unique qui vous sera attribué.
- La séance sera enregistrée en utilisant la fonction intégrée au Zoom et un magnétophone numérique. Pour les images, la caméra peut être allumée ou éteinte selon votre choix.
- Vous pourrez décider de vous retirer du projet à tout moment. Dans un tel cas, les données peuvent être retirées partiellement. Les données qu'on doit utiliser pour le projet demeureront anonymes.
- Les données qui permettent de vous identifier seront conservées pour une période de 7 ans sous la responsabilité de mes directrices. Les données qui seront rendues anonymes seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent servir à d'autres projets de recherche.
- Vous pouvez contacter le comité d'éthique, l'ombudsman et moi-même concernant différentes questions portant sur le projet ou vos droits en prenant part à ce projet.
- Si vous désirez, l'équipe de recherche vous enverra un résumé des résultats de ce projet lorsqu'ils seront disponibles.

Engagement de l'étudiante chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante chercheuse : 

Nom : Karma

Prénom : Lemo-Dolma

Lieu : Montréal

Date : Mar 2, 2022

Annexe 6- Formulaire d'information et de consentement pour les personnes proches aidantes



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – PROCHES AIDANTS

Titre : Les besoins en réadaptation des personnes âgées au Québec en provenance de l'Asie de l'Est

Qui dirige ce projet?

Moi, Lemo-Dolma Karma. Je suis étudiante à la maîtrise en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. Mon projet est sous la supervision de :

- Prof. Louise Demers (directrice), Ph.D., professeure titulaire à l'École de réadaptation., Directrice et vice-rectrice associée aux Études supérieures et postdoctorales à l'Université de Montréal.
- Prof. Julie Masse (codirectrice), M. Sc., professeure agrégée de clinique à l'École de réadaptation à l'Université de Montréal

Objectif du projet

Mon projet vise à mieux comprendre les besoins en réadaptation des personnes âgées au Québec qui sont originaires de l'Asie de l'Est. Pour ce faire, je discuterai avec environ 10 proches aidants et 16 professionnels de réadaptation.

Votre participation dans le projet

Vous aurez à participer à deux activités.

1. Remplir un formulaire des données sociodémographiques en ligne sur lequel je vous demanderai quelques questions sur vous telles que votre nom, âge, le lien avec l'aîné dont vous avez été/êtes proche aidant, le pays d'origine de l'aîné, etc. La complétion de ce questionnaire devrait prendre approximativement 5 minutes.

2. Participer à un groupe de discussion en français ou en anglais. Les 10 proches aidants seront divisés en deux groupes. Vous participerez à un des groupes avec 4 autres proches aidants et moi-même. Le groupe de discussion aura lieu en mode virtuel sur Zoom à un moment qui sera choisi selon la disponibilité des participants. Durant la séance, je poserai des questions sur votre compréhension des besoins en réadaptation des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est et vous pourrez discuter librement avec les autres proches aidants.

La séance de discussion durera environ 1.5 heures. Je vais enregistrer la séance en utilisant la fonction intégrée du Zoom ainsi qu'un magnétophone numérique afin de pouvoir ensuite transcrire le contenu des discussions. Pour l'image, vous pourrez décider d'allumer ou d'éteindre la caméra de Zoom. Ainsi, veuillez noter qu'en participant à ce projet, vous consentez à ce que la séance de rencontre soit enregistrée.

Y a-t-il des risques ou des bénéfices à participer à ce projet?

Risques : Il n'y a pas de risque apparent à participer à ce projet. Toutefois, si vous constatez un risque, vous pouvez en discuter avec notre équipe de recherche. Vous pouvez aussi décider de ne pas répondre à certaines questions et même mettre fin à votre participation au projet à tout moment.

Bénéfices: Votre participation pourrait nous aider à mieux comprendre la réalité des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est dans le système de santé québécois. Par la suite, cela nous aiderait à établir des guides de pratique pour favoriser des services de réadaptation qui sont culturellement adaptés.

Y a-t-il des frais ou compensation pour participer à ce projet?

Un bon-cadeau vous sera envoyé quelques jours suivant le groupe de discussion.

Qu'est-ce qu'on fera avec le contenu des discussions?

1. Je vais transcrire l'ensemble des discussions de groupe, en incluant tous les détails tels que l'identité des participants avec un code unique et l'interaction entre les participants. Cette étape sera réalisée pour chaque groupe de discussion de proches aidants et de professionnels de réadaptation.

