

Cadre d'action visant à orienter la stratégie nationale pour les aînés du Canada

Août 2015

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	5
Introduction	7
Mobilisation des intervenants	7
L'enjeu	7
Principes pour une stratégie nationale pour la santé des aînés du Canada	10
Principes	11
Améliorer l'expérience des soins de santé.....	11
Améliorer la santé des populations	11
Optimiser les ressources	12
Défis des soins de santé aux aînés canadiens : thèmes transversaux	12
Secteurs dans le continuum de soins	14
1) Mieux-être et prévention.....	15
2) Soins primaires.....	17
3) Soins à domicile et services de soutien communautaire	19
4) Soins actifs et spécialisés.....	21
5) Soins de longue durée.....	23
6) Soins palliatifs	26
Leviers fédéraux en appui à une stratégie nationale pour les aînés	28
Références	32
Annexe A	35
Annexe B	36

SOMMAIRE

Le Canada est actuellement au cœur d'une grande période de changements démographiques. En 2011, les premiers enfants du baby-boom ont eu 65 ans, et le nombre d'aînés canadiens a franchi le cap des 5 millions¹. Ce groupe démographique connaît la plus forte croissance au pays : il pourrait représenter 25 % de la population canadienne d'ici 2036². On s'attend à ce que, d'ici 2021, les aînés deviennent pour la première fois plus nombreux que les enfants de moins de 14 ans³. D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les aînés, bien qu'ils représentent moins de 15 % de la population du Canada, consomment plus de 45 % des fonds publics alloués à la santé. Si les approches et les tendances actuelles se maintiennent, la proportion des dépenses de santé en matière de soins aux aînés augmentera de plus de 15 points de pourcentage et représentera près de 62 % des budgets alloués à la santé d'ici 2036.

Au Canada, le vieillissement de la population est l'un des impératifs politiques les plus urgents de notre époque : en effet, la capacité du pays à gérer les répercussions du vieillissement de sa population sur le système de soins de santé, les services sociaux et l'économie fait l'objet de préoccupations grandissantes. Si rien ne change, le système sera insuffisant pour répondre aux besoins des aînés, et deviendra lui-même non viable. Le Canada doit agir pour remédier à cette situation. C'est pourquoi l'Association médicale canadienne (AMC) exhorte les gouvernements à prioriser l'élaboration d'une stratégie nationale pour les aînés.

Les gouvernements ne pourront toutefois y arriver seuls. Une stratégie efficace pour les aînés doit être issue de la collaboration d'une coalition d'intervenants diversifiés. Le travail en vase clos, aussi professionnel et bien intentionné soit-il, ne suffira pas à mettre en place le système de santé et de services sociaux intégré dont le Canada et ses aînés ont désespérément besoin. En 2014, dans le but de lancer les efforts de coopération nécessaires, l'AMC a invité 35 organismes représentant le monde médical, les patients et la collectivité à participer à la conception d'un cadre d'action afin d'orienter la stratégie nationale des gouvernements pour les aînés.

Pour élaborer cette stratégie, nous avons adapté les principes de l'AMC et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada devant guider la transformation des soins de santé au Canada⁴. Ces principes prévoient un système de soins de santé de grande qualité centré sur les patients et leur famille, qui mise sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et allie équité, pérennité et responsabilité.

Dans cet ordre d'idée, les intervenants ont été répartis en six groupes de travail, tous associés à une composante du continuum de soins : la prévention et le mieux-être, les soins primaires, les soins à domicile et les services de soutien communautaire, les soins actifs et spécialisés, les soins de longue durée et les soins palliatifs. Chaque groupe a dressé la liste des principaux enjeux, défis et éléments favorables en matière de soins et de santé des aînés dans son secteur et a recensé les pratiques prometteuses au Canada et dans le monde. Voici un résumé des éléments essentiels à une stratégie nationale pour les aînés ciblés par les groupes de travail :

Mieux-être et prévention

Tout effort visant à améliorer le mieux-être et la prévention doit aller au-delà du système de soins de santé et tenir compte des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des facteurs qui façonnent la santé et le mieux-être individuels. Une stratégie nationale pour les aînés doit prendre en considération la sécurité du revenu, l'accès à des logements sécuritaires, l'accès à des aliments sains et les liens sociaux.

Soins primaires

Pour éviter l'hospitalisation des aînés, il est essentiel de mettre en place un système de soins primaires efficace⁵. Les fournisseurs de soins primaires seraient mieux outillés pour prendre en charge les besoins complexes des aînés si les soins primaires et spécialisés étaient mieux intégrés et si un plus grand nombre de programmes de formation en soins gériatriques et palliatifs étaient offerts. L'établissement de liens plus étroits entre les fournisseurs et les services communautaires requis par leurs patients serait également bénéfique.

Soins à domicile et services de soutien communautaire

Le maintien à domicile des aînés est une solution économique qui constitue le premier choix de la plupart des patients; toutefois, les politiques sociales et le financement sont insuffisants. Les soins et le financement qui leur est accordé varient grandement à l'échelle du Canada. La stratégie nationale pour les aînés devrait reposer sur des normes nationales. De plus, étant donné que la plupart des soins aux patients sont fournis par des proches ou des amis non rémunérés, la stratégie doit les appuyer davantage en leur offrant allègements fiscaux, congés et répit.

Soins actifs et spécialisés

Les séjours dans des établissements de soins actifs sont souvent précédés de longues périodes d'attente pour consulter un spécialiste ou obtenir un traitement. En raison d'un manque de coordination entre les milieux de soins actifs et communautaires, les aînés doivent souvent demeurer dans les hôpitaux avant de réussir à obtenir un lit de soins de longue durée ou de recevoir des soins à domicile. Ces mauvaises transitions entre les différents niveaux de soins mettent les patients à risque. La stratégie devra veiller à ce que les soins soient mieux coordonnés.

Soins de longue durée

La plupart des résidents des établissements de soins de longue durée ont plus de 85 ans et sont vulnérables. Bon nombre d'entre eux sont atteints d'importants problèmes de santé ou cognitifs. Les Canadiens vivent de plus en plus longtemps, et la demande pour des soins de longue durée augmente. Or, les établissements pour aînés n'ont pas été conçus pour accueillir les patients aux besoins importants d'aujourd'hui, et le type de soins dont ils ont besoin est dispendieux. La stratégie devrait inclure des normes nationales en matière de soins ainsi qu'un plan pour financer ces dernières.

Soins palliatifs

La demande pour des soins de fin de vie centrés sur la qualité de vie et la fin de vie plutôt que sur les traitements est en hausse. L'accès à ce type de soins est toutefois restreint, et leur coordination est déficiente. La mise en place de normes nationales encadrant une approche fondée sur le travail d'équipe et un plus grand nombre de formations pour les fournisseurs de soins de santé permettrait d'en favoriser l'accès. Les patients, les familles et les fournisseurs de soins ont besoin d'aide pour discuter ouvertement des décisions de fin de vie.

PROCHAINES ÉTAPES

L'Association médicale canadienne et les 35 groupes d'intervenants ayant collaboré à l'élaboration du présent cadre d'action sont d'avis que le Canada doit agir sans plus attendre pour mettre en œuvre une stratégie permettant aux aînés d'accéder aux soins de santé et aux services communautaires efficaces et intégrés dont ils ont besoin pour maximiser leur qualité de vie. Le cadre d'action résume les éléments de la stratégie que nous jugeons essentiels. Un autre ingrédient crucial sera toutefois requis : une vaste coalition, motivée et déterminée à voir cette vision se concrétiser. Nous répondrons à l'appel.

INTRODUCTION

Le Canada est actuellement au cœur d'une grande période de changements démographiques. En 2011, les premiers enfants du baby-boom ont eu 65 ans et le nombre d'aînés canadiens a franchi le cap des 5 millions¹. Ce groupe démographique connaît la plus forte croissance au pays : il pourrait représenter 25 % de la population canadienne d'ici 2036². On s'attend à ce que, d'ici 2021, les aînés deviennent pour la première fois plus nombreux que les enfants de moins de 14 ans³.

Au Canada, le vieillissement de la population est l'un des impératifs politiques les plus urgents de notre époque : en effet, la capacité du pays à gérer les répercussions du vieillissement de sa population sur le système de soins de santé, les services sociaux et l'économie fait l'objet de préoccupations grandissantes.

Consciente des contraintes qui découleront de ces changements démographiques, l'Association médicale canadienne (AMC) exhorte les gouvernements à prioriser l'élaboration d'une stratégie nationale pour les aînés. À cette fin, l'AMC a invité des intervenants de différents milieux⁴ à élaborer un cadre d'action afin d'aider les gouvernements à mettre en place cette stratégie. Le présent rapport résume ce cadre d'action.

MOBILISATION DES INTERVENANTS

L'AMC a amorcé ses consultations auprès d'intervenants en 2014, invitant 35 organismes représentant le monde médical, les patients et la collectivité à prendre part à six groupes de travail, tous associés à une composante du continuum des soins.

Voici les différents groupes de travail :

- Groupe de travail sur le mieux-être et la prévention
- Groupe de travail sur les soins primaires
- Groupe de travail sur les soins hospitaliers (soins actifs et spécialisés)
- Groupe de travail sur les soins à domicile et les services de soutien communautaire
- Groupe de travail sur les soins de longue durée
- Groupe de travail sur les soins palliatifs

Les objectifs principaux des groupes de travail étaient les suivants : examiner et valider les principes d'une stratégie nationale pour les aînés; se pencher sur chaque composante du continuum des soins du point de vue des soins aux aînés; mettre en évidence les principaux enjeux, défis et éléments favorables associés à chaque composante et au continuum dans son ensemble; et recenser les pratiques exemplaires et prometteuses dans le domaine des soins aux aînés, au Canada comme à l'étranger.

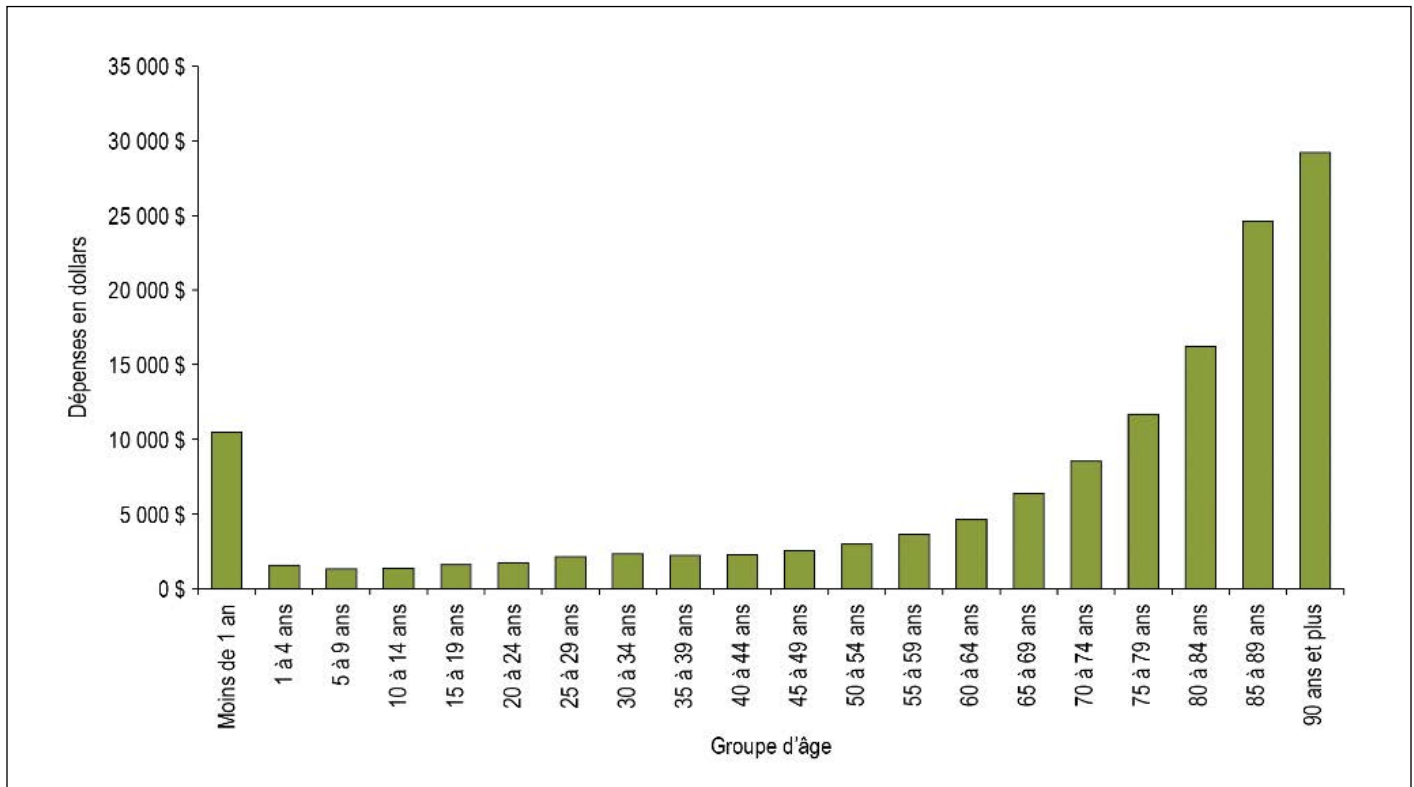
L'ENJEU

La structure de la population canadienne est en pleine évolution. Étant donné l'augmentation globale du nombre d'aînés, qui représenteront 9,8 millions de personnes et 25 % de la population en 2036, le nombre et la proportion d'aînés plus âgés, soit de 75 ans et plus, augmenteront *également* de façon considérable. Selon les projections de moyenne croissance de la population de Statistique Canada, le groupe d'âge des 80 ans et plus devrait devenir 2,6 fois plus grand d'ici 2036 et atteindre 3,3 millions de personnes⁵. Selon un rapport du ministère des Finances du Canada sur les répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population, ce phénomène viendra exercer une pression à la hausse sur les finances publiques⁶.

D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les aînés, bien qu'ils représentent moins de 15 % de la population du Canada, consomment environ 45 % des fonds publics alloués à la santé⁷. L'ampleur de ces chiffres est considérable : les dépenses de santé consacrées aux personnes de 65 à 69 ans s'élèvent à 6 368 \$ par personne et augmentent avec les différents groupes d'âge : elles passent à 16 231 \$ pour les personnes de 80 à 84 ans et à plus de 24 590 \$ pour celles de 85 ans et plus⁸. D'après la figure 1 ci-dessous, les dépenses moyennes de santé par habitant ont tendance à

augmenter avec l'âge. En se fondant sur les tendances et les approches actuelles, l'AMC prévoit que la proportion des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de soins aux aînés augmentera de 15 % et représentera près de 62 % des budgets alloués à la santé d'ici 2036.

