



# UNE DÉCLARATION

## D'ACCORD NATIONAL SUR LES SOINS DE SANTÉ *POUR LES AÎNÉS*

Nous, les soussignés, sommes d'accord sur le fait que le Canada a besoin d'une stratégie nationale pour les soins de santé pour les aînés et qui soit le reflet d'une société juste, humaine et égalitaire. Notre système actuel de soins de santé universelle, l'assurance maladie, ne représente plus ces valeurs ni les besoins changeants de notre population.

Nous croyons que l'assurance maladie satisfait encore en grande partie les priorités d'il y a cinquante ans. En ce temps-là, on avait prévu des soins à offrir à une population canadienne plus jeune qui avait besoin de soins en cas de maladies aiguës qui pouvaient être soignées en relativement peu de temps. Il est évident que ce type de traitement est encore nécessaire.

Mais aujourd'hui, notre population inclut une bien plus grande proportion de personnes âgées qui ont besoin de traitements pour des maladies chroniques nécessitant de plus longues périodes de traitement, de préférence à domicile ou dans des centres communautaires.

Notre système de santé actuel ne reflète plus ces besoins et préférences en évolution et l'on devrait y remédier dans les plus brefs délais.

Nous sommes convaincus que le renouvellement et la réforme du système de santé par le biais d'une stratégie nationale pour les soins de santé qui tienne compte des nouvelles données démographiques du pays, amélioreraient grandement la qualité des soins médicaux pour tous les Canadiens, jeunes ou moins jeunes.

Nous faisons donc appel aux gouvernements pour qu'ils coordonnent leurs efforts afin d'établir une stratégie à cette fin.

Nous considérons que les principes suivants seront fondamentaux d'une telle stratégie :

### 1. DES SOINS DE QUALITÉ

Le fait d'offrir des services de santé aux patients âgés grâce à une stratégie nationale libérerait plusieurs lits d'hôpital tout en bénéficiant aux personnes âgées ainsi qu'à ceux qui en ont la charge. Comme les soins à domicile et l'aide en communauté ainsi que les locaux pour soins de longue durée ne sont pas disponibles, un nombre significatif des lits pour soins urgents sont utilisés dans les hôpitaux canadiens (15 % ou plus) pour soigner des personnes souffrant de maladies chroniques. Plusieurs d'entre eux sont des personnes aînées et qui n'ont nulle part ailleurs où aller. Cela mène à des délais d'attente plus longs et des hôpitaux surpeuplés, avec parfois des patients aux urgences qui sont traités sur des civières dans les couloirs. Cette situation sans issue est déprimante pour les patients ainsi que pour les préposés aux soins. Elle est encore plus déprimante pour les milliers de soignants naturels non rémunérés qui luttent pour s'occuper de ceux qu'ils aiment, à la maison, avec parfois des enfants à leur charge et un emploi à sauvegarder.

L'aide à domicile offerte à des soignants non rémunérés est fragmentaire, avec des creux dans les services communautaires, un appui irrégulier de la part des professionnels de la santé et un manque d'accès aux médicaments d'ordonnance nécessaires qui seraient fournis gratuits aux patients dans un hôpital.

Une stratégie nationale pour la santé des aînés bien pensée permettrait de mieux placer les patients, de bien les traiter et d'offrir une aide appropriée aux soignants occasionnels.

## 2. BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

Les normes modernes de soins de santé exigent qu'on examine la meilleure manière d'intégrer les soins primaires et ceux à l'hôpital dans le but d'améliorer le bien-être des Canadiens dans son ensemble et de freiner la maladie. Cette approche inclut l'examen des facteurs sociaux de la santé, dont la sécurité des revenus, le logement sécuritaire et abordable, l'accès à une nourriture saine et nutritive, les transports et le contact social. Le Canada est un pays reconnu pour la richesse culturelle de ses Premières Nations et par la diversité des origines ethniques de sa population. On doit se pencher sur ces facteurs sociaux de la santé à la lumière des besoins inhérents à cette diversité pour s'assurer que tous les aînés recevront des soins de santé optimaux. Il incombe à tous les niveaux de gouvernements d'établir des politiques publiques pour la santé en tenant compte de tous ses facteurs sociaux afin de réaliser le plein potentiel de bonne santé pour tous les Canadiens.