2. Sous la supervision de mes directrices de recherche, je vais analyser les données transcrites afin d'identifier les principaux résultats et de ressortir les besoins en réadaptation des aînés au Québec en provenance de l'Asie de l'Est. Dès cette étape, les idées de discussion seront mises en commun et les noms des participants ne seront plus associés à un contenu spécifique.

Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise et pourraient être partagés dans des publications ou des communications. Les participants de ce projet pourront avoir accès aux résultats principaux dès qu'ils seront disponibles.

La confidentialité sera-t-elle protégée?

Oui. L'équipe de recherche prendra les mesures suivantes afin de préserver la confidentialité.

- Les données du projet seront traitées de façon dépersonnalisée. C'est-à-dire, à la réception de votre questionnaire socio-démographique, un code unique sera attribué à votre nom et vous sera communiqué. Lors de notre séance sur Zoom, vous aurez le choix d'utiliser votre propre nom ou ce code unique comme nom d'utilisateur si vous souhaitez participer de façon anonyme. Je vais également utiliser ce code unique lors de la transcription du contenu des discussions.
- La clé des codes uniques ainsi que les fichiers des enregistrements et des transcriptions seront gardés dans un ordinateur muni d'un mot de passe. Seulement mes directrices de recherche et moi-même aurons accès à ces documents protégés.
- Les enregistrements et les informations permettant de vous identifier seront conservés pendant 7 ans, sous la responsabilité de mes directrices (ex. questionnaire sociodémographique).
- Les données sans les informations permettant de vous identifier seront conservées aussi longtemps qu'elles pourront être utiles pour la science (ex. contenu des discussions sans les noms des participants ni les codes uniques). Ainsi, en prenant part au projet, vous consentez à ce que les données soient partagées avec d'autres chercheurs, mais seulement pour les projets qui auront été approuvés par un comité d'éthique de la recherche au préalable.
- En prenant part au projet, l'équipe de recherche demande également votre consentement pour protéger l'anonymat des autres participants et garder confidentiel le contenu échangé lors des discussions.

Votre liberté de participation et droit de retrait

Sur le questionnaire ou durant le groupe de discussion, vous pourrez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pourrez aussi à tout moment décider de vous retirer du projet avec un

simple avis verbal ou écrit. Si vous décidez de vous retirer du projet durant ou après la collecte de données, vous pourrez me demander de ne pas utiliser vos réponses au questionnaire socio-démographique. Toutefois, veuillez noter que le contenu de la séance Zoom déjà enregistré sera conservé pour assurer la cohérence des discussions entre les participants. Dans un tel cas, vos interventions demeureront anonymes.

Qui pouvez-vous contacter?

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez me contacter à l'adresse courriel lemo-dolma.karma@umontreal.ca ou par appel/message texte au numéro [REDACTED]

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (un « protecteur des citoyens ») de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca.

Comité d'éthique de ce projet

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, qui surveillera par ailleurs toutes les étapes subséquentes du projet. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité :

- Téléphone au 514 343-6111, poste 2604
- Adresse courriel : cerses@umontreal.ca
- SiteWeb : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Comment pouvez-vous donner votre accord à participer à ce projet ?

Lorsque vous me contacterez pour exprimer votre intérêt à prendre part au projet, je vous décrirai le projet et répondrai à vos questions. Lors de ce premier contact, je demanderai votre adresse courriel pour pouvoir vous envoyer les documents du projet, soit le présent document d'information et de consentement ainsi que le formulaire de données sociodémographiques.

Après la réception de ce document, vous pourrez prendre jusqu'à deux semaines pour prendre votre décision. Si vous décidez de participer au projet, sur le formulaire des données sociodémographiques, je vous demanderai de cocher quelques cases d'énoncés pour confirmer votre compréhension du projet ainsi que votre consentement à participer.

Vous allez recevoir une version PDF de ce document signé par moi ainsi que le formulaire de données sociodémographiques complété par vous.

