

La santé des aînés, une priorité

Perspective de la relève médicale
quant à l'amélioration du continuum de
soins des personnes âgées du Québec



Rédigé dans le cadre de la Journée
d'action politique 2021



FMEQ

Fédération médicale
étudiante du Québec

Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2021 de la Fédération médicale étudiante du Québec

Publié le 1^{er} avril 2021
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : politique@fmeq.ca

Sous la direction de

Élise Girouard-Chantal, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Janick Caron-L'Écuyer, déléguée aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Rédigé par

Mariya Rosenova Andreescu, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

Adam Benabdesselam, coordonnateur national du comité Droits humains et paix d'IFMSA-Québec, étudiant en médecine, Université de Montréal

Julien Bélanger, étudiant en médecine, Université Laval

Marc-Alexandre Binette, représentant aux affaires externes de l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke

Liam Cooper-Brown, représentant aux affaires gouvernementales et au plaidoyer, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université McGill

Thalyssia Duflot, étudiante en médecine, Université Laval

Samuel Dufort, responsable aux affaires externes, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

Jad El-Hajj Sleiman, étudiant en médecine, Université Laval

Myriam Labrecque, étudiante en médecine, Université Laval

François-Pierre Marcoux, Vice-Président aux Affaires Internes d'IMFSA-Québec, Université de Montréal

Thalia Nguyen, étudiante en médecine, Université McGill

Elyonora Sargi, étudiante en médecine, Université McGill

Juliette St-Georges, représentante aux affaires académiques de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université McGill,

Élodie Rainville, responsable aux affaires externes, Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal en Mauricie

Isabelle Tapp, étudiante en médecine, Université Laval

Révision et mise en page

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Élise Girouard-Chantal, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Dr Guillaume Roy, ancien délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Janick Caron-L'Écuyer, déléguée aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Remerciements

Dre Karyne Pelletier, Médecins québécois pour le régime public (MQRP)

Hubert Tessier Grenier, Médecins québécois pour le régime public (MQRP)

Table des matières

1. Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Qc	5
2. Introduction	6
3. État de la situation: évolution des 20 dernières années	7
3.1 Vieillesse de la population et épidémiologie	7
3.2 État de la situation en CHSLD, RPA et RI	7
3.3 État de la situation en CLSC	11
3.4 Diversité, inclusion et équité chez les personnes âgées	13
3.4.1 Peuples autochtones	13
3.4.2 Isolement social des aînés	13
3.5 Résumé de notre mémoire portant sur le panier de services couverts par la RAMQ	14
3.5.1 Assurance-médicaments	14
3.5.2 Psychothérapie	14
3.5.3 Soins buccodentaires	14
3.5.4 Soins oculaires	15
3.5.5 Réadaptation (physiothérapie et ergothérapie)	15
3.5.6 Nutrition	15
4. Effectifs médicaux et paramédicaux travaillant avec les aînés	15
4.1 Médecins	15
4.2 Soins infirmiers	17
4.3 Les préposés aux bénéficiaires en résidences privées, en CHSLD et en soins à domicile	18
4.4 Professionnel de la santé	20
4.4.1 Physiothérapie et ergothérapie	21
4.4.2 Orthophonie	22
4.4.3 Nutrition	22
5. La relève étudiante et la population des aînés	24
5.1 Portrait de l'intérêt de la relève étudiante à travailler auprès de la population âgée	24
Tableau 1: Données de jumelage de médecine familiale/compétences avancées - Soins des aînés	25
Tableau 2: Données de jumelage des spécialités médicales - Programme de gériatrie	25
Tableau 3 : Intérêt selon le niveau de cheminement	26
Tableau 4 : Intérêt selon l'expérience de travail antérieure auprès de cette clientèle	26
Tableau 5 : Parcours de prédilection de la population étudiante indécise ou intéressée à travailler auprès de la clientèle gériatrique	27
5.2 Exposition à la population des personnes âgées dans le curriculum médical	27
6. État de la situation ailleurs: meilleurs modèles de pratique	29
7. Conclusion	32
Annexe I : Sondage sur l'intérêt des étudiant.es en médecine pour la gériatrie et sur leur exposition à la population des personnes âgées dans leur curriculum	33

1. Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Qc

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organes et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les sept campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