Figure 1 : Dépenses de santé par habitant des gouvernements provinciaux et territoriaux, 2012⁹



Source : Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

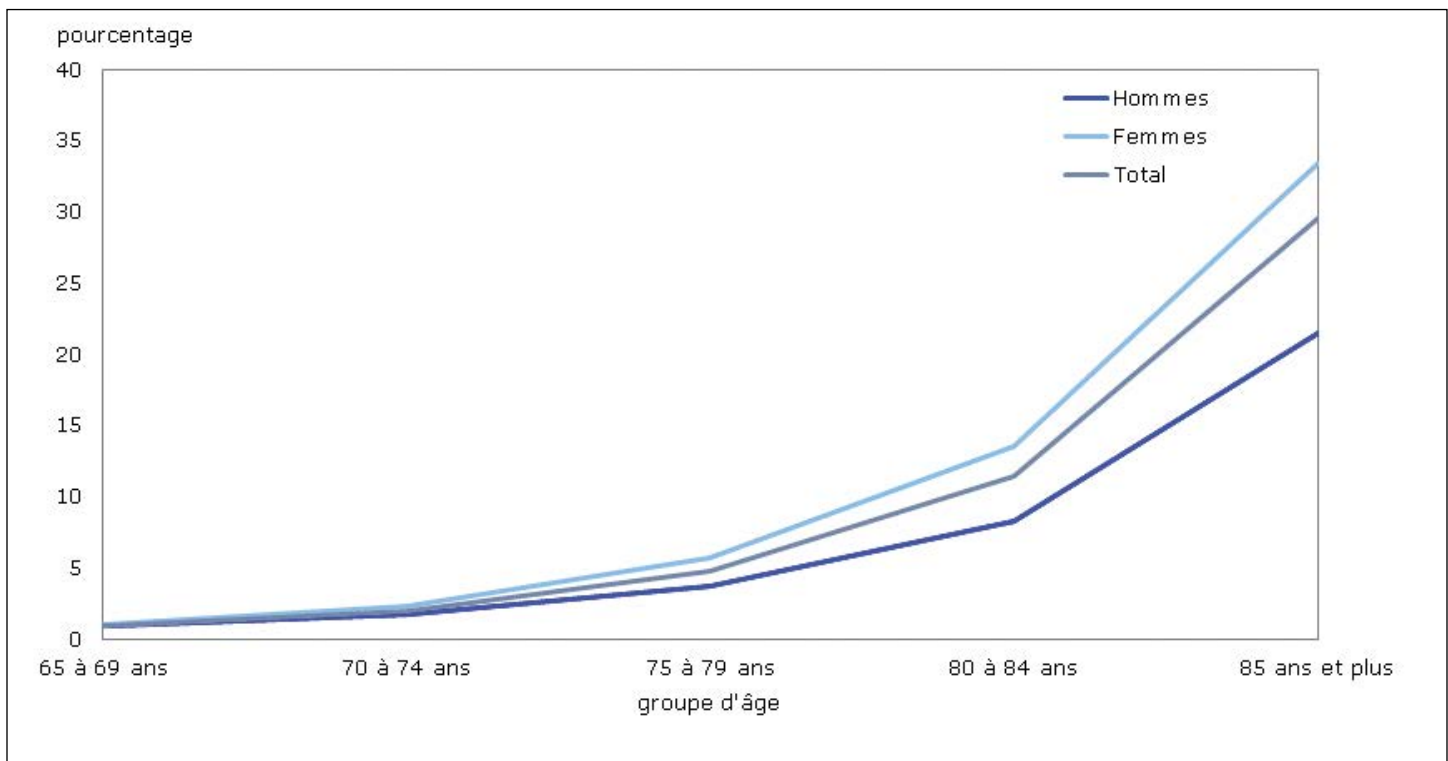
Comme l'ont souligné les membres des groupes de travail, les besoins des gens en matière de services sociaux et de santé ne sont pas nécessairement plus grands lorsqu'ils sont âgés; si le vieillissement de la population occasionne une pression à la hausse sur les services de soins de santé et les services sociaux, c'est parce que les aînés sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques complexes. Voici quelques chiffres évocateurs :

- Les personnes âgées de 85 ans ou plus ne souffrant d'aucune maladie chronique utilisent près de deux fois moins de services de santé que les personnes de 65 à 74 ans atteints d'au moins trois maladies chroniques (p. ex., diabète, hypertension artérielle et cardiopathie).
- Bien qu'elles représentent seulement 24 % des aînés, les personnes souffrant d'au moins trois maladies chroniques ont reçu 40 % de tous les soins offerts à cette population¹⁰.

Le nombre d'aînés hébergés dans des établissements de soins de longue durée est en baisse. Toutefois on prévoit tout de même que la demande pour des soins en établissement augmentera considérablement à court terme, puisque le nombre d'aînés vivant dans des établissements de soins spécialisés augmente avec l'âge et que le nombre d'aînés plus âgés augmentera avec l'accélération du vieillissement de la population. Comme le montre la figure 2, environ 1 % des personnes de 65 à 69 ans vivent dans des établissements de soins spécialisés, comparativement à 29,6 % des personnes âgées de 85 ans et plus¹¹.

Parmi les motifs expliquant le placement d'une personne en établissement, notons l'augmentation de la fragilité et les besoins en matière de soins auxquels la famille et les amis ne peuvent plus répondre. Dans bien des cas, ces derniers continuent de fournir des soins aux patients après leur placement en établissement¹².

Figure 2 : Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vivant dans un établissement de soins spécialisés¹³



Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2011.

Non seulement le nombre d'aînés augmente, mais les besoins en santé de ces derniers sont aussi en évolution, en particulier en ce qui a trait aux soins en établissement. Les patients des établissements de soins de longue durée sont désormais plus âgés, et les maladies dont ils souffrent, plus complexes que jamais. L'ICIS a comparé les patients recevant des soins à domicile et les aînés vivant en établissement, et a conclu que ces derniers étaient plus susceptibles de nécessiter beaucoup d'aide pour effectuer des activités de la vie quotidienne, comme se laver et aller à la toilette (74 % comparativement à 18 %). Ils étaient aussi plus susceptibles de souffrir d'un déficit cognitif modéré ou grave (60 % en étaient atteints, comparativement à 14 % chez les patients recevant des soins à domicile). Le nombre d'aînés en résidence souffrant de démence devrait augmenter au cours des prochaines années. En 2011, 747 000 Canadiens étaient atteints de déficits cognitifs tels que la démence, ce qui représente 14,9 % des Canadiens de 65 ans et plus. On prévoit que 1,4 million de personnes souffriront de démence d'ici 2031¹⁴.

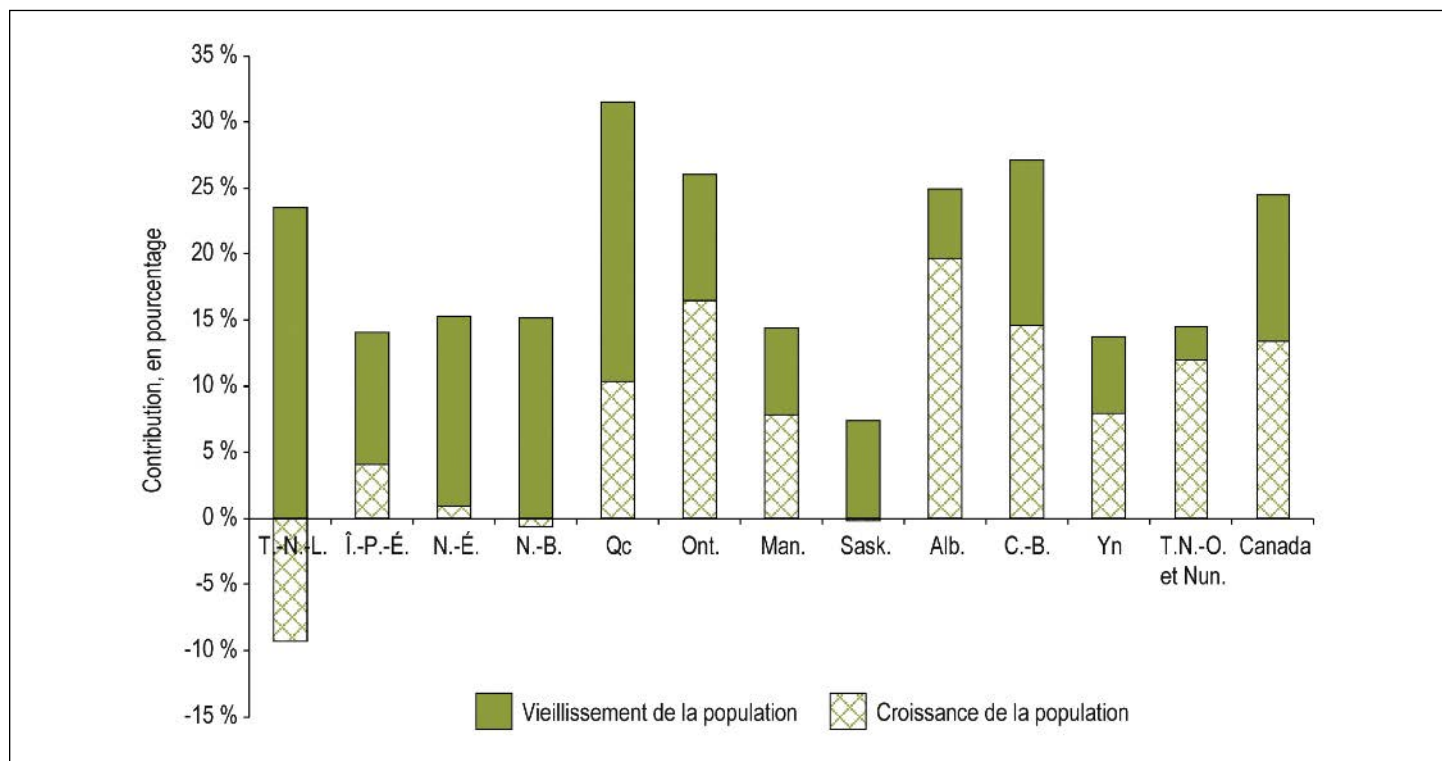
Des données montrant que les aînés et leurs familles ont de plus en plus de difficulté à accéder à toute la gamme de soins de santé et de services sociaux ne cessent de s'accumuler. À la demande de l'AMC, le Conference Board du Canada a récemment rédigé un rapport saisissant qui met en lumière l'état actuel des soins offerts aux aînés à l'échelle du Canada. Selon ce rapport, en 2012, 461 000 Canadiens n'auraient pas reçu les soins à domicile qu'ils jugeaient nécessaires; le temps d'attente pour accéder à un établissement de soins de longue durée au Canada variait entre 27 et plus de 230 jours; et à peine 16 % des Canadiens nécessitant des soins palliatifs en avaient reçu¹⁵.

Plusieurs facteurs menaçant la durabilité financière du système de santé canadien pourraient toucher les aînés, notamment le nombre accru de patients souffrant de maladies chroniques, la hausse de la demande pour des pharmacothérapies onéreuses et les efforts des gouvernements pour réduire les dépenses en réduisant les budgets accordés à la santé. Étant donné que près de la moitié des dépenses de santé au Canada sont consacrées aux personnes âgées de 65 ans et plus, celles-ci pourraient grandement souffrir des compressions budgétaires.

Les changements démographiques n'auront pas la même incidence partout au pays. En effet, selon un récent rapport de l'ICIS sur les facteurs d'accroissement des dépenses en santé, « on remarque au Canada un gradient d'est en ouest :

les répercussions du vieillissement sont plus importantes dans la région de l'Atlantique et au Québec qu'en Ontario et dans les provinces de l'Ouest »¹⁶. La figure 3 ci-dessous illustre ce gradient, qui reflète un vieillissement de la population plus rapide dans l'est du Canada qu'ailleurs au pays. Le rapport précise que le vieillissement de la population n'a été responsable que d'une part modeste de l'accroissement des dépenses entre 1998 et 2008 (0,8 % par rapport à une augmentation des coûts de 7,4 %). On mentionne toutefois dans le rapport que ce changement reflétait uniquement le vieillissement à ce jour de la population née avant le baby-boom¹⁷.

Figure 3 : Contribution (en %) de la croissance démographique et du vieillissement à l'augmentation des dépenses de santé selon la province et le territoire, de 1998 à 2008¹⁸



Source : Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Selon le rapport de l'ICIS intitulé *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, les aînés plus âgés sont à l'origine de dépenses de santé plus élevées pour deux raisons principales : le coût des soins de santé est généralement plus élevé dans les derniers mois de vie, et la minorité souffrant de maladies chroniques nécessite généralement des soins médicaux plus soutenus avec l'âge.

Pour mieux comprendre les répercussions du vieillissement de la population sur les budgets alloués à la santé, il suffit d'appliquer les projections démographiques pour 2014 et 2036 en fonction de l'âge et du sexe aux dépenses actuelles de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux : si la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus représente, comme prévu, 23,9 % de la population en 2036, la part des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux attribuables à ce groupe augmentera de 15,4 points de pourcentage, pour atteindre 61,9 % des dépenses totales.

PRINCIPES POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE POUR LA SANTÉ DES AÎNÉS DU CANADA

En 2011, l'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont élaboré une liste de principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada¹⁹. Ces principes sont basés sur le cadre à trois objectifs de l'Institute for Healthcare Improvement : « de meilleurs soins aux personnes, une meilleure santé pour les populations et des coûts par habitant moins élevés²⁰ ». Depuis, 138 organismes ont adopté ces principes, qui ont été mis à jour lors des consultations auprès d'intervenants clés dans le cadre de l'élaboration du présent cadre d'action. Ces principes doivent être respectés dans le cadre de la stratégie nationale afin que les besoins sociaux et de santé des aînés au Canada soient comblés de façon adéquate.

PRINCIPES

Améliorer l'expérience des soins de santé

SOINS CENTRÉS SUR LES PATIENTS ET LES FAMILLES

Le patient et sa famille doivent être le point de convergence des soins de santé. Une stratégie nationale centrée sur les aînés canadiens et leurs familles doit être fondée sur les éléments suivants :

- Choix centrés sur le patient;
- Prise de décisions éclairées;
- Autonomie;
- Participation active dans les soins;
- *Connaissances médicales;*
- *Dignité;*
- Qualité de vie.

SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ

Les aînés canadiens méritent de recevoir en temps opportun des services de santé de qualité appropriés à leurs besoins qui respectent leurs choix individuels, qui sont fournis de façon sécuritaire et efficace et qui sont basés sur les meilleures données probantes, connaissances et expériences disponibles. Des services de qualité sont synonymes :

- *d'accès rapide;*
- *de soins adéquats (déterminés par le patient et sa famille en consultation avec les fournisseurs de soins de santé);*
- *de pratiques de prescription optimales;*
- *d'amélioration continue de la qualité;*
- de transition sans heurt entre les soins de santé et les services communautaires et sociaux.

Améliorer la santé des populations

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES ET DES BLESSURES

Le système de santé doit aider les aînés canadiens en prévenant et en prenant en charge les maladies épisodiques et chroniques (physiques comme mentales) tout en reconnaissant que l'amélioration de leur santé va au-delà des efforts du système de soins de santé. Le système doit miser sur :

- *la promotion du vieillissement en santé;*
- *l'épanouissement des aînés;*
- *des environnements adaptés aux aînés, y compris les milieux des soins de santé;*
- *des efforts pour favoriser la participation et vaincre l'isolement social;*
- *la prévention de l'abus et de la négligence;*
- la réduction et la gestion des risques.

ÉQUITÉ

Les acteurs du système de santé ont un devoir envers les Canadiens de tous âges : ils doivent fournir et défendre un accès équitable à des soins de santé de qualité et préconiser des politiques multisectorielles tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Les éléments suivants doivent être garantis aux Canadiens :

- accès aux soins comparable dans toutes les régions, sans égard aux barrières linguistiques et aux différences culturelles et ethniques;
- accès aux services (avec ou sans assurance);

- admissibilité transférable aux services, visant entre autres à réunir les familles au-delà des frontières territoriales, provinciales, régionales ou municipales;
- revenu adéquat;
- alimentation adéquate;
- logement, emploi et transport.

Optimiser les ressources

DURABILITÉ

Des soins de santé durables passent par un accès universel à des services de santé de qualité dotés de ressources adéquates et fournis en continuité, de façon opportune et rentable.

Pour aider les aînés et garantir la durabilité du système pour tous les Canadiens, les aspects suivants doivent être garantis :

- infrastructures et ressources humaines et financières adéquates;
- intégration de la prestation de soins en équipe sur tout le continuum;
- soutien aux proches aidants;
- financement de la recherche.

RESPONSABILITÉ

Tous les interlocuteurs — le public, les patients et les familles, ainsi que les fournisseurs et les payeurs — doivent veiller à l'efficacité et à l'obligation redditionnelle du système, ce qui comprend les aspects suivants :

- une bonne gouvernance;
- des normes nationales;
- de la transparence, fondée entre autres sur des mesures et des rapports publics solides;
- une amélioration continue de la qualité;
- des mécanismes pour prendre connaissance des plaintes des patients et y donner suite;
- l'inclusion des patients et des familles dans la planification des soins;
- une démonstration de la valeur aux patients.

DÉFIS DES SOINS DE SANTÉ AUX AÎNÉS CANADIENS : THÈMES TRANSVERSAUX

À partir des commentaires de divers intervenants, l'AMC a ciblé plusieurs thèmes qui recourent les six secteurs des soins, soit les soins primaires, les soins actifs et spécialisés, les soins à domicile et les services de soutien communautaire, le mieux-être et la prévention, les soins de longue durée et les soins palliatifs. Pour être efficace, toute stratégie sur les soins de santé doit aborder les thèmes suivants.

1. **Qualité de vie.** Toute stratégie nationale sur la santé des aînés devrait être centrée sur leur qualité de vie et prioriser leur mieux-être, la prévention des maladies et le renforcement de leur capacité de résilience. Le but, c'est que les aînés canadiens vivent bien. La plupart d'entre eux sont en santé et ont une vie enrichissante, et une éventuelle stratégie doit faire en sorte qu'il en demeure ainsi.

Pour maintenir une bonne qualité de vie, les aînés doivent pouvoir choisir parmi différents modes de vie et accéder à des services pour vivre de façon le plus autonome possible. La sécurité financière, l'accès aux transports et des activités sociales et récréatives adaptées sont des facteurs essentiels permettant aux aînés de profiter au maximum de la vie.

2. **Déterminants sociaux de la santé.** Les déterminants sociaux de la santé font référence aux milieux dans lequel les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent. Le logement, le revenu et le soutien social d'une personne comptent parmi les facteurs responsables d'environ 50 % de la santé des personnes et des popula-

tions. Toute stratégie en lien avec la santé des aînés doit s'assurer que leurs conditions sociales et économiques leur permettent de vivre une vie saine et remplie. Pour ce faire, les aînés ont besoin d'un revenu garanti, d'un logement sécuritaire et d'un degré élevé d'interactions sociales.

3. **Aidants.** Le Canada s'appuie en grande partie sur des aidants non rémunérés pour s'occuper des aînés. Le Conference Board du Canada estime qu'en 2007, ils auraient passé 10 fois plus de temps à prodiguer des soins à domicile que les aidants rémunérés : près de 3,1 millions d'entre eux auraient donc fourni 1,5 milliard d'heures de soins. Malheureusement, les politiques sociales n'appuient pas suffisamment les aidants non rémunérés. En effet, ceux-ci ont une flexibilité d'horaire limitée, et les crédits d'impôt ne suffisent pas à couvrir leurs dépenses; les aidants souffrent même parfois d'épuisement en raison d'un manque de ressources et de soutien. Pour que la stratégie nationale pour les aînés soit efficace, elle devra tenir compte des besoins de ces membres précieux de l'équipe de soins.
4. **Villes-amies des aînés.** La conception et l'aménagement d'environnements adaptés pour les aînés et faciles à parcourir permettraient à ces derniers de demeurer actifs et d'accéder plus facilement à des services et à des soins. Plus particulièrement, les milieux de soins de santé devraient être conçus de façon à répondre aux besoins des aînés.

Le Canada étant un pays multiculturel qui accueille des aînés d'origines ethniques et culturelles très diversifiées, les collectivités et les milieux de soins de santé devraient être respectueux de leur culture. Les origines, la culture et la langue d'une personne peuvent l'empêcher de recevoir des soins adéquats.

5. **Accessibilité.** Pour obtenir les meilleurs résultats possible, il est essentiel que les aînés puissent accéder à des fournisseurs et à des milieux de soins de santé adéquats lorsqu'ils en ont besoin. Les intervenants s'entendent pour dire que le Canada doit adopter un modèle de soins fondé sur les besoins et adapté en fonction de l'âge donnant accès à l'ensemble du continuum, des soins de santé aux soutiens communautaires en passant par les facteurs sociaux et économiques favorables. Il faudrait également garantir aux régions rurales ou éloignées de faible population un accès aux services si elles sont confrontées à des problèmes de transport ou à tout autre obstacle physique.

On devra également se pencher sur les services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance gouvernementale, par exemple la physiothérapie, les médicaments obtenus hors de l'hôpital ou l'équipement médical. Des difficultés d'ordre financier freinent parfois l'accès des patients à des soins et à des services non financés par l'État.

6. **Modèles de soins intégrés en équipe.** La prestation de soins intégrés en équipe est essentielle pour améliorer la communication entre les fournisseurs de soins, les patients et leurs familles, et pour veiller à ce que les patients reçoivent des évaluations, des examens diagnostiques et des soins appropriés. Les modèles de soins intégrés permettent de renforcer la responsabilisation et d'encourager la collaboration. Ils doivent être complets et intégrer les soins primaires, les soins à domicile, les services de soutien communautaire et les soins de spécialistes, à la fois dans la collectivité et dans les milieux de soins actifs.

Les équipes intégrées sont efficaces pour prendre en charge les maladies chroniques et effectuer des dépistages et des interventions précoces dans le cas de maladies graves. Elles peuvent aussi favoriser la planification des soins pour tenir compte des besoins et des désirs personnels des patients et veiller à ce qu'ils soient comblés. Un système intégré permettrait aux fournisseurs d'offrir les soins appropriés au bon moment et au bon endroit et de s'assurer que les patients reçoivent des soins dans l'établissement le plus approprié selon leur état de santé.

7. **Sécurité financière.** Il importe de se pencher sur l'allocation de ressources financières. Les dépenses inadéquates peuvent causer des retards et une diminution des services et ainsi nuire aux soins offerts aux aînés. Par exemple, plusieurs collectivités disposent d'un accès restreint à des soins de longue durée et à des soins à domicile financés par l'État, ce qui oblige bien des aînés à demeurer dans un hôpital en attendant d'obtenir les soins appropriés. Or, des dépenses accrues, mais efficaces — par exemple pour accroître les capacités et l'infrastructure à l'échelle du système afin d'offrir davantage d'options de soins aux communautés ainsi qu'un meilleur accès aux fournisseurs de soins de santé — permettraient aux gens de ne pas s'éterniser dans des lits d'hôpitaux coûteux et de générer des économies à long terme.

Parmi les autres dépenses qui se traduiraient par des économies, notons la mise en place de meilleurs outils de communication, d'évaluation et de documentation, comme les dossiers médicaux électroniques, permettant d'améliorer les résultats pour les patients ainsi que d'offrir des soins ininterrompus et intégrés entre les équipes de soins et les services de soutien communautaire.

Des soins aux aînés appropriés doivent être offerts à différents niveaux dans l'ensemble du système afin de veiller à ce qu'aucun obstacle ne vienne freiner leur accès à des soins (p. ex., veiller à ce qu'un patient soit transporté à ses rendez-vous ou qu'il puisse suivre des traitements à l'extérieur de sa région).

- 8. Ressources humaines en santé.** Des fournisseurs de soins de santé qualifiés doivent être intégrés en nombre suffisant sur l'ensemble du continuum pour combler les besoins des aînés canadiens. Des ressources humaines et un financement insuffisants entraînent de l'imprévisibilité, le rationnement et le manque de services.

La formation est une étape essentielle à l'obtention de ressources humaines en nombre suffisant pour l'ensemble des aînés. Les fournisseurs de soins de santé ont tous besoin d'être formés en soins gériatriques et palliatifs pour pouvoir bien cerner les besoins des aînés et y répondre comme il se doit. Une meilleure formation sur la planification préalable des soins serait également nécessaire. Enfin, il faudrait revitaliser la formation en leadership interdisciplinaire dans tous les secteurs de façon à répondre à la demande croissante en matière de soins en équipe.

- 9. Amélioration de la qualité et responsabilisation.** Les programmes efficaces recueillent des données, mesurent leurs résultats afin de s'assurer d'atteindre en tout temps leurs objectifs d'amélioration de la qualité et assument la responsabilité de leur travail. Une stratégie nationale pour les aînés devra mobiliser les patients, leurs familles et les aidants afin de veiller à ce que le système réponde à leurs attentes. Elle devra également promouvoir l'amélioration continue de la qualité et utiliser des modèles prévisionnels pour définir les besoins futurs, de même que favoriser l'amélioration des services dans tous les secteurs du système.

- 10. Santé mentale des aînés et démence.** Le système doit déterminer si les fournisseurs de soins de santé disposent des ressources nécessaires pour évaluer, diagnostiquer et prendre en charge les besoins des aînés en matière de santé mentale, notamment en ce qui a trait aux démences. Les soins et les services psychogériatriques sont souvent inadéquats : nombreux sont les patients âgés dans les hôpitaux de soins actifs attendant d'être transférés dans un établissement ou d'obtenir des soins à domicile qui souffrent de démence²¹. Il faudrait donc envisager l'adoption de modèles novateurs visant à répondre aux besoins émergents en santé mentale et à offrir des soins adaptés à l'âge. Si cette question n'est pas étudiée pour l'ensemble du continuum des soins, l'état de santé de certains aînés pourrait se dégrader considérablement. Chaque nouveau service de santé mentale devrait être intégré aux systèmes existants.

SECTEURS DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Six secteurs du continuum de soins doivent être intégrés au cadre d'action afin de créer une base solide pour une stratégie complète : le mieux-être et la prévention, les soins primaires, les soins à domicile et les services de soutien communautaire, les soins actifs et spécialisés, les soins de longue durée et les soins palliatifs.

Comme mentionné précédemment, 35 organismes représentant le monde médical, les patients et la collectivité ont participé à six groupes de travail, tous associés à une composante du continuum des soins. En plus d'évaluer et de valider les principes relatifs à la stratégie nationale pour les aînés et de mettre en évidence des thèmes transversaux, les groupes de travail ont :

- défini leur secteur du continuum de soins centré sur les aînés;
- dressé la liste des principaux enjeux, défis et éléments favorables de leur secteur;
- recensé les pratiques exemplaires et prometteuses dans le domaine des soins aux aînés, au Canada et dans le monde.

Les sections suivantes présentent les réflexions des groupes de travail et résument les résultats des trois tâches susmentionnées pour chaque secteur. Les membres des groupes de travail ont recensé les pratiques prometteuses dans leur secteur, mais il faut préciser que celles-ci ne sont pas mentionnées dans le présent document dans le but de valider leur

efficacité ou leur adaptabilité, mais plutôt dans celui de témoigner des actions prises pour aborder les différents défis auxquels sont confrontés les aînés au Canada.

Dans la prochaine partie du rapport sont présentés les enjeux, les défis et les pratiques prometteuses propres à chacun des six secteurs de soins, dans une simple optique d'organisation. Dans un système de santé efficace qui sert bien les aînés, ces services seront intégrés dans l'ensemble des soins de santé et communautaires. Il importe de souligner que bon nombre des pratiques prometteuses énumérées ici font intervenir des fournisseurs et des services de divers secteurs qui travaillent de concert à l'intégration des soins.

1) Mieux-être et prévention

CONTEXTE

Le mieux-être et la prévention sont essentiels aux efforts de maintien et d'amélioration de la qualité de vie ainsi que de la prévention des maladies, de l'invalidité et des décès prématurés. Les aînés continuent de contribuer à la société, et il est nécessaire d'en tenir compte et de les inclure dans les décisions touchant leur vie et leur santé.