Résumé des points importants de ce document *(Veuillez consulter les détails plus haut)*

- Vous pouvez prendre le temps de réfléchir avant de donner votre accord à participer au projet.
- Votre participation au groupe de discussion aura lieu en mode virtuel sur Zoom. Il sera possible de vous connecter avec votre propre nom ou un code unique qui vous sera attribué.
- La séance sera enregistrée en utilisant la fonction intégrée au Zoom et un magnétophone numérique. Pour les images, la caméra peut être allumée ou éteinte selon votre choix.
- Vous pourrez décider de vous retirer du projet à tout moment. Dans un tel cas, les données peuvent être retirées partiellement. Les données qu'on doit utiliser pour le projet demeureront anonymes.
- Les données qui permettent de vous identifier seront conservées pour une période de 7 ans sous la responsabilité de mes directrices. Les données qui seront rendues anonymes seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent servir à d'autres projets de recherche.
- Vous pouvez contacter le comité d'éthique, l'ombudsman et moi-même concernant différentes questions portant sur le projet ou vos droits en prenant part à ce projet.
- Si vous désirez, l'équipe de recherche vous enverra un résumé des résultats de ce projet lorsqu'ils seront disponibles.

Engagement de l'étudiante chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiante chercheuse : 

Nom : Karma

Prénom : Lemo-Dolma

Lieu : Montréal

Date : Mar 2, 2022

Annexe 7 : Certificat d'approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite
responsable en recherche



14 janvier 2022

Louise Demers
Professeure titulaire
Faculté de médecine-École de réadaptation

Julie Masse
Professeur agrégée de clinique
Faculté de médecine-École de réadaptation

Lemo-Dolma Karma
Étudiante à la maîtrise, Sciences de la réadaptation

OBJET :	Projet # 2021-1296 - Approbation éthique finale Les besoins en réadaptation des personnes âgées en provenance de l'Asie de l'Est. Financement : non-financé
---------	---

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche en comité restreint. Suite à cette évaluation, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 7 janvier 2022.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 14 janvier 2022 jusqu'au 14 janvier 2023. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de

- recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **dévi**ation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

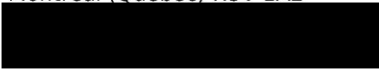
Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2



Envoyé par :

Julie Allard

Annexe 8 - Guide d'entrevue pour les groupes de cliniciennes

Accueil des participants

- Remercier pour la participation
- Informer de l'enregistrement ultérieur de la séance et le choix d'allumer ou d'éteindre la caméra.
- Informer de changer leur nom si l'anonymat est désiré avant l'enregistrement indiquer le type de milieu clinique à côté de leur nom.

Début de l'enregistrement

INTRODUCTION 5mins

- Pour faire un petit rappel, mon nom est Lemo-Dolma Karma, je suis ergothérapeute et étudiante en recherche à la maîtrise.
- Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre de ma maîtrise en (études supérieures) en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. J'explore la réalité des aînés originaires de l'Asie de l'Est et leurs besoins dans le domaine de la réadaptation.

Quelques informations pour le déroulement de la séance :

- On est xx personnes.
- Faire un tour de table : ex. on a participant 1, ergothérapeute, va nous partager ses expériences cliniques de CLSC ; Participant 2, physiothérapeute avec les expériences cliniques de l'hôpital.
- C'est une discussion ouverte. Je poserai des questions pour aborder différents sujets, mais vous êtes invités à partager ouvertement vos opinions et à interagir directement entre vous. Dans ce sens, c'est sûr je vous re-redemande de garder confidentiel le contenu échangé dans ce groupe,
- Quand vous voulez parler, allez-y spontanément en ouvrant votre micro. Au besoin, je vais essayer de coordonner les interventions.
- On va aborder 5 thèmes. La séance va durer de 1,5 h à 2 h. Donc on va terminer vers x h.
- Votre implication au projet se termine à la fin de cette rencontre. On va vous envoyer un petit certificat cadeau à votre adresse courriel dans les prochains jours. Et aussi les résultats du projet lorsqu'ils seront prêts pour celles qui sont intéressées.

Avez-vous des questions avant qu'on commence ?

Thèmes de discussion

Légende de lecture :

En bleu et gras : thèmes principaux

En police normale : le contenu pour introduire les thèmes ou les questions

En gras avec puce ronde : questions posées

Phrases pâles précédées de « + » : précisions prévues et apportées au besoin

THÈME 1 : FAITS UNIQUES RELIÉS À LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE 20 mins

À la suite du processus d'immigration, c'est très commun de voir que les aînés asiatiques gardent les aspects de la culture d'origine tout en s'adaptant à leur société d'accueil. Donc ils vivent selon 2 réalités ou identités culturelles au quotidien.