## 3. INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme il est noté plus haut, notre système de santé a été conçu il y a des décennies pour traiter des cas de maladies soudaines et aiguës qui pouvaient être soignées en un temps relativement court.

Les progrès de la technologie dans les interventions médicales permettent aux gens de reconnaître les nombreuses maladies chroniques qui viennent avec l'âge. Conséquemment, les aînés vivent plus longtemps et ont besoin de plus de soins, mais ils préfèrent se faire soigner chez eux ou dans un centre communautaire.

Les soins médicaux orientés vers le patient, avec des transitions plus fluides entre un traitement et un autre, doivent faire partie d'un système restructuré. Notre vision de l'avenir serait une approche collaborative, centrée sur le patient, qui engagerait un large éventail de professionnels de la santé et qui veillerait à offrir tous les besoins des patients et de leurs familles. C'est une vision qui inclut un accès égalitaire à des soins de qualité d'un bout à l'autre du pays sans distinction de culture, de langue ou d'ethnie.

## 4. SOINS PRIMAIRES

La priorité pour rendre le système de santé efficace et fonctionnel à l'avenir sera d'aider les aînés à rester hors des hôpitaux le plus longtemps possible. Et pour ce faire, les soins primaires seront cruciaux. Les patients âgés seront mieux servis si des soins primaires et spécialisés étaient intégrés dans un centre-base communautaire qui offre les services d'équipes interprofessionnelles et de soins palliatifs bien dotés.

## 5. FORMATION DES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ

Il y a un réel besoin de formation des fournisseurs de soins primaires, surtout en gériatrie et en gérontologie. Un sondage en 2011, du contenu des études médicales au Canada, diplômés et étudiants de premier cycle, indique que : « Il est (était) possible au Canada de terminer ses études médicales en n'ayant qu'un total de 10 heures de formation en gériatrie ». Et bien que ce chiffre ait été au plus bas sur l'éventail, il démontre le besoin de revoir le plan de cours des facultés de médecine à la lumière des changements démographiques.

Les gériatres peuvent jouer un rôle crucial dans les soins donnés aux personnes âgées. Ils peuvent s'occuper de prévention, de diagnostiquer et traiter des maladies chroniques. Ils peuvent travailler avec une équipe médicale pour prévenir la maladie, remettre sur pied au mieux une personne âgée malade, lui permettant de retourner vivre chez elle. Et pourtant un sondage mené en 2010 a révélé qu'au Canada avec une population de 32 millions d'âmes, on ne disposait que de 233 médecins spécialisés en gériatrie, alors qu'en Suède il y en avait 500 pour 9 millions de Canadiens.

Les gouvernements et autres organisations chargés d'établir les priorités pour la formation des professionnels de la santé et des auxiliaires devraient prendre les mesures pour s'assurer que le personnel soignant reçoive une formation adéquate dans l'exécution de leur travail auprès des personnes âgées, que les facultés de médecine revoient la formation des futurs médecins et les encouragent à se spécialiser en gériatrie.

## 6. MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE APPROPRIÉS.

On peut dire que les personnes âgées prennent trop de médicaments : un rapport publié en Colombie-Britannique indique que près de la moitié des résidents dans des centres de santé et 45 % de ceux qui sont soignés chez eux absorbent plus de 9 médicaments différents. Un tel excès de médication peut conduire à des erreurs, à des mélanges dangereux et autres effets adverses. D'autre part, à cause de notre système fragmentaire et incomplet de financement des médicaments d'ordonnance, plusieurs aînés en Colombie-Britannique et ailleurs au Canada ne peuvent pas faire exécuter leurs ordonnances. Cela mène à une détérioration de la santé, la surmédication et même l'hospitalisation.