Les activités en lien avec le mieux-être et la prévention sont au cœur du continuum de soins. Les services de promotion et de protection de la santé sont offerts par l'intermédiaire des services de santé publique; ils doivent toutefois être intégrés à tous les secteurs du continuum afin de réduire la pression exercée sur le système de soins de santé et d'assurer le mieux-être des aînés.

Les efforts visant à améliorer le mieux-être et à prévenir les maladies, l'invalidité et les décès prématurés doivent aller au-delà du domaine de la santé pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Parfois appelés les « causes des causes », ces facteurs englobent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et travaillent; il peut notamment s'agir du revenu, de la sécurité et de la stabilité du logement, des liens sociaux, du niveau d'instruction et d'un travail enrichissant. En plus d'influer grandement sur l'état de santé, ils seraient responsables d'environ 50 % du fardeau des maladies. Si l'on souhaite que les aînés demeurent autonomes et en santé aussi longtemps que possible, on doit absolument tenir compte de la dimension sociale et économique de leurs conditions de vie. Les déterminants sociaux influent aussi, de façon cruciale, sur la résilience dont font preuve les aînés face à la maladie et à l'invalidité.

Les déterminants sociaux de la santé ont une grande influence sur la capacité d'une personne à adopter des habitudes de vie saine, qu'il s'agisse de bien manger, d'être actif physiquement ou de limiter les comportements sédentaires. Les aînés ont besoin d'aliments nourrissants et d'occasions de faire de l'activité physique. Les programmes prônant un mode de vie sain constituent une bonne solution pour réduire le fardeau des maladies chroniques : il s'agit d'un aspect très important pour les aînés, étant donné que la plupart d'entre eux sont atteints d'au moins une maladie chronique²².

Les relations sociales favorisent elles aussi le vieillissement en santé. Le soutien social favorise en effet la longévité en aidant à repousser l'apparition de la démence et à ralentir le déclin des capacités cognitives ainsi que la progression des déficiences physiques. Puisque les aînés doivent disposer d'espaces publics et privés propices aux interactions sociales, l'environnement bâti représente un autre aspect important du mieux-être et de la prévention. Dans le cadre de son initiative sur les villes-amies des aînés, l'Organisation mondiale de la Santé recommande aux responsables des politiques et aux urbanistes de tenir compte des besoins de la population vieillissante au moment d'aménager de nouveaux quartiers²³. L'adaptation des espaces publics et privés ainsi que des transports pour les rendre facilement accessibles aux personnes âgées favorise l'inclusion sociale et l'autonomie. Les environnements sans obstacles (p. ex., aménagement de rampes d'accès, rénovation de logements pour en favoriser l'accessibilité, installation de poignées de porte conçues pour les personnes arthritiques, déneigement et déglacage) jouent également un rôle important dans la prévention des blessures.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

Les principaux enjeux et défis associés au mieux-être et à la prévention sont les suivants :

1. Manque de participation des aînés dans la collectivité. La mise à contribution des aînés dans la prise de décisions

les concernant, autant individuellement que collectivement, est de première importance. Il peut notamment s'agir d'inclure les aînés en leur permettant de formuler leurs préoccupations et en collaborant avec eux pour proposer des solutions qui leur conviennent.

- 2. Besoin d'une collaboration multisectorielle.** Une stratégie pour les aînés nécessite l'établissement de solides partenariats, tant au sein d'un même secteur qu'entre les différents secteurs (soins de santé, logement, parcs et loisirs, transport, services sociaux, organisations religieuses et autres). La mobilisation des administrations locales, provinciales et fédérale est essentielle à l'instauration de mesures favorables aux aînés.
- 3. Besoin de politiques publiques saines.** En plus d'être fondées sur des partenariats multisectoriels, les politiques publiques doivent être axées expressément sur la promotion et l'amélioration de la santé. Celles-ci pourraient par exemple viser la construction de logements abordables et accessibles ou la promotion d'aménagements urbains adaptés aux aînés, notamment en favorisant l'accès à des aliments sains ainsi qu'à des milieux propices à l'inclusion sociale.
- 4. Intégration des stratégies sur la santé et la prévention.** Pour assurer l'efficacité des soins intégrés, il faut éliminer les vases clos. Les programmes de mieux-être et de prévention dispersés et isolés ne rendent pas service aux aînés et devront aussi être revus. Chaque composante du continuum des soins doit prendre conscience de son rôle dans la promotion des programmes intégrés de mieux-être et de prévention.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Des pratiques prometteuses dans le secteur du mieux-être et de la prévention offrant des pistes de solutions pour les défis susmentionnés ont été ciblées. Celles-ci visent à mieux intégrer les aînés et à éviter leur hospitalisation.

- 1. L'initiative Healthy Cities/Healthy Communities** est une approche internationale en santé publique incitant les collectivités à utiliser et à aménager des espaces urbains de manière à améliorer la santé de leurs résidents plus âgés. Elle encourage les collectivités à aménager des milieux urbains adaptés aux besoins physiques et sociaux des aînés afin de les aider à faire des choix pour améliorer leur santé et leur mieux-être et de leur permettre de participer à la collectivité en mettant à profit leurs compétences, leurs connaissances et leur expérience. L'Organisation mondiale de la Santé a consulté des aînés, des aidants et des fournisseurs de 33 villes et de 22 pays avant de publier le [Guide mondial des villes-amies des aînés](#). Ce guide est destiné aux gouvernements, aux organismes et aux personnes souhaitant évaluer ou améliorer la convivialité d'une ville pour les aînés.
- 2.** Le programme Connexion communautaire de Santé publique Ottawa permet à des aînés socialement isolés ou à risque d'accéder à des services, notamment de soutien, afin de pouvoir demeurer autonomes dans leur maison en toute sécurité. Dans le cadre de ce programme, les personnes côtoyant régulièrement des aînés peuvent recevoir une formation et apprendre, entre autres, à reconnaître les signes associés au risque d'isolement social chez les aînés.
- 3. Get Up & Go!** est le résultat d'une collaboration entre le Fraser Health Falls Injury Prevention Program et OSTEOFIT (programme d'ostéoporose du BC Women's Hospital & Health Centre). Un programme d'exercices pour débutants est offert aux aînés souffrant de problèmes d'équilibre et de mobilité qui, autrement, ne pourraient assister à aucun autre cours d'exercices communautaire. Il s'agit d'un programme d'exercices sécuritaire, spécialement conçu pour améliorer la force, l'équilibre et la coordination des aînés de même que leurs capacités fonctionnelles, leur autonomie et leur qualité de vie.
- 4.** Le manque de transport adapté peut nuire à l'inclusion sociale des aînés et les empêcher d'accéder à certains services. C'est pourquoi de nombreuses villes offrent aux aînés des services de transport en commun gratuits ou subventionnés. Prenons l'exemple du **North Delta Senior Bus** : ce service de transport gratuit permet aux aînés de se rendre facilement à un centre médical, récréatif ou commercial dans leur collectivité et à d'autres espaces communautaires. Cette initiative est rendue possible par une subvention offerte conjointement aux villes-amies des aînés par le gouvernement de la Colombie-Britannique et l'Union of British Columbia Municipalities.
- 5.** La Légion royale canadienne a élaboré un guide intitulé [Programme de soutien aux aînés : « Soutien troisième âge »](#) afin d'aider ses filiales à mettre en place des programmes à l'intention des aînés, de façon indépendante ou en

collaboration avec d'autres filiales ou organismes. Le guide propose un vaste éventail de programmes touchant la nutrition, la santé, la sécurité, l'autonomie et les loisirs. On y explique aussi comment mettre sur pied un programme, obtenir du financement, établir des communications et procéder à une évaluation.

6. Le [McMaster Optimal Aging Portal](#) est un portail d'information fondée sur des données probantes relatives au vieillissement en santé. Tant le public que les cliniciens, les professionnels de la santé publique et les responsables des politiques peuvent y trouver leur compte.
7. Le [Eye Health Council of Ontario \(EHCO\)](#) a été fondé en 2010 avec l'appui du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour suppléer à l'absence d'une structure de collaboration interprofessionnelle dans la prestation de soins oculaires fondés sur des données probantes. Les membres de l'EHCO proviennent des domaines de l'ophtalmologie, de l'optométrie et de la médecine familiale et représentent leurs organismes de réglementation et associations professionnelles, ainsi que les milieux universitaires et le gouvernement.

2) Soins primaires

CONTEXTE

Les soins primaires ne sont pas un programme défini, mais plutôt un système de soins intégré et complet comprenant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, les services de premier contact et de triage ainsi que le diagnostic et la prise en charge des problèmes de santé urgents, aigus et chroniques²⁴. Centrés sur la personne, les soins primaires sont facilement accessibles et permettent aux patients de collaborer avec les professionnels de la santé pour créer des plans de soins qui conviennent à leurs besoins et à leurs volontés.

Les fournisseurs de soins primaires peuvent aider les aînés à naviguer dans le continuum des soins et à surmonter certains obstacles bureaucratiques. Le premier professionnel avec lequel les aînés ayant des besoins liés à leur santé ont affaire est habituellement le médecin de famille, qui agit souvent comme intermédiaire vers des services plus spécialisés, comme les soins à domicile et les soins de longue durée. Les fournisseurs de soins primaires veillent à ce que les problèmes de santé faisant souffrir les aînés soient traités, et également à ce que les aînés connaissent et appliquent des pratiques de promotion du mieux-être et de la santé qui favorisent leur autonomie. Pour éviter l'hospitalisation des aînés, il est essentiel de mettre en place un système de soins primaires efficace²⁵.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

Voici les principaux enjeux sur lesquels doit porter une stratégie nationale pour les aînés.

1. **Accès.** Les aînés sont plus susceptibles que les autres Canadiens d'avoir un médecin de famille. En 2013, 95 % des aînés ont indiqué avoir un médecin attitré, comparativement à 82 % (en moyenne) des adultes plus jeunes²⁶. Le fait d'avoir un médecin de famille ne garantit toutefois pas un accès rapide à des soins de santé. Plus du tiers des aînés canadiens (37 %) ont déclaré s'être rendus au service des urgences pour une affection que leur médecin aurait pu traiter²⁷ et, au cours des deux dernières années, près du tiers ont dû attendre au moins deux mois avant de pouvoir consulter un spécialiste²⁸. Des problèmes d'accès se posent partout au pays, surtout dans les régions où le manque de professionnels de la santé est particulièrement criant.

L'accès aux services non remboursés par le régime d'assurance maladie, comme la physiothérapie et l'ergothérapie, peut aussi s'avérer problématique, car les patients doivent souvent les payer de leur poche. Ces frais empêchent certains d'entre eux de recevoir des soins qui pourraient les aider à vivre en meilleure santé.

2. **Prise en charge des maladies chroniques.** La prévention et la prise en charge des maladies chroniques constituent un aspect essentiel des soins primaires. Ces maladies sont l'une des principales causes de décès et d'invalidité, surtout chez les gens qui en ont plusieurs. Une mauvaise prise en charge des maladies chroniques peut entraîner une détérioration de l'état de santé, une réduction de l'autonomie, et même la mort. Pourtant, en 2014, près du quart des aînés canadiens atteints d'au moins une maladie chronique n'avaient pas de plan de traitement quotidien.

La prise en charge des maladies doit être renforcée. En 2009, le tiers des aînés n'ont ni reçu le vaccin contre la grippe ni passé un examen de la vue, et la moitié de ceux atteints du diabète n'ont pas fait examiner leurs pieds. En outre, de nombreux aînés s'estiment mal informés sur les moyens de gérer leur poids.

3. **Complexité croissante des cas.** Les besoins des patients âgés sont de plus en plus complexes et aigus, et leurs fournisseurs de soins ont besoin de connaissances et de ressources pour bien faire leur travail. La polypharmacie représente un défi particulier, plus de 50 % des aînés indiquant prendre au moins cinq médicaments de différentes catégories, et 20 % affirmant qu'aucun professionnel de la santé n'a passé leurs médicaments en revue au cours des 12 derniers mois²⁹. De plus, de 2006–2007 à 2010–2011, il y a eu près de 140 000 hospitalisations liées à des réactions indésirables aux médicaments chez les aînés canadiens³⁰.

L'adoption de diverses mesures d'amélioration contribuerait à soutenir les fournisseurs de soins primaires dans la gestion des besoins de plus en plus complexes de leurs patients âgés. Par exemple, il y aurait lieu d'intégrer les soins primaires et spécialisés, d'accroître l'accès à des formations poussées en gériatrie et en soins palliatifs, d'élaborer des lignes directrices cliniques sur les pratiques optimales de prescription, de mieux faire connaître les services communautaires, les soutiens financiers et autres programmes de soutien gouvernementaux visant l'équipement médical et d'approfondir les connaissances concernant la façon de faciliter la planification préalable des soins.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Voici quelques exemples de pratiques prometteuses dans les soins primaires, dont il faudrait tenir compte au moment de se pencher sur les moyens de relever les défis liés à la prestation de soins aux aînés dans les milieux de soins primaires.

1. [Le Centre de médecine de famille](#) est une nouvelle vision pour l'avenir de la pratique de la médecine familiale au Canada mise au point par Le Collège des médecins de famille du Canada. Elle est axée sur 10 buts, dont les soins centrés sur le patient et la prestation de soins en équipe. Les fournisseurs de soins de santé entretiennent des liens entre eux et les services sociaux et veillent à bien répartir les ressources.
2. Entrées en service en 1999, les équipes d'évaluation du programme de gériatrie de Winnipeg sont composées de professionnels spécialisés qui visitent les aînés chez eux pour vérifier leur état de santé et de mieux-être. À la suite d'une évaluation, un clinicien peut présenter un rapport recommandant « des services de soutien, comme des soins à domicile, des repas à domicile ou une place dans un hôpital de jour³¹ ». Selon Agrément Canada, le programme a réduit ses coûts et amélioré la qualité des soins en partie en diminuant les taux de surconsommation de médicaments³².
3. En 2009, l'Office régional de la santé de Winnipeg a lancé le programme PRIME, qui consiste en l'offre par un gestionnaire de cas d'un service hebdomadaire de surveillance de la santé à domicile aux aînés dont on juge qu'ils en ont besoin. Les clients inscrits au programme reçoivent également des services de soutien en dehors des heures d'ouverture, d'éducation à la santé et au mieux-être, d'exercice et de thérapie et de counselling et de soins personnels. Certains services complémentaires ne sont offerts qu'aux participants dont le revenu est inférieur à un seuil donné³³. Le programme PRIME vise à maintenir les aînés hors des hôpitaux et d'autres établissements dispendieux. L'orientation des patients peut être faite par les médecins de famille, d'autres professionnels de la santé, un programme de soins à domicile ou les hôpitaux.
4. Qualité des services de santé Ontario a lancé l'[initiative meilleure APPROCHE](#), qui comporte des outils et des recommandations fondées sur des données probantes visant à faciliter la prise en charge intégrée des maladies chroniques.
5. En Alberta, la [clinique Taber](#) est arrivée à la conclusion qu'il était nécessaire que les milieux de soins primaires, de soins à domicile, de santé publique et de soins actifs collaborent. Elle a créé un modèle d'équipes multidisciplinaires intégrées, de systèmes de navigation communs et d'une combinaison de modes de rémunération des médecins.
6. Les conseils de soins primaires de l'Ontario sont des réseaux communautaires officiels de médecins, de fournisseurs et d'établissements de soins de santé qui rencontrent régulièrement les administrateurs et les planificateurs des systèmes de santé et les représentants d'hôpitaux, de centres d'accès aux soins communautaires, de réseaux locaux

d'intégration des services de santé et de la santé publique, pour régler des problèmes liés aux services. Déjà actifs dans de nombreux domaines, ces conseils travaillent à étendre la portée de leurs interventions. On prévoit qu'ils apporteront au fil du temps des connaissances et une expertise précieuses sur l'amélioration de l'intégration et de la prestation des services dans la communauté.