- **Quand vous regardez l'ensemble de la clientèle que vous prenez en charge, qu'est-ce qui est particulier chez cette population ?**
- **Comment pensez-vous que cela se manifeste lorsque vous les prenez en charge en réadaptation ? Dans vos expériences cliniques, quels sont les faits ou réalités que vous considérez être uniques à elle ?**
- **Si on regarde l'ensemble du processus d'une PEC en réadaptation, est-ce qu'il y a des étapes qui sont plus particulières avec cette clientèle ? Quels sont les principaux défis et les approches que vous adoptez spécifiquement ?** (+ Initier le contact, évaluer, établir le plan et les objectifs, appliquer le plan d'intervention, évaluer les résultats).

THÈME 2 : LA DÉFINITION DE L'AUTONOMIE 15 -20 mins

En réadaptation, on parle beaucoup de l'Autonomie occupationnelle.

- **Dans votre pratique, en quoi la définition de l'autonomie est pareille ou différente chez cette population en comparaison avec l'ensemble de votre clientèle ?**
- **Parmi les habitudes de vie ou AVQs-AVDs, est-ce que vous jugez que certaines activités ou occupations qui sont plus valorisées par les aînés ou sont plus importantes que d'autres ? Est-ce qu'il y a des activités qui sont plus délaissées volontairement ?**
- **Comment percevez-vous le rôle ou la place du proche aidant lorsque vous prenez en charge des aînés asiatiques de l'Est ?** (+ devoir ou la responsabilité des enfants adultes à prendre soin de la famille).

Thème 3 : Compatibilité des services avec les aspects culturels 15 mins

Dans les services qu'on offre en réadaptation :

- **Est-ce qu'il y a des services qui sont sous-utilisés par cette population ? Si oui, quels services doivent être modifiés et comment ?**
- **Quels sont les services sur lesquels on devrait mettre plus d'effort ?**

- **En revanche, quels sont les services qu'on pourrait moins explorer avec cette clientèle ?**

(+La réadaptation est une discipline développée principalement en Occident. Ce qui est intéressant de savoir est qu'à mesure que la discipline de la réadaptation se répand dans le monde, les services sont aussi un peu transformés pour être adaptés à la réalité de la société correspondante. Par exemple, dans certaines régions de l'Asie de l'Est, il y a des programmes du style l'occident à la rencontre de l'Orient où certaines approches sont adaptées à la réalité locale).

Thème 4 : Communication 15 mins

- **Quelles sont les principales difficultés de communication verbale et non verbale avec cette clientèle ? À quel point les interprètes (informels et professionnels) aident et à quel point nuisent-ils à la prise en charge des patients ? Connaissez-vous d'autres moyens pour pallier le problème de langue ?**

Certains d'entre vous parlent la langue dominante des aînés asiatiques, mais malgré l'absence de barrière linguistique, c'est possible d'éprouver des difficultés à obtenir une compréhension mutuelle.

- **Est-ce qu'il y a des difficultés de communication en dehors de barrières linguistiques ?**

(+ Perception, notions qui n'existent pas dans leur culture)

Thème 5 : Recommandations 10 mins

- **Quels sont des services et les approches qu'on devrait promouvoir davantage auprès de cette clientèle afin d'optimiser l'accès et la pertinence des interventions en réadaptation auprès de cette population ?**

(+ message aux collègues professionnels et messages aux usagers et leurs proches aidants).

Discussion ouverte 10 mins

— Est-ce qu'il y a d'autres sujets non abordés ?

Annexe 9 : Guide d'entrevue pour le groupe de personnes proches aidantes

Accueil des participants

- Remercier pour la participation
- Informer de l'enregistrement ultérieur de la séance et le choix d'allumer ou d'éteindre la caméra.
- Informer de changer leur nom si l'anonymat est désiré avant l'enregistrement.

Début de l'enregistrement

INTRODUCTION 5 mins

- Pour faire un petit rappel, mon nom est Lemo-Dolma Karma, je suis ergothérapeute et étudiante en recherche à la maîtrise.
- Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre de ma maîtrise en (études supérieures) en Sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal. J'explore la réalité des aînés originaires de l'Asie de l'Est et leurs besoins dans le domaine de la réadaptation.