Pour veiller à ce que les médicaments soient universellement accessibles et prescrits de manière appropriée, l'investissement et le leadership du fédéral sont essentiels dans le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale. Une telle stratégie devrait aborder l'utilisation de médicaments appropriés, les évalués impartialement, et coordonner une approche pour l'achat de prescriptions médicalement nécessaires.

Une stratégie pharmaceutique nationale a longtemps été reconnue comme le travail inachevé de l'assurance-maladie au Canada.

## **7. SOINS À DOMICILE ET AIDE EN COMMUNAUTÉ**

La majorité des citoyens âgés préférerait continuer à vivre chez elle aussi longtemps que possible. Les soins à domicile sont aussi une solution bien plus économique pour des soins médicaux de qualité. Malheureusement, les politiques sociales et le financement n'ont pas encore saisi cette réalité. L'accès à ce qui précède varie énormément d'une région à l'autre au Canada. Pour y parvenir, il nous faut des normes nationales pour les soins à domicile et une stratégie, financées publiquement, avec des travailleurs de la santé qualifiés et payés et avec des bénévoles à qui l'on offrira du soutien, des rabattements d'impôts et des congés pour se reposer.

## **8. SOINS AIGUS ET SPÉCIALISÉS**

La justice et le respect de la dignité d'une personne exigent qu'on planifie correctement la transition en douceur d'une étape de soins aigus à celle de soins chroniques, avec des ressources déjà en place. Une mauvaise coordination entre ces deux situations signifie souvent des délais d'attente pour voir un spécialiste et être traité, et aboutissant sur une hospitalisation évitable. Les personnes âgées peuvent se retrouver dans un hôpital déjà surpeuplé, occupant un lit pour soins aigus par manque d'installations communautaires qui répondraient mieux à leurs besoins médicaux. Ces situations ambiguës peuvent augmenter les risques pour ces patients tout en créant un problème de lits pour les cas aigus.

Une stratégie nationale pour le soin des personnes âgées devrait aussi faciliter l'accès aux spécialistes dès que le besoin se fait sentir et faciliter pour les patients la transition entre les soins à l'hôpital, une étape intermédiaire et les soins à domicile.

## **9. SOINS DE LONGUE DURÉE ET AIDE À VIVRE CHEZ SOI**

Comme les Canadiens vivent plus longtemps, la demande pour les soins de longue durée augmente. La plupart des personnes admissibles aux soins de santé de longue durée en résidence ont plus de 85 ans et sont frêles; elles peuvent avoir des difficultés cognitives ou autres problèmes qui nécessitent des soins spécialisés. Il y a un grand besoin d'installations pour soins de longue durée et de remplacement ou rénovations de celles déjà existantes, désuètes et qui ne répondent plus aux besoins actuels.

En Colombie-Britannique, 5 à 15 % des patients actuellement en résidence pourraient être soignés dans des centres communautaires assistés et pourraient

libérer des lits d'hôpitaux qui font défaut à ceux qui en ont vraiment besoin. Mais tous les centres de soins ne sont pas à la portée de toutes les bourses. Et même avec des subventions, les tarifs sont parfois exorbitants.

Une stratégie nationale pour les soins aux personnes âgées devrait faciliter l'accès à des résidences et à des soins à long terme de qualité, à prix abordables.

On a un urgent besoin de normes nationales pour les soins de santé, l'assurance que les installations disposent des ressources physiques et de personnel pour appliquer ces normes et un plan pour les financer.

## **10. SOINS PALLIATIFS**

Même si l'accès aux soins palliatifs est en train de s'améliorer à travers le Canada, seulement 16 à 30 % des Canadiens et de leurs familles y ont un accès convenable. La coordination de ces soins avec une chance de guérison laisse à désirer. Souvent, la qualité et la disponibilité des soins palliatifs pour les Canadiens dépendent de leur code postal.