7. Détection, diagnostic, traitement et continuité des soins : prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées dans les groupes de médecine de famille au Québec. Ce programme a pour objectif d'offrir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et aux proches aidants l'accès à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement. Il vise à permettre aux fournisseurs de soins primaires de détecter, de diagnostiquer et de traiter la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées avec l'aide de cliniques « de mémoire » et d'équipes de gérontopsychiatrie. Le plan lancé en 2009 est graduellement mis en place dans 40 groupes de médecine de famille, où des médecins de soins primaires et des infirmières (ou des travailleurs sociaux) collaborent avec les patients et leur famille dans le but d'assurer une prestation des soins personnalisée et proactive.

3) Soins à domicile et services de soutien communautaire

CONTEXTE

Les soins à domicile englobent tous les services fournis à domicile et dans la communauté en lien avec la sensibilisation et la formation sur la santé, les interventions thérapeutiques, la réadaptation, le soutien et l'entretien, l'adaptation sociale ainsi que les soins palliatifs de fin de vie et l'intégration et le soutien aux aidants familiaux.

Les soins à domicile offerts par les infirmières et les professionnels paramédicaux — convalescence, réadaptation, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, etc. — sont généralement couverts par les régimes publics d'assurance. En ce qui a trait aux services de soins personnels, comme la préparation des repas et l'aide pour le bain et la lessive, des frais sont généralement exigés. Cependant, les services de soins personnels sont subventionnés. Le montant des frais imposés au client dépend souvent de son revenu; un grand nombre d'aînés n'ont pas à payer le plein prix ou n'ont rien à déboursier du tout³⁴. Certains clients reçoivent une aide directe de l'État pour se procurer des services privés³⁵.

S'occuper des aînés à domicile est l'un des moyens les plus économiques dont disposent les systèmes de santé pour répondre aux besoins des patients âgés qui ne sont pas atteints d'une démence ou d'une maladie graves. En 2011, Home Care Ontario a estimé les prix quotidiens dans la province à 42 \$ pour les soins à domicile, à 126 \$ pour un lit de soins de longue durée et à 842 \$ pour un lit d'hôpital. Cette différence a motivé le changement auquel on assiste depuis quelques années : les gouvernements se tournent de plus en plus vers les soins à domicile. Outre les possibles économies, la plupart des aînés — environ 9 sur 10 — souhaitent rester à la maison le plus longtemps possible.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

Voici les grands enjeux et défis dans le domaine des soins communautaires et à domicile :

1. **Manque de soutien aux familles et aux aidants.** La plupart des soins à domicile au pays sont fournis de façon informelle par des membres de la famille, des amis et des voisins non rémunérés. Le Conference Board du Canada estime qu'en 2007, les aidants ont travaillé 10 fois plus d'heures que les travailleurs rémunérés, ce qui représente environ 1,5 milliard d'heures réparties entre près de 3,1 millions de personnes³⁶. La valeur monétaire des aidants naturels est considérable : le Conference Board évalue en effet que les dépenses publiques dans les soins communautaires et à domicile en 2010 se sont situées entre 8,9 et 10,5 milliards de dollars, et les dépenses privées, entre 1,87 et 1,89 milliard de dollars.

Dans un rapport récent, le Conference Board met en garde contre le fait que les politiques et les programmes sociaux ne répondent pas adéquatement au besoin accru de soutien et de flexibilité des familles et des aidants pour prendre soin de leurs proches âgés. La plupart des provinces et le gouvernement fédéral offrent des crédits d'impôt modestes pour épauler les aidants; la Nouvelle-Écosse accorde bien des subventions directes, mais seulement 1 700 personnes ont eu accès à ce programme. Toutes les provinces offrent un congé de soignant de 8 à 12 semaines sans solde,

tandis que le programme fédéral de prestations de compassion de l'assurance-emploi offre du soutien financier aux personnes qui s'occupent d'un membre de leur famille. Cependant, ces prestations ne couvrent que les soins de fin de vie et ne sont prévues que pour six semaines. Dans son plus récent budget, le gouvernement fédéral a prolongé cette période à six mois. Selon Emploi et Développement social Canada, en 2012–2013, les prestataires ont touché des prestations de soignant pendant 4,7 semaines en moyenne, soit 78,3 % de la période d'admissibilité maximale³⁷. La stratégie nationale pour les aînés devrait garantir que les familles et les aidants ont accès à un plan de soins intégrés au moment où les patients en ont besoin. Elle devrait tenir compte non seulement des besoins financiers des personnes offrant ce service inestimable, mais également du stress et de l'épuisement dont elles souffrent souvent³⁸.

2. **Manque de fonds.** Au sens de la Loi canadienne sur la santé, les soins à domicile sont un service complémentaire de santé, et non un service médicalement nécessaire; en ce sens, ils ne sont pas assujettis aux conditions de la *Loi* (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). De 2008 à 2011, le nombre de personnes recevant des soins à domicile a bondi de 55 %; or, il n'y a pas eu d'augmentation correspondante du financement. En effet, les soins à domicile n'ont reçu que de 1,6 à 6,4 % des dépenses publiques totales en santé, et la proportion a même diminué dans certaines provinces³⁹. Au vu de cette situation, il n'est donc pas étonnant que de nombreux Canadiens, dont des aînés, se retrouvent avec des besoins en soins à domicile non comblés. Selon un rapport publié en 2012 par Statistique Canada, quelque 461 000 adultes canadiens qui avaient besoin d'aide n'en ont pas obtenu, et 331 000 autres ont indiqué que leurs besoins en soins n'avaient été que partiellement comblés⁴⁰.
3. **Absence d'une loi nationale sur l'accès aux soins à domicile.** Les instances fédérales, provinciales et territoriales devraient établir un cadre législatif et des politiques pour fixer des normes nationales sur les soins à domicile. Elles doivent se doter de normes relatives à l'accès aux services, à leur volume et à la fréquence où ils sont utilisés ainsi qu'aux types de services (p. ex., soins infirmiers, soutien personnel); cependant, seulement quatre provinces ont adopté de telles normes jusqu'à maintenant. L'absence de normes nationales se traduit par une prestation des services à domicile inégale d'une province et d'un territoire à l'autre.
4. **Manque de fournisseurs de soins de santé spécialisés en gériatrie.** Les besoins des bénéficiaires de soins à domicile sont complexes; de plus, ces patients requièrent des spécialistes et des soins primaires qui ne sont pas toujours accessibles dans leur milieu communautaire. Des facteurs financiers viennent dissuader la plupart des fournisseurs de travailler dans les secteurs des soins à domicile et communautaires, ce qui exacerbe le problème du manque de ressources humaines en santé dans le secteur des soins à domicile. De nombreux fournisseurs de soins de santé ne connaissent ni la disponibilité ni les critères d'admission des services de soins à domicile, ce qui complique l'orientation des patients.
5. **Faible revenu et isolement.** Le taux de pauvreté chez les aînés canadiens est en hausse. Or, un faible revenu peut entraver l'accès aux services de soins à domicile et faire en sorte qu'il devient difficile pour les aînés de rester chez eux. Par surcroît, chez les aînés isolés qui touchent un faible revenu, le risque de détérioration de l'état de santé physique et mentale est accru.
6. **Gestion des risques à la maison.** Les aînés qui souhaitent demeurer chez eux choisissent possiblement de s'exposer à certains risques. Il se peut que la maison ou le logement qu'ils occupent depuis des années ne soit plus adapté à leurs besoins, surtout si leur état de santé nécessite des soins à domicile. Des adaptations comme la pose d'un monte-escalier ou la rénovation de la salle de bain sont parfois nécessaires pour assurer la sécurité des aînés dans leur foyer. Par ailleurs, les fournisseurs de soins de santé doivent se pencher sur d'autres aspects comme la prévention des infections, la gestion de la pharmacothérapie et la prévention des abus. Il faut toutefois reconnaître que les gens ont le droit de vivre comme ils l'entendent, ce qui suppose le choix de s'exposer à certains risques. Les Canadiens doivent reconnaître, protéger et soutenir la dignité des aînés et s'assurer que ceux qui choisissent de demeurer chez eux ont accès à tout l'éventail de soins possibles. Les infrastructures dans ce domaine sont toutefois déficientes.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Voici quelques exemples de pratiques prometteuses dans le secteur des soins à domicile et des services de soutien communautaire qui visent à résoudre quelques-unes des problématiques susmentionnées.

1. En Colombie-Britannique, [BreatheWELL at Home](#), un programme de courte durée du district de Fraser Health établi dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs des soins actifs, primaires, à domicile et en établissement, vise à aider les clients atteints d'une bronchopneumopathie chronique obstructive à renforcer leur emprise sur la maladie et à réduire leurs besoins en soins actifs. Les bénéficiaires établissent leurs propres objectifs de gestion des symptômes et des épisodes aigus et reçoivent des services, de l'encadrement et de l'information cliniques avancés au moyen de visites à domicile et de la télésanté.
2. Dans le cadre du programme [Chez soi avant tout](#), les gouvernements de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick offrent du soutien tant aux aidants qu'aux patients afin que ces derniers puissent retourner chez eux plutôt que dans un établissement après avoir été hospitalisés.
3. Le programme [TAPESTRY](#) (Teams Advancing Patient Experiences: Strengthening Quality), un projet financé par Santé Canada, vise à aider les aînés clients d'une clinique de médecine familiale de Hamilton à rester en santé à la maison et à vivre de manière autonome le plus longtemps possible.
4. Le projet [SILVER](#) (Supporting Independent Living for the Elderly through Robotics), de la Commission européenne, vise à développer de nouvelles technologies pour aider les personnes âgées dans leur quotidien. Les technologies robotiques peuvent aider les aînés à demeurer autonomes à domicile même s'ils vivent avec des incapacités physiques ou cognitives.
5. Le programme [Home Share Newfoundland](#) jumelle des étudiants de l'Université Memorial à des résidents de la communauté âgés de 50 ans et plus. Les étudiants assistent les propriétaires dans l'entretien de leur résidence ou leur fournissent d'autres services en échange d'un loyer modique. Le programme aide les aînés à préserver leur indépendance et à rester dans leur foyer tout en offrant aux étudiants un endroit sécuritaire et abordable où habiter pendant leurs études.
6. Le programme [Better at Home](#) de Centraide aide les aînés à s'acquitter de leurs tâches quotidiennes simples afin qu'ils demeurent chez eux en toute autonomie et restent en contact avec leur milieu. Financé par le gouvernement de la Colombie-Britannique, le programme est géré par Centraide du Lower Mainland, et les services sont offerts par des organismes sans but lucratif de la région.
7. À l'Île-du-Prince-Édouard, dans le cadre d'un partenariat entre l'équipe de soins à domicile du comté de Queens et l'Hôpital Queen Elizabeth, un essai pilote du programme amélioré de soins à domicile pour les personnes âgées fragiles a été réalisé en 2012. Au cours de l'année pilote, 36 clients ont été admis au programme. À l'échelle du système, l'essai pilote s'est traduit par 2 064 jours de moins en soins de longue durée et par 1 876 jours de moins en soins communautaires. Les clients ont pu rester à la maison plus longtemps. Le programme se poursuit aujourd'hui.

4) Soins actifs et spécialisés

CONTEXTE

Les soins actifs sont principalement offerts en milieu hospitalier et généralement pour une courte période, afin de traiter des troubles graves. Le rétablissement suivant un épisode aigu devrait avoir lieu dans la communauté ou dans d'autres milieux de soins non actifs, et une transition harmonieuse doit être assurée entre les différents types de soins grâce à une communication efficace.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

Une stratégie nationale doit traiter de plusieurs enjeux et défis importants :

1. **Temps d'attente.** Aucune question n'est plus débattue que celle des longs délais pour obtenir des soins actifs et spécialisés. Ceux-ci doivent être améliorés dans tous les secteurs : services des urgences, opérations, consultations de spécialistes, etc. Les retards entraînent une hausse de la morbidité et de la mortalité. Comme l'a indiqué l'Alliance sur

les temps d'attente dans son bulletin de 2014, les longs délais pour obtenir des soins de longue durée font en sorte que les patients occupent des lits de soins actifs beaucoup plus longtemps qu'ils n'en ont besoin, ce qui limite l'accès aux soins hospitaliers spécialisés pour les personnes qui en ont réellement besoin⁴¹. L'Alliance propose de répondre à ce problème important et grandissant au moyen d'une stratégie nationale pour les aînés et d'un plan national précis de lutte contre la démence.

2. **Autre niveau de soins.** Un fort pourcentage des lits d'hôpitaux est occupé par des patients, souvent âgés, qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais qui sont en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée ou d'un plan de soins à domicile. Ces situations dans lesquelles des aînés sont en attente d'un autre niveau de soins n'iront qu'en augmentant en raison du vieillissement de la population, qui se traduit par une augmentation de la proportion de Canadiens ayant besoin de soins à domicile et de longue durée.

Les provinces et les territoires ont tenté de s'adapter à l'augmentation du nombre de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, mais certaines difficultés persistent. Ces temps d'attente en milieu hospitalier entraînent souvent des complications, comme des infections nosocomiales, qui ajoutent à la souffrance des patients, imposent des contraintes supplémentaires au système de santé et augmentent les coûts des soins.