Quelques informations pour le déroulement de la séance :

- On est xx personnes aujourd'hui. Vous avez été ou êtes proche aidant ou proche aidante d'aîné asiatique. Certains ont accompagné l'aîné à travers les services de réadaptation spécifiquement, pour d'autres, c'est plus dans le système de santé de façon globale. Toutes les expériences m'intéressent donc n'hésitez pas à les partager.
- C'est une discussion ouverte. Vous êtes invités à partager ouvertement vos opinions et aussi à interagir directement entre vous si vous voyez que certaines idées vous interpellent. Dans ce sens, je vous redemanderai de garder confidentiels les échanges dans ce groupe.
- Lorsque vous voulez parler, allez-y spontanément en ouvrant votre micro. Au besoin, je vais coordonner.

- On va aborder 6 thèmes, le 1^{er} et 6^e sont plus généraux, les autres sont plus ciblés.
- La séance va durer environ 1,5 h, on va terminer vers xx h.
- Votre implication au projet se termine à la fin de cette rencontre. Je vais vous envoyer le certificat cadeau par courriel lorsque j'aurais complété les autres groupes de discussion.
- Vous allez également recevoir les résultats du projet lorsqu'ils seront disponibles.

Avez-vous des questions ?

Thèmes de discussions proches aidants

Légende de lecture :

En bleu et gras : thèmes principaux

En police normale : le contenu pour introduire les thèmes ou les questions

En gras avec puce ronde : questions posées

Phrases pâles précédées de « + » : précisions prévues et apportées au besoin

THÈME 1 : LES CONNAISSANCES ET LES PRÉFÉRENCES DES ÂÎNÉS EN LIEN AVEC LES SERVICES DE RÉADAPTATION 15 - 20 mins

Pour une précision rapide, dans le cadre de ce projet, la réadaptation fait référence aux services d'ergothérapie et de physiothérapie. Lorsqu'on compare les systèmes de santé en Asie de l'Est et ici, il existe quand même plusieurs différences. Spécifiquement, la discipline de réadaptation est plutôt bien développée dans le système de santé ici. Les ergothérapeutes ou physiothérapeutes sont impliqués à différents stades de soins (+ à l'hôpital, au centre de réadaptation, à domicile via le CLSC, le centre d'hébergement).

En plus, les services sont variés aussi. Pour la clientèle gériatrique par exemple, il y a des services pour la récupération des capacités, mais aussi de la compensation pour des difficultés résiduelles, le prêt d'aide technique, l'adaptation du domicile, etc.

Mais comme ce sont des disciplines qui ne sont pas encore aussi répandues en Asie de l'Est, les aînés ont probablement moins connu ces services ni dans leur pays d'origine ni en arrivant ici après le processus d'immigration.

- **Selon vous, à quel point les aînés sont familiers avec les services de réadaptation offerts dans le système de santé ici ?**

Des chercheurs ont étudié l'utilisation des services de santé chez la population asiatique au Canada au début des années 2000. Ils ont remarqué que certains services formels de soutien sont plus facilement acceptés par les aînés asiatiques, alors que d'autres sont souvent refusés. (+ Acceptés : transport, traduction, activités d'intégration à la société d'accueil ; Refusés : soutien à domicile, hébergement)

- **Selon vous, est-ce que ce phénomène a changé dans le temps ?**
- **Quels sont les services de réadaptation que les aînés ont/auraient plus de facilité à accepter et quels sont les services qu'ils refuseraient d'emblés ? Et les raisons sous-jacentes ?**
- **Parmi les services refusés par les aînés, est-ce que qu'il y en a certains que vous jugez pertinents qu'ils acceptent ?**

THÈME 2 : EXPÉRIENCES EN RÉADAPTATION 10 mins

Vous avez accompagné un ou des aînés asiatiques dans leur réadaptation en tant que proche aidant.

- **Comment décririez-vous leurs expériences en réadaptation ?**
(+ En ergothérapie ou en physiothérapie, à différents stades) ?

- **Trouvez-vous que les services offerts par l'équipe de réadaptation correspondent aux besoins et à la réalité des aînés ?**
- **Est-ce qu'il y a des besoins non comblés ? Quels sont-ils ?**
- **Mis à part le contenu des services de réadaptation en tant que tels, quels sont les autres aspects sur lesquels les intervenants doivent porter attention ? (+ : dans les approches relationnelles, la communication) ?**

THÈME 3 : LES OCCUPATIONS DES AÎNÉS 5 mins

En réadaptation, on s'intéresse surtout à la vie quotidienne d'une personne ainsi que les activités qu'elle réalise.