Une approche d'équipe comprenant une meilleure formation des professionnels de la santé et des normes nationales permettrait une meilleure utilisation des ressources actuelles et peut-être attirer plus de médecins et autres professionnels de la santé vers la gériatrie.

## **11. SOINS DE FIN DE VIE ET DÉCISIONS À PRENDRE EN PHASE TERMINALE**

Les patients, leurs familles et les préposés aux soins hésitent à discuter franchement des arrangements et des soins avant que la mort soit imminente. La grande majorité des Canadiens ne laisse aucune directive en ce qui concerne les décisions de fin de vie ni ne désigne un représentant qui pourrait prendre des décisions à leur place. L'absence de décisions ou de préférences clairement exprimées peut conduire en fin de vie à des soins ou médications quelconques, peut-être même non désirées.

Les patients, les familles et les préposés aux soins de santé ont besoin d'aide pour discuter ouvertement des décisions de fin de vie. Quand de telles conversations ont lieu, les patients ont l'occasion d'exprimer leurs préférences en matière de soins et de lieux et l'on peut aussi éviter des interventions médicales coûteuses.

Les êtres humains méritent, par-dessus tout, à la fin de leur vie des soins professionnels appropriés, donnés avec compassion. La question complexe des soins et des décisions en fin de vie constitue une dimension faisant partie intégrante d'une stratégie nationale pour les soins aux personnes âgées.

## **LES MENTIONS REÇU JUSTE QUE MAINTENANT EN SOUTIEN DE UN DÉCLARATION ENTOURANT UN STRATÉGIE NATIONALE POUR LA SANTÉ DES SENIORS:**

### **Les Participants du Table Ronde en Vancouver:**

1. BC Retired Teachers' Association
2. Council of Senior Citizens' Organizations of BC
3. Canadian Association of Retired Teachers
4. BC Federation of Labour
5. Council of Advisors for the Office of the Seniors Advocate for British Columbia
6. BC Government and Service Employees' Union
7. Association of Registered Nurses of British Columbia
8. Hospital Employees Union (BC)
9. Dr. Habib Chaudhury: Chair, Gerontology Department, Simon Fraser University
10. Dr. Steven G. Morgan: Expert in Health and Pharmaceutical Policy, Professor, University of British Columbia

### **De l'autre côté de la Table Ronde en Vancouver:**

#### **Organisations:**

11. United Senior Citizens of Ontario
12. The BC Institute of Technology Retirees' Association (BCITRA)
13. Newfoundland/Labrador Coalition of Pensioners, Retirees and Seniors Associations
14. Progressive Intercultural Community Services Society (BC)
15. Prince Edward Island Retired Teachers' Association
16. Federation of Senior Citizens and Pensioners of Nova Scotia
17. Congress of Union Retirees of Canada (CURC)
18. Metro Vancouver Cross Cultural Seniors Network
19. National Pensioners Federation
20. BC Federation of Retired Union Members (BC FORUM)
21. Retired Teachers Organization of the Nova Scotia Teachers Union
22. The Korean Canadian Women's Association Family and Social Services (ON)
23. The Retired Teachers of Ontario/ Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario (RTO/ERO)
24. Disability Alliance BC
25. Quebec Provincial Association of Retired School Educators
26. Canadian Hospice Palliative Care Association
27. The Retired Teachers' Association of Manitoba
28. New Brunswick Society of Retired Teachers
29. British Columbia Old Age Pensioners Organization
30. Langley Retired Teachers' Association

#### **Personnes:**

1. Dr. Andrew V. Wister, PhD. Director, Gerontology Research Department, Simon Fraser University
2. Maurice Brewster, Director, Avalon Chapter of CARP, Newfoundland
3. Marvin Krawec, President of the Retired Teachers' Association of Manitoba
4. Don Davies, MP Vancouver Kingsway, NDP Critic for Health
5. Arthur Kube, C.M. Member of the Order of Canada