L'Association canadienne de soins et services à domicile a fait état des pourcentages des lits de soins actifs occupés par des personnes en attente d'un autre niveau de soins, qui vont de 3,5 % au Manitoba à 16,6 % en Ontario. Il faut remonter à 2007–2011 pour la dernière analyse et le dernier rapport publics réalisés à partir de données pancanadiennes concernant les autres niveaux de soins⁴². Cependant, certaines différences persistent quant à la définition proposée des patients en attente d'un autre niveau de soins. Compte tenu du fardeau sociétal et économique des autres niveaux de soins au Canada, il y a lieu de produire de façon périodique et dans des délais raisonnables des rapports publics normalisés à ce sujet.

3. **Intégration des communications et des soins de transition.** Les transitions entre les soins sont reconnues comme étant possiblement des périodes très risquées pour les patients. Les mauvaises communications entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires, spécialisés et communautaires rendent les patients vulnérables aux erreurs et aux omissions, comme l'oubli de médicaments et d'examen et le défaut de faire un suivi. Les communications inégales ne tiennent pas toujours compte de ce qu'il y a de mieux pour les patients, la planification des congés se fait souvent tard, et les renseignements sur les soins pendant l'hospitalisation sont rarement communiqués aux fournisseurs de soins primaires. Les patients ont besoin que leurs fournisseurs de soins hospitaliers, spécialisés et primaires soient intégrés aux fournisseurs de soins à domicile et communautaires. Des transitions plus en douceur seraient bénéfiques pour les patients et contribueraient à prévenir leur retour à l'hôpital. Enfin, l'utilisation de dossiers médicaux électroniques communs faciliterait grandement l'intégration des soins et favoriserait la planification précoce de congés et la prescription de traitements appropriés, ainsi que la planification des soins et les communications pendant les transitions.
4. **Manque de soutien pour orienter les aînés vers les soins communautaires.** La création d'un système plus rentable et durable suppose une transition des soins en milieu hospitalier au profit d'un système communautaire. Or, les soins communautaires actuels ne font pas partie d'un système intégré en mesure de prendre en charge la majeure partie des soins de santé : ils sont plutôt divisés en vases clos distincts — les soins à domicile et les soins primaires —, et les soins spécialisés sont offerts dans les hôpitaux. Tant que les soins spécialisés ne seront pas offerts ailleurs qu'en milieu hospitalier et que les spécialistes ne travailleront pas aussi dans la collectivité et dans les établissements de soins de longue durée, le système de santé ne sera jamais en mesure de prendre soin à l'extérieur de l'hôpital des aînés ayant des problèmes de santé complexes.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Voici quelques exemples de pratiques prometteuses dans le secteur des soins hospitaliers.

1. [Maillons santé](#) est une initiative du gouvernement de l'Ontario qui vise à assister les patients ayant des besoins de santé et sociaux complexes. Ces maillons encouragent une collaboration accrue entre les fournisseurs de soins locaux

actuels, notamment les fournisseurs de soins de santé familiale, les spécialistes, les hôpitaux ainsi que les organismes offrant des soins de longue durée et à domicile et les autres services de soutien communautaire. En réunissant les fournisseurs de soins de santé locaux, les maillons santé donnent aux médecins de famille la capacité d'orienter plus rapidement les patients vers les services dont ils ont besoin. Dans le cas des patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital, cette structure permet un suivi et une orientation plus rapides vers des services comme les soins à domicile et aide à réduire la probabilité de réadmission à l'hôpital. Tous les maillons santé ont un partenaire coordonnateur comme une équipe de santé familiale ou un centre d'accès aux soins communautaires. Cette initiative a notamment pour objectif de réduire le nombre de réadmissions aux services des urgences chez les patients à risque élevé⁴³.

2. Fondé sur des données probantes, le [Programme régional d'intervention gériatrique et communautaire du Programme de gestion des urgences gériatriques de Champlain](#) comprend des infirmières spécialisées en soins gériatriques œuvrant dans neuf services des urgences de l'est de l'Ontario dans le cadre d'un partenariat intégré avec plus de 20 organismes de services gériatriques et communautaires. Le programme vise le dépistage précoce des syndromes gériatriques chez les aînés à risque élevé qui ne sont pas admis à l'hôpital afin de permettre une orientation appropriée des patients vers des services gériatriques et communautaires et de prévenir les retours aux services des urgences et les nouvelles admissions à l'hôpital.
3. **Intervention par des ambulanciers.** À Halifax, des ambulanciers spécialisés en gériatrie savent comment prendre en charge les aînés qui ont besoin de soins actifs : ils les rencontrent à leur domicile (ou à leur établissement de soins de longue durée), évaluent la situation et déterminent alors s'ils doivent les amener au service des urgences, au lieu de les y amener systématiquement. Les services médicaux d'urgence de Toronto possèdent un programme semblable visant à repérer les patients aux besoins importants qui utilisent fréquemment les services des urgences : des ambulanciers essaient de les orienter vers des médecins de famille et d'autres services afin qu'ils puissent demeurer en santé et hors de l'hôpital. À Calgary, le programme OPTIC EXACT permet d'éviter les transferts inappropriés des établissements de soins de longue durée vers les services des urgences.
4. Le Sinai Health System, établi à Toronto, résulte de la fusion récente de l'Hôpital Mount Sinai, un grand centre universitaire de santé, de Bridgepoint Health, un hôpital de soins continus complexes et de Circle of Care, un organisme de soins à domicile. Ce réseau met l'accent sur la prestation de soins intégrés aux patients — notamment aux aînés — atteints de maladies chroniques.
5. À Hamilton, le projet d'intégration des modèles de soins complets du Centre de soins de santé St-Joseph coordonne les services de soins hospitaliers et communautaires. Il établit des liens entre les aînés et les services d'aide au logement, travaille auprès des populations marginalisées et répond aux besoins spirituels des clients.
6. Un projet pilote d'équipe de santé hospitalière a été lancé à Winnipeg. Pendant 60 jours, il assure une gestion intensive des cas d'utilisateurs des services des urgences afin d'éviter leur hospitalisation et de les aider à faire la transition vers des programmes de soins communautaires.

5) Soins de longue durée

CONTEXTE

De nombreux aînés ont besoin d'établissements qui offrent en tout temps des soins supervisés, y compris des services de santé professionnels ainsi que des soins personnels assidus. Les personnes recevant des soins de longue durée sont généralement âgées et fragiles, mais leur état ne nécessite pas de soins actifs. Ce sont principalement des aînés de plus de 85 ans, non mariés et plus fragiles que les personnes qui reçoivent des soins à domicile ou dans la communauté. Leurs capacités cognitives et leur santé physique sont habituellement passablement ou gravement altérées, et ces personnes éprouvent de la difficulté à accomplir des activités quotidiennes. En outre, elles bénéficient de peu de soutien informel ou ont des besoins que les aidants naturels n'arrivent pas à combler⁴⁴.

La plupart des provinces cherchent à fermer des lits de soins de longue durée, à la fois pour une question de coûts et en raison du fait que les aînés préfèrent d'autres types de milieux. Plusieurs provinces mettent actuellement à l'essai des ini-

tatives visant à trouver un compromis entre les soins à domicile et les soins de longue durée, par exemple au moyen de logements avec assistance où les aînés, y compris ceux atteints de démence légère, sont supervisés en tout temps, mais à un niveau inférieur à celui des centres de soins.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

Voici les principaux enjeux et défis dans le secteur des soins de longue durée.

1. **Manque d'infrastructures.** Bien que le nombre d'aînés hébergés dans des établissements de soins de longue durée ait diminué, la demande pour des soins en établissement augmentera considérablement à court terme en raison du vieillissement de la population canadienne. Des efforts considérables ont été déployés afin de limiter les temps d'attente pour les soins de longue durée. Le Conference Board du Canada a recueilli des données sur ces temps d'attente à partir d'une variété de sources. Il appert que, dans les secteurs où des données ont pu être obtenues, le Québec a les plus longs temps d'attente au pays, et les provinces de l'Ouest, les plus courts^{45,46,47,48}. Les valeurs médianes et moyennes des temps d'attente provinciaux ne rendent toutefois pas compte du possible écart entre les régions ou les établissements. Par exemple, l'attente dans certains établissements réputés — comme le Baycrest à Toronto — est souvent si longue qu'un grand nombre de gens meurent avant qu'un lit se libère.

De plus, de nombreux établissements de soins existants ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour répondre aux besoins de santé de leurs résidents, étant donné que ces besoins ont grandement évolué depuis leur construction. Par ailleurs, le nombre d'unités dotées d'espaces permettant une meilleure prise en charge des résidents atteints de démence et d'unités convenant aux besoins des personnes handicapées ou obèses est insuffisant. Il faudrait également apporter des rénovations aux établissements afin que l'espace puisse servir à d'autres fins, comme aux soins de relève ou aux soins de transition, pour de courtes durées.

2. **Fonds insuffisants.** La façon de déterminer l'admissibilité des personnes aux soins de longue durée et les coûts qu'ils devront assumer pour ces soins varie considérablement à l'échelle du pays. Les procédures et les formules sont complexes et, parfois, obscures, et le revenu est souvent pris en compte. Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les tarifs minimaux peuvent demander une exonération. La majeure partie du financement des soins de longue durée provient de sources publiques⁴⁹.

Environ la moitié des Canadiens ont songé à recourir un jour à des services de soutien ou de soins de longue durée⁵⁰. Si rien ne change, les fonds affectés aux soins de longue durée au Canada au cours des 35 prochaines années seront toutefois insuffisants. Dans un rapport récent, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes avance une estimation prudente de la prestation des soins de longue durée au cours de cette période à près de 1,2 billion de dollars en dollars courants; or, le soutien programmatique et financier gouvernemental actuel ne couvrirait qu'environ la moitié de ce montant — approximativement 595 milliards de dollars. Les Canadiens se retrouveraient ainsi avec une dette non provisionnée d'environ 590 milliards de dollars dans le domaine des soins de longue durée, soit l'équivalent d'environ 95 % de tous les régimes enregistrés d'épargne personnels existant au Canada.

3. **Normes de soins.** Les soins de longue durée sont l'un des secteurs d'activité les plus réglementés au Canada. Toutes les provinces exigent que les établissements privés où sont offerts ces soins soient inspectés et agréés par au moins un organisme, et des normes ou des lignes directrices sont habituellement en vigueur pour les établissements publics. Des rapports d'inspection contenant parfois des recommandations sont rédigés, mais ils ne sont généralement rendus publics que sur demande expresse. Souvent, les règlements comportent plusieurs mesures législatives et sont appliqués par plusieurs organismes, ce qui peut engendrer une confusion quant aux responsabilités de surveillance.

De plus, ces normes sont si prescriptives que leur application exige des efforts immenses ayant pour effet de réduire, voire d'éliminer les possibilités d'amélioration continue de la qualité. Les futures normes devront s'appliquer à l'ensemble du Canada pour qu'elles puissent s'adapter à l'évolution des besoins; elles devront également tenir compte du temps et des capacités requis pour réaliser l'amélioration continue de la qualité. En outre, afin de favoriser la prestation des meilleurs soins possible, il faudra recueillir des données pertinentes en vue de prévoir les besoins et de planifier et de fournir les services.

4. **Degré de gravité d'une maladie.** Plus le degré de gravité est élevé, plus les soins doivent être spécialisés et nombreux. Or, les modèles de prestation de services et les ressources actuels ne permettent pas de répondre adéquatement à l'aggravation des maladies d'une population croissante d'aînés.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Voici quelques exemples de pratiques prometteuses dans le secteur des soins de longue durée.

1. En Nouvelle-Écosse, le programme [Care by Design](#) améliore les soins offerts aux résidents des centres de soins relevant de la Régie régionale de la santé Capital. Les résidents sont au cœur d'une équipe soignante interne formée de médecins, de directeurs médicaux de l'établissement, d'infirmières et d'ambulanciers. Ainsi, les résidents obtiennent de meilleurs soins, prodigués dans le confort de leur résidence plutôt que dans un hôpital.
2. Le [Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement](#) encourage les interventions non pharmaceutiques afin de gérer les comportements agressifs chez les résidents d'établissements de soins de longue durée qui présentent des troubles cognitifs. À l'échelle provinciale, plus de 600 nouveaux employés de première ligne ont été embauchés dans le cadre du programme, et plus de 300 établissements de soins de longue durée disposent maintenant de services internes de soutien accrus en cas de troubles du comportement. Environ 14 000 employés de première ligne ont reçu une formation spécialisée en techniques et en façons de faire liées à ces formes de soutien.
3. Inauguré en mars 2010, l'établissement [Aven Cottages](#) à Yellowknife a été créé expressément pour s'occuper des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. Les principes de la philosophie des soins qui y sont appliqués sont fondés sur un modèle de soutien, qui comprend les éléments suivants :
 - respect, dignité et estime de soi;
 - intimité et indépendance;
 - contrôle, choix et autonomie;
 - interactions sociales;
 - sécurité;
 - établissement rappelant le domicile;
 - personnel formé et aidant;
 - soins centrés sur les résidents.

L'établissement consiste en deux maisons comptant chacune 14 chambres individuelles réparties autour des aires communes (salle à manger, cuisine et salon).

4. Lancé en août 2014, le projet pilote ontarien sur les pratiques appropriées en matière de prescription dans les foyers de soins de longue durée est mené par un groupe de travail mixte composé de représentants de l'Ontario Medical Association et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Touchant 30 établissements, ce projet vise à réduire l'utilisation d'antipsychotiques, de benzodiazépines et d'opiacés pour maîtriser les comportements violents chez les résidents âgés. Ce projet pilote fait appel à de la formation continue, à des vérifications et à un suivi en pharmacothérapie ainsi qu'à des interventions de sensibilisation pour modifier les pratiques en matière de prescription.
5. Deux réseaux cliniques en Alberta, soit le Seniors Health Strategic Clinical Network et le Addiction and Mental Health Strategic Clinical Network, collaborent pour promouvoir l'utilisation appropriée d'antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée et enseigner à leurs employés d'autres moyens de s'occuper des personnes atteintes de démence.
6. Deux unités pour les cas de démence sont en voie d'être mises en place dans le cadre d'un projet pilote réalisé dans un établissement de soins de longue durée de l'Île-du-Prince-Édouard. Centrées sur les résidents désorientés, elles intègrent à la prise en charge des patients confus plusieurs approches non pharmacologiques, dont la méthode Montessori (stimulation des sens pour remettre les patients en contact avec le monde qui les entoure) et l'aménagement de zones d'activités récréatives.