2. Introduction

La pandémie de la COVID-19 sera gravée dans la mémoire populaire pour toujours. Au Québec, certains s'en souviendront pour les différentes mesures mises en place afin de limiter la propagation du virus, d'autres s'en souviendront en raison des moments difficiles qui y auront été associés. Chose certaine, le corps médical s'en souviendra en raison des failles dans notre système de santé tragiquement mises en lumière durant cette pandémie. Le manque de personnel dans nos CHSLD aura poussé le gouvernement à demander l'aide des retraités, étudiants et citoyens à venir prêter main forte et ainsi temporairement pallier ce problème. Beaucoup d'étudiants en médecine ont répondu à l'appel des CHSLD durant la première vague et ont eux-même été témoins des problèmes complexes et multifactoriels dans les milieux de vie de nos aînés. Pour plusieurs d'entre nous, ce fut un choc et une prise en conscience. Cependant, nous nous devons de comprendre qu'il s'agit de problèmes qui perdurent depuis de nombreuses années. À l'heure actuelle, la prise de conscience collective et le désir unanime des Québécois de vouloir optimiser les services et soins offerts à nos aînés représentent un levier de changement important sur lequel nous devons agir maintenant.

De nombreuses ressources pour nos aînés existent actuellement, mais ne sont pas exploitées à leur plein potentiel. Les CLSC et organismes communautaires offrent différents services à domicile pour les aînés. Ces derniers peuvent en théorie profiter de l'aide de nombreux professionnels de la santé, mais la demande dépasse l'offre à un point tel qu'en pratique beaucoup de services ne sont que très difficilement accessibles. L'autonomie des aînés voulant rester dans leur propre demeure en est affectée.

Lorsqu'un aîné n'a plus les capacités de rester seul sans aide extérieure et que les services de soutien à domicile ne peuvent plus répondre à ses besoins, il doit déménager dans une résidence appropriée. Les aînés en perte d'autonomie ont besoin de recevoir des soins qui, pour être de qualité, nécessitent du temps. Cependant, pour avoir du temps, il faut avoir du personnel. Les ratios actuels de soignant/patient ne permettent d'offrir que le strict minimum et mettent une pression énorme sur les épaules du personnel qui doit composer quotidiennement avec une charge de travail très élevée.

D'autre part, il y a un manque d'intérêt marqué de la part des étudiants en médecine et en soins infirmiers à travailler avec la population âgée. Les facteurs derrière ce manque d'intérêt sont multifactoriels, mais aggraveront certainement le manque de main d'œuvre auprès de celle-ci dans les prochaines années.

Finalement, le Québec aurait avantage à s'inspirer de certains pays et provinces adoptant des modèles de pratique différents pour leurs soins des aînés afin d'améliorer le système actuel, notamment en ce qui concerne les soins à domicile.

Le présent mémoire aborde différents aspects du continuum de services et soins offerts aux aînés du Québec, ses enjeux et ses difficultés. Les étudiants en médecine du Québec ont à coeur la santé des aînés du Québec et nous proposons une série de solutions à ces problèmes et enjeux de notre perspective unique de relève médicale.

3. État de la situation: évolution des 20 dernières années

3.1 Vieillessement de la population et épidémiologie

Le vieillissement de la population est un enjeu grandissant faisant l'objet de nombreux débats au sein de la société québécoise, que ce soit en matière de qualité de soins chez nos aînés, d'accès aux milieux de vie ou de loisirs adaptés. De ce fait, il devient nécessaire de mieux connaître les réalités de la population vieillissante du Québec.

Le nombre de personnes âgées ne cesse de croître au Québec. En 2017, sur 8,4 millions de Québécois, on comptait 3,4 millions de personnes âgées de 50 ans ou plus et 1,6 million de personnes âgées de 65 ans ou plus. Cela signifie que plus de 40 % de la population québécoise a plus de 50 ans. Ce phénomène peut s'expliquer par le *baby-boom*, une période de forte natalité au Québec après la Deuxième Guerre mondiale. Présentement, il y a 2,2 millions de baby-boomers au Québec, soit des individus nés entre 1946 et 1964 qui auraient maintenant entre 56 et 74 ans¹. Qui plus est, la population du Québec vieillit rapidement. Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec², le quart des Québécois seront âgés de 65 ans ou plus en 2031, et près du tiers en 2061. Ce vieillissement démographique s'explique notamment par la forte dénatalité qui a succédé au baby-boom, ainsi que par une hausse de l'espérance de vie.

La population de personnes de 65 ans et plus est constituée à 55 % de femmes et de 45 % d'hommes. On note qu'une accentuation du caractère féminin de la population survient avec l'avancement en âge : les femmes occupent 51 % de la population âgée de 65 à 69 ans, et plus de 70% chez les 90 ans ou