Pouvez-vous décrire une journée typique de l'aîné lorsqu'il ou elle était relativement autonome, en incluant les activités que l'aîné réalisait/réalise à l'intérieur de la maison et dehors dans la communauté ? + AVQs, AVDs (RX, finances, conduite auto, ménage), Loisirs (centre communautaire ? Sortie extérieure)

THÈME 4 : ACTIONS FACE À LA DIMINUTION D'AUTONOMIE 15 mins

En vieillissant, les personnes âgées vivent souvent une diminution d'autonomie, elles ont de plus en plus de difficultés à faire les activités qui étaient faciles avant.

- **Face à cette diminution d'autonomie : quelles sont les actions et les décisions que les aînés prennent ?**
- **Quelles sont les activités pour lesquelles les aînés souhaitent rester autonome le plus longtemps possible, ils tiennent à les faire eux-mêmes ? Quelles sont les activités que les aînés abandonnent volontairement et accepteraient l'aide ?**
 - + AVQs : alimentation, soins d'apparence, hygiène corporelle, gestion d'élimination, transfert et déplacement intérieur et extérieur.
 - + AVDs : épicerie, gestion Rx, gestion financière, transport/conduite auto, communication

THÈME 5 : DEMANDE D'AIDE 15 mins

Et par rapport à cette diminution d'autonomie,

- **Quelles sources d'aide sont privilégiées d'emblée par les aînés (+ famille, amis, professionnels de la santé, les membres de la communauté, autres) ?**
- **Pourquoi ils demandent davantage de demandent à la famille ? C'est la gêne ? Barrières ?**

Concernant la demande d'aide aux proches aidants, il y a deux réalités qui s'opposent dans la littérature scientifique : 1^{re} réalité : les aînés asiatiques sollicitent davantage l'aide de la famille plutôt que celle des professionnels ; 2^e réalité : Les aînés minimisent la demande à la famille pour minimiser leur fardeau.

- **Quelles sont vos perceptions sur le sujet de fardeau en tant que proche aidant ? Sentez-vous parfois pris entre deux standards culturels ?**

THÈME 6 : INFLUENCE DE LA DOUBLE IDENTITÉ CULTURELLE 15 mins

Après le processus d'immigration, les aînés asiatiques conservent probablement les principes, croyances et valeurs de leur culture d'origine tout en vivant avec ceux de leur société d'accueil. Ils vivent donc selon deux réalités culturelles.

- **À quel point trouvez-vous que l'aîné garde des aspects de leur culture d'origine dans leur façon de vivre et de penser ?**
- **Comment cela peut affecter leur prise en charge en réadaptation ?**
(+ : Décision, adhérence aux recommandations, autres approches cliniques) ?

Si vous aviez des recommandations à donner aux professionnels de réadaptation,

- **quels sont les approches ou moyens à favoriser avec les aînés originaires de l'Asie de l'Est en considérant leur réalité culturelle ?**
- **Quels sont les approches ou moyens à minimiser ?**

Discussion ouverte + fin : 5 mins

Est-ce qu'il y a des sujets qu'on n'a pas couverts ?

Annexe 10 – Extraits du journal de bord

Rencontre 24 septembre 2021 :

- Résultats de la recension → Déterminer canevas d'entrevue
- Choix du comité d'éthique : CIUSSS du Centre Sud → recrutement dans les centres du CIUSSS

Octobre 2021 :

- Comité d'éthique de la recherche en Sciences et santé (CERSES) car recrutement dans la grande région de Montréal

2 à 4 février 2022 :

- Pratiquer les fonctions de la plateforme LimeSurvey

4 février 2022 :

- Essai et validation des questionnaires sur LimeSurvey

11 mai 2022 :

- Choix du logiciel de traitement Nvivo : méthode manuelle + diagramme de comparaison

Codage :

- Le travail de catégorisation : 43 thèmes et 11 catégories. (→ Codebook 19 mai). Certains codes similaires ont été regroupés. Par exemple, dans la catégorie l'entourage, les données ont été regroupées en « type d'aide et personne qui aide ». Ne pas seulement se limiter aux différences; ++ Coder les similitudes entre cette clientèle âgée et la population générale.