6) Soins palliatifs

CONTEXTE

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « les soins palliatifs constituent une approche qui améliore la qualité de vie des patients [...] et de leur famille confrontés aux problèmes inhérents à une maladie potentiellement mortelle, approche qui consiste à prévenir et à soulager la souffrance en décelant précocement et en évaluant et traitant correctement la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels ». Des soins palliatifs précoces jumelés au traitement procurent une meilleure gestion de la douleur et des symptômes ainsi qu'une meilleure satisfaction chez les patients et leur famille, donnent aux patients plus de chances de mourir dans le milieu de leur choix et représentent des coûts moins élevés pour le système⁵¹.

Ces soins sont prodigués par une équipe interdisciplinaire formée de professionnels de la santé, de bénévoles, de familles et d'aidants. Les fournisseurs de soins palliatifs privilégient une approche de soins holistiques, visent à préserver la qualité de vie, précisent les objectifs de soins, gèrent les symptômes, insistent sur l'importance de la communication et répondent aux besoins psychosociaux du patient et de ses proches. Dans le domaine des soins palliatifs, la mort est considérée comme un événement normal de la vie, et des services comme le soutien aux familles endeuillées sont offerts en conséquence.

PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS

1. **Manque d'accès à des soins palliatifs abordables et équitables.** L'offre de soins palliatifs abordables au Canada est insuffisante. L'accès à ces soins dépend souvent du diagnostic posé; les patients qui ne sont pas atteints de cancer sont peu susceptibles de recevoir des soins palliatifs⁵². L'accès dépend aussi du lieu de résidence⁵³ : les personnes habitant en région rurale ou éloignée, ou vivant avec une incapacité, ont un accès considérablement restreint aux soins palliatifs⁵⁴. Seuls la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon disposent de programmes de soins palliatifs coordonnés dotés d'équipes spécialisées qui évaluent, traitent et suivent les patients dans l'ensemble du système de santé, en plus de leur offrir des médicaments et d'autres fournitures médicales entièrement remboursés ou presque. Les services de soins palliatifs dans les autres provinces et territoires sont plutôt disparates, la couverture offerte différant souvent entre les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile et les établissements de soins palliatifs⁵⁵.

L'Association canadienne de soins palliatifs juge nécessaire d'améliorer l'accès aux soins palliatifs coordonnés à domicile ou en établissement, soit dans les milieux privilégiés par les patients en fin de vie⁵⁶. Malgré les améliorations apportées depuis les années 1980, les soins palliatifs étaient l'une des 10 principales raisons pour lesquelles des aînés se sont rendus à l'hôpital au Canada en 2009–2010⁵⁷.

2. **Besoin d'un nombre suffisant de travailleurs formés et de normes nationales.** La prestation de soins palliatifs uniformes et de grande qualité dépend de divers facteurs : un nombre suffisant de travailleurs ayant suivi une formation appropriée dans le domaine; un cadre intégré de qualité et de responsabilisation visant les fournisseurs, les formateurs et le système de santé dans son ensemble; et la recherche et l'application des connaissances dans le domaine des soins palliatifs.

Il existe certaines compétences de base en soins palliatifs dans les secteurs de la médecine, des soins infirmiers et du travail social, mais celles-ci n'ont pas été intégrées de façon uniforme dans les programmes des établissements universitaires du pays. Des mesures devront être prises pour remédier à la situation dans l'ensemble des établissements. De plus, un ensemble national de compétences en soins palliatifs devra être mis en place pour les autres travailleurs de la santé. Tous les niveaux d'expertise devraient être abordés, des compétences de base pour tous les fournisseurs de soins de santé aux compétences propres aux spécialistes.

Il n'y a pas suffisamment de spécialistes des soins palliatifs au Canada pour assurer la prestation de services, la formation et la recherche nécessaires. La planification intégrée de la main-d'œuvre dans les soins de santé devrait permettre de satisfaire les besoins en matière de soins de fin de vie de qualité partout au pays.

3. **Absence d'une approche palliative commune dans l'ensemble des milieux.** Il est nécessaire d'intégrer des approches sur l'ensemble des secteurs du continuum de soins à l'égard des soins palliatifs. De plus, les soins palliatifs devraient être envisagés tôt dans le processus de traitement, et non à la toute fin du cheminement du patient comme c'est actuellement le cas. Le manque d'intégration et de coordination entre les services et les programmes de soins palliatifs a de quoi inquiéter. En 2011, le Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les soins de compassion a plaidé en faveur d'une stratégie nationale en matière de soins palliatifs et formulé 11 recommandations pour renforcer la capacité de notre système de santé à offrir des soins aux patients en fin de vie et à leur famille. Le dossier n'a toutefois pas beaucoup progressé depuis.
4. **Manque de soutien aux aidants familiaux.** Les aidants familiaux sont essentiels à la prestation des soins palliatifs, mais ils obtiennent peu de soutien. Ces personnes doivent souvent prendre congé pour s'occuper d'un proche et rencontrent ensuite des difficultés financières. Bon nombre d'aidants sont âgés, et le fait de devoir prendre soin d'un proche se traduit souvent par l'aggravation d'un stress ou d'une maladie physique. Enfin, les besoins spirituels et psychologiques des aidants familiaux sont peu reconnus; ces personnes ont besoin de plus de soutien.
5. **Manque de planification préalable des soins.** La planification constitue un aspect important des soins palliatifs, étant donné que les familles et les patients ont besoin de temps pour réfléchir à leurs attentes et en faire part aux personnes concernées. Ainsi, ils pourront prendre des décisions éclairées quant à l'intensité des traitements souhaités en fin de vie. Cependant, bon nombre de professionnels de la santé ne discutent pas à l'avance des plans de soins, ce qui peut priver les patients de la possibilité de prendre certaines décisions importantes.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Plusieurs employés de l'Association médicale canadienne et son ancien président, le Dr Louis Francescutti, ont passé la majeure partie de la dernière année à étudier le dossier des soins palliatifs au Canada et à mettre au défi les médecins, les autres fournisseurs de soins de santé, les responsables des politiques, les administrateurs des soins de santé et les dirigeants communautaires de jouer un rôle plus actif dans les soins palliatifs, que ce soit en travaillant dans le domaine ou en militant en faveur de l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins. Le rapport final, intitulé *Un appel à l'action de l'AMC pour un meilleur accès aux soins palliatifs au pays : Des exemples de modèles de prestations de soins innovateurs et de possibilités de formation, et des témoignages de médecins chefs de file en soins palliatifs*⁵⁸, a été publié en mai 2015 dans le cadre du Congrès annuel sur la formation avancée en médecine palliative.

Le groupe de travail a relevé quelques pratiques prometteuses visant à surmonter les défis relatifs aux soins palliatifs.

1. Offert par la clinique Palliative and Therapeutic Harmonization de la Nouvelle-Écosse, le [programme PATH](#) permet d'évaluer les aînés et de les consulter ainsi que leur famille, pour qu'ils soient bien au fait de l'état de santé du patient et des perspectives qui s'offrent à lui. Il donne aux personnes âgées et fragiles le temps et l'espace nécessaires pour prendre des décisions complexes en matière de soins de santé.
2. Créé inclusivement par des membres des communautés des Premières Nations, le projet [Improving End of Life Care in First Nations Communities](#) (Université Lakehead, Ontario) offre la planification préalable des soins à ces communautés.
3. Le programme [Parlons-en](#) encourage les Canadiens à engager le dialogue sur les soins de fin de vie.
4. Le programme [Aller de l'avant](#) (Alberta, Ontario et Nouveau-Brunswick) met l'accent sur des soins qui intègrent l'approche palliative.
5. Le [Portail canadien en soins palliatifs](#) offre du soutien et des informations personnalisées sur les soins palliatifs et de fin de vie aux patients et à leurs proches, aux fournisseurs de soins, aux chercheurs et aux éducateurs.
6. Fruit d'un partenariat entre The Ottawa Mission et Ottawa Inner City Health, le [Diane Morrison Hospice](#) offre des soins palliatifs aux sans-abri ou aux personnes de la rue en phase terminale.

7. Dans le cadre de la [stratégie pour des soins palliatifs intégrés en Nouvelle-Écosse](#), des ambulanciers en soins avancés sont en mesure d'assister les patients à domicile.
8. Au Royaume-Uni, le [National Gold Standards Framework Centre in End of Life Care](#) est un centre national de formation et de coordination qui aide le personnel généraliste de première ligne à fournir aux personnes en fin de vie des soins répondant à des normes d'excellence. Le centre améliore la qualité, la coordination et l'organisation des soins, ce qui conduit à de meilleurs résultats, conformes aux besoins et aux préférences des patients. Par ailleurs, il offre un meilleur rapport coût-efficacité grâce à la diminution du nombre d'hospitalisations.

LEVIERS FÉDÉRAUX EN APPUI À UNE STRATÉGIE NATIONALE POUR LES AÎNÉS

L'AMC a convié des intervenants clés à Ottawa le 18 février 2015 pour un atelier d'une journée sur les leviers fédéraux qui pourraient contribuer à une stratégie nationale pour les aînés. Cet atelier était animé par le D^r Chris Simpson, président de l'AMC, et la D^{re} Cindy Forbes, présidente désignée de l'AMC⁵⁹. Voici les principaux volets de l'atelier :

- Survol et discussion de l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé.
- Présentation par le D^r Samir Sinha, qui a discuté de son expérience avec la Stratégie ontarienne pour le mieux-être des personnes âgées.
- Sous-groupes de discussion pour inventorier les leviers dont dispose le gouvernement fédéral relativement aux thèmes suivants : i) mieux-être et prévention; ii) services couverts par le régime d'assurance maladie; et iii) services non couverts par le régime d'assurance maladie.
- Discussion générale sur les facteurs à considérer au moment de cibler les leviers fédéraux.

A) Évolution du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé

Présidée par Alex Himelfarb, Ph. D., ancien greffier du Conseil privé, cette séance d'ouverture de l'atelier a débuté par un survol de l'histoire et de l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le système canadien de soins de santé.

Concernant le silence relatif de la Constitution sur la division des pouvoirs en matière de santé et de politiques sociales, M. Himelfarb a expliqué qu'à l'époque de la Confédération, ces questions relevaient de l'Église et des groupes sociaux — une situation qui a perduré pendant des décennies. Dans la foulée d'événements marquants comme la Crise de 1929, les deux guerres mondiales et l'émergence du keynésianisme, le système de santé a toutefois évolué, le gouvernement fédéral y occupant une place exponentielle de 1950 à 1977.

M. Himelfarb a expliqué qu'à l'origine, la Constitution a contribué à conférer au gouvernement fédéral son autorité en matière de santé publique en établissant formellement ses responsabilités relatives à cinq catégories de patients et aux quarantaines. Il a ajouté qu'au fil de l'évolution du régime fiscal, le gouvernement a déterminé les responsabilités liées à la vaccination ainsi qu'à l'innocuité des médicaments, des aliments et des instruments médicaux. Par ailleurs, il estime que le plus important levier fédéral est le pouvoir de dépenser : ce levier peut inciter les provinces à prendre des mesures qu'elles n'auraient pas prises autrement et les encourager à appuyer les normes et objectifs nationaux. Selon M. Himelfarb, le pouvoir de dépenser permet également au gouvernement fédéral de soutenir l'universalité et l'uniformité, en mettant l'accent sur la promotion d'une citoyenneté commune et l'accès aux services essentiels. Pour en savoir plus sur les fondements constitutionnels du rôle du gouvernement fédéral, consultez la publication de la Bibliothèque du Parlement *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*⁶⁰.

M. Himelfarb a relaté qu'en 1977, le gouvernement fédéral s'est distancé du modèle original de partage des coûts, dans le cadre duquel il acquittait la moitié de la facture des soins de santé. Depuis, les provinces couvrent la totalité des dépenses de santé, et le fédéral s'est retiré de l'élaboration des politiques et des projets de réformes du système de santé. Cependant, depuis le rapatriement de la Constitution, en 1982, il incombe au gouvernement fédéral d'assurer un accès équitable aux services essentiels (article 36 de la *Loi constitutionnelle de 1982*). M. Himelfarb a parlé des trois intérêts divergents fondamentaux que les autorités fédérales doivent concilier :

- promouvoir notre citoyenneté commune;

- respecter la diversité des provinces et des territoires;
- tenir compte du statut distinct du Québec au sein de la fédération.

Enfin, M. Himelfarb a soulevé la question du financement fédéral, en précisant que les recettes fiscales étaient, en proportion du PIB, à leur plus bas niveau en 70 ans. Il a toutefois conclu que l'État dispose d'une bonne marge de manœuvre financière.

B) Présentation par le Dr Samir Sinha

Le Dr Samir Sinha a dirigé l'élaboration de la Stratégie ontarienne pour le mieux-être des personnes âgées ainsi que des initiatives récentes visant à recommander des mesures au gouvernement fédéral. Lors de l'atelier, il a présenté ses travaux, appuyés par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada en vue d'améliorer la santé des personnes âgées. Le Dr Sinha a affirmé la nécessité d'une stratégie nationale pour les aînés, la majorité des Canadiens — quel que soit leur âge — accordant une grande importance à cette question.

Le Dr Sinha a proposé que la stratégie nationale pour les aînés s'appuie sur les thèmes suivants :

- les aînés canadiens demeurent des citoyens autonomes, productifs et engagés;
- les aînés canadiens continuent de mener des vies saines et actives le plus longtemps possible;
- les aînés canadiens ont accès, le plus près possible de chez eux, à des soins intégrés de grande qualité et centrés sur la personne offerts par des fournisseurs dotés des connaissances et des compétences requises;
- la famille et les amis des aînés canadiens sont reconnus pour les soins non rémunérés qu'ils prodiguent à leurs proches et sont soutenus.

C) Discussion sur les leviers fédéraux

Pendant cette partie de l'atelier, les participants ont été divisés en trois sous-groupes de discussion dans le but de déterminer les leviers fédéraux nécessaires pour traiter des thèmes suivants : i) mieux-être et prévention; ii) services couverts par le régime d'assurance maladie (soins primaires, spécialisés et hospitaliers); et iii) services non couverts par le régime d'assurance maladie (p. ex., soins à domicile, soins de longue durée et services de soutien communautaire).

Chacun des groupes a tenté de répondre aux trois questions suivantes :

- **Question 1** : Discutez des principaux enjeux et défis associés à votre secteur. Y a-t-il des modifications que vous aimeriez apporter aux listes?
- **Question 2** : Quelles mesures pourrait prendre le gouvernement fédéral pour aborder les enjeux et les défis soulevés?
- **Question 3** : Existe-t-il d'autres approches pour aborder ces enjeux et ces défis?

Le tableau ci-dessous résume les principaux points qui ont été débattus par chacun des groupes.

	Question 1	Question 2	Question 3
Groupe i) Mieux-être et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des concepts « vieillir sainement » et « qualité de vie » • Maintien des aînés au sein de la population active plus longtemps par les milieux de travail • Besoin de définir ce qu'est un aîné • Besoin de collaborations intersectorielles et intergouvernementales sur les principaux déterminants sociaux comme le logement, le revenu et le transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un cadre de promotion de la santé • Coordination et diffusion de renseignements • Collecte de données, détermination des pratiques exemplaires et élaboration des normes et des lignes directrices • Sécurité du revenu au-delà des prestations de retraite traditionnelles • Logement social abordable grâce aux accords d'exploitation des logements sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'un représentant officiel pour les aînés • Engagement des intervenants auprès des députés locaux • Mesures incitatives pour favoriser l'épargne populaire
Groupe ii) Services couverts par le régime d'assurance-maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des obligations incombant à tous les fournisseurs de soins de santé autorisés aux yeux de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> • Besoin d'initiatives liées à d'autres niveaux de soins en amont pour « colmater les fuites plutôt que de réparer les pots cassés » • Élimination des obstacles institutionnels empêchant d'apporter des changements aux structures de financement • Vieillesse des fournisseurs de soins de santé • Élaboration de nouveaux modèles de soins en fonction des besoins des patients • Besoin de fonds pour financer des formations (p. ex., en gériatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement du gouvernement fédéral devant tenir compte de la démographie, et non seulement du nombre d'habitants • Rôle de leadership dans les normes de santé et la responsabilisation • Gestion d'un dépôt central de pratiques exemplaires pour guider les provinces et les territoires dans leurs décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèles provinciaux et territoriaux de financement et de paiement dans une optique de changement et d'innovation • Formation médicale en compétences transversales • Organe indépendant pour une meilleure responsabilisation
Groupe iii) Services non couverts par le régime d'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de modèles de financement assurés pour les soins de longue durée, les soins palliatifs et les médicaments • Urbanisme et soutien dans une optique de santé • Couverture de toutes les populations et soins adaptés aux différentes réalités culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement de la portée de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> • Application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> aux services complets de soins à domicile • Élargissement de la collecte de données du gouvernement fédéral • Élargissement du mandat de l'Agence de la santé publique (p. ex., les normes de vaccination des aînés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des dossiers médicaux électroniques provinciaux et territoriaux dans d'autres milieux de soins • Organe indépendant pour rendre compte du rendement des provinces et des territoires

D) Facteurs à considérer au moment de cibler les leviers fédéraux

M. Himelfarb a donné le coup d'envoi de la dernière partie de l'atelier en présentant brièvement les considérations politiques et stratégiques dont l'AMC et les autres intervenants devront tenir compte dans l'élaboration d'une stratégie nationale pour les aînés. Ensuite, chacun des trois groupes a résumé ses principaux points de discussion, puis les participants ont échangé sur les facteurs importants relativement à la représentation.

M. Himelfarb a suggéré trois facteurs à prendre en compte au moment de cibler les leviers fédéraux en appui à une stratégie nationale pour les aînés :

1. Les idées sur lesquelles presque tout le monde s'entend.
2. Celles qui sont déjà appuyées par des partisans, même s'ils sont peu nombreux.
3. Celles qui ne récoltent aucun appui (les intervenants devraient le solliciter).

Pour chacun de ces facteurs, il a invité les participants à réfléchir aux conditions sine qua non, c'est-à-dire aux conditions indispensables à la réalisation d'une stratégie. Les leviers fédéraux suivants ont été abordés :

- s'attaquer aux coûts différentiels du vieillissement auxquels les provinces sont confrontées par un transfert fédéral (pour compenser l'augmentation des coûts des soins de santé);
- reconnaître le rôle du gouvernement fédéral comme courtier du savoir (p. ex., l'Institut canadien d'information sur la santé);
- soutenir les aidants naturels par divers moyens, dont le régime fiscal.

Les participants ont également discuté de l'utilité des programmes universels pour obtenir un soutien plus vaste, toutes les assiettes fiscales étant incluses. Tous se sont entendus sur la valeur et la nécessité d'une vision claire sur les soins aux aînés.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. « Les générations au Canada ». Ottawa : Statistique Canada; 2012. En ligne : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_2-fra.pdf.
2. Statistique Canada. Annuaire du Canada 2012, Aînés. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm>.
3. Statistique Canada. Annuaire du Canada 2012, Aînés. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm>.
4. L'annexe A donne la liste des organismes ayant participé aux groupes de travail.
5. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036, n° 91-520-X au catalogue, Ottawa, juin 2010.
6. Ministère des Finances du Canada. Répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population canadienne, Ottawa, 2012. En ligne : <http://www.fin.gc.ca/pub/eficap-rebvpc/eficap-rebvpc-fra.pdf>.
7. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014, Ottawa, 2014. En ligne : http://www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_report_fr.pdf.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014, Ottawa, 2014. En ligne : http://www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_report_fr.pdf.
9. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014, Ottawa, 2014. En ligne : http://www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_report_fr.pdf.
10. Institut canadien d'information sur la santé. Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?, Ottawa, 2011. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf.
11. Statistique Canada. La situation des personnes âgées dans les ménages : familles, ménages et état matrimonial, type de construction résidentielle et logements collectifs, Recensement de la population de 2011. En ligne : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.pdf.
12. Ramage-Morin, P. Bien vieillir en établissement de santé, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 16, 2006, p. 47–56.
13. Figure tirée de : Statistique Canada. La situation des personnes âgées dans les ménages : Familles, ménages et état matrimonial, Type de construction résidentielle et logements collectifs, Recensement de la population de 2011. En ligne : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.pdf.
14. Société Alzheimer Canada. Les chiffres sur la maladie au Canada. En ligne : <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers> (consulté le 15 mai 2015).
15. Conference Board du Canada. Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens, Ottawa, 2015.
16. Institut canadien d'information sur la santé. Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf.
17. Institut canadien d'information sur la santé. Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf.
18. Tiré de : Institut canadien d'information sur la santé. Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf.
19. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association médicale canadienne. Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada, Ottawa, 2011. En ligne : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/guiding_principles_hc_f.pdf.
20. Institute for Healthcare Improvement. IHI Triple Aim Initiative. En ligne : <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/pages/default.aspx>.
21. McCloskey, R, Jarrett, P, Stewart, C. Alternate level of care patients in hospitals: What does dementia have to do with this? Canadian Geriatrics Journal. Vol. 17, no 3, septembre 2014. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164681/pdf/cgj-17-88.pdf>.
22. Agence de la santé publique du Canada. Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années, Ottawa, 2010. En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf.
23. Organisation mondiale de la Santé. Guide mondial des villes-amies des aînés, Genève, 2007.
24. Conference Board du Canada. Final report: an external evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative, Ottawa, 2014.

25. Drummond, D. Therapy or surgery? A prescription for Canada's health system, Benefactors Lecture, Toronto, Institut C.D. Howe, le 17 novembre 2011, p. 10.
26. statistique Canada. CANSIM, tableau 1050501; Populations qui ont un médecin régulier, selon le groupe d'âge et le sexe. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health75b-fra.htm>.
27. Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth, Ottawa, 2015.
28. Davis, K., K. Stremikis, D. Squires et C. Schoen. 2014 update: Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally, New York et Washington, Fonds du Commonwealth, juin 2014, p. 2021.
29. Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth, Ottawa, 2015.
30. Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth, Ottawa, 2015.
31. Région sanitaire de Winnipeg. En quoi consiste l'EEPG? En ligne : <http://www.wrha.mb.ca/wave/2011/05/gpat-f.php>.
32. Agrément Canada. Équipes d'évaluation du programme de gériatrie, 2013. En ligne : <http://www.accreditation.ca/fr/node/6492>.
33. Région sanitaire de Winnipeg. Le programme PRIME s'adresse-t-il à vous? En ligne : <http://www.wrha.mb.ca/wave/2010/10/prime-info-f.php>.
34. Financière Sun Life. À combien reviennent les soins de longue durée? En ligne : http://www.sunlife.ca/Canada/sunlife-CA/Health/Long+term+care+insurance/What+does+long-term+care+cost?vgnLocale=fr_CA.
35. Spalding, K., J. R. Watkins et A. P. Williams. Programmes de soins autogérés au Canada : rapport présenté à Santé Canada. Ottawa, Santé Canada, juin 2006, p. 6. En ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2006-self-auto/index-fra.php>.
36. Le Conference Board du Canada. Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens. Ottawa : Le Board; 2015.
37. Emploi et Développement social Canada. Rapport de contrôle et d'évaluation de l'assurance-emploi 20122013. En ligne : http://www.edsc.gc.ca/fr/rapports/assurance_emploi/controle2013/chapitre2_4.page?&_ga=1.164373430.840384704.1431629899#h4-2.
38. Prada, G., D. Verbeeten et P. Astles. Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens, Ottawa, Conference Board du Canada, 2015.
39. Association canadienne de soins et services à domicile. Portraits des soins à domicile au Canada 2013, Ottawa, 2013. En ligne : <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=274>.
40. Turcotte, M. Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés. Ottawa, Statistique Canada, 2014. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.htm>.
41. L'Alliance sur les temps d'attente. Il est temps de refermer l'écart : Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, 2014.
42. Institut canadien d'information sur la santé. Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances. Novembre 2012. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FR.pdf.
43. Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Maillons santé. En ligne : <http://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2012/12/maillons-sante.html>.
44. Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement, Ottawa, 2011, p. 8993.
45. Qualité des services de santé Ontario. Rapports sur les soins de longue durée. En ligne : <http://www.hqontario.ca/rapports/soins-de-longue-dur%C3%A9e>.
46. Santé Manitoba (Health Information Management). Annual statistics, 20122013, p. 70. En ligne : <http://www.gov.mb.ca/health/annstats/as1213.pdf>.
47. Vérificateur général du Québec. Vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2012; Services d'hébergement, p. 18. En ligne : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf.
48. Santé Î.-P.-É. Backgrounder on long-term care. En ligne : http://www.gov.pe.ca/photos/original/hw_speechback5.pdf.
49. Prada, G., D. Verbeeten et P. Astles. Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens, Ottawa, Conference Board du Canada, 2015.
50. Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adul-

tes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth. Ottawa, 2015.

51. Hodgson, C. Coût-efficacité des soins palliatifs : Analyse de la documentation. Association canadienne des soins palliatifs. En ligne : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/36293/TWF-Economics-report-FR-final-webmar7.pdf>
52. Société canadienne des médecins de soins palliatifs. Points saillants du sondage national sur la médecine palliative. En ligne : <http://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2015/04/PM-Survey-Final-Report-FR.pdf>
53. Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada, 2007. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/end_of_life_executive_summary_aug07_f.pdf.
54. Association médicale canadienne. L'euthanasie et l'aide à mourir (mise à jour 2014), Ottawa, 2014. En ligne : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/EOL/cma-policy-euthanasia-assisted-death-updated-2014-f.pdf>.
55. Prada, G., D. Verbeeten et P. Astles. Les services sociaux et de santé offerts aux aînés canadiens, Ottawa, Conference Board du Canada, 2015.
56. Association canadienne des soins palliatifs. Fact sheet: Hospice palliative care in Canada. Octobre 2014. En ligne : http://www.chpca.net/media/400075/fact_sheet_hpc_in_canada_march_2015_final.pdf.
57. Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Ottawa, 2011. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf.
58. <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/palliative-care-report-online-f.pdf>.
59. L'annexe B donne la liste des organismes ayant participé à l'atelier du 18 février 2015.
60. Bibliothèque du Parlement. Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. En ligne : <http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0858-f.pdf>.

ANNEXE A

Liste des organismes ayant participé aux groupes de travail :

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE MIEUX-ÊTRE ET LA PRÉVENTION

Association canadienne de santé publique
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Association canadienne du diabète
Légion royale canadienne
Société canadienne d'ophtalmologie

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS PRIMAIRES

Association canadienne de physiothérapie
Association canadienne des centres de santé communautaire
Association des pharmaciens du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Société de l'arthrite
Société de la médecine rurale du Canada

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS HOSPITALIERS (SOINS ACTIFS ET SPÉCIALISÉS)

Association canadienne d'orthopédie
Association canadienne des médecins d'urgence
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
SoinsSantéCAN

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Académie canadienne de gérontopsychiatrie
Association dentaire canadienne
Organismes caritatifs neurologiques du Canada
Revera
Soins continus Bruyère

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS À DOMICILE ET LES SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

Association canadienne de soins et services à domicile
Association canadienne des adjoints au médecin
Association des infirmières et infirmiers du Canada
FADOQ
Société canadienne de gériatrie
Société Parkinson Canada

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS PALLIATIFS

Association canadienne de soins palliatifs
Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île
Société canadienne des médecins de soins palliatifs
Société canadienne du cancer
Soins continus Bruyère

ANNEXE B

Liste des organismes ayant participé à l'atelier du 18 février 2015 :

Alliance canadienne de l'épilepsie
Association canadienne de santé publique
Association canadienne de soins palliatifs
Association canadienne des lésés cérébraux
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Association canadienne du diabète
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association nationale des retraités fédéraux
CARP
Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé
Coalition priorité cancer au Québec
Collège des médecins de famille du Canada
Congrès des peuples autochtones
Congrès du travail du Canada
Conseil pour la protection des malades du Québec
Fédération canadienne des municipalités
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Fédération nationale des retraités
Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
Hôpital Mount Sinai
Hôpital Women's College
INCA
La Fédération des aînées et aînés francophones du Canada
Le Réseau FADOQ
Légion royale canadienne
Lésions médullaires Canada
Réseau canadien du cancer du sein
Société Alzheimer du Canada
Société canadienne de gériatrie
Société canadienne de l'asthme
Société canadienne de la sclérose en plaques
Société canadienne des médecins de soins palliatifs
Société canadienne du cancer
Société de l'arthrite
Société gastro-intestinale
Société Parkinson Canada
Société pour les troubles de l'humeur du Canada
SoinsSantéCAN
YMCA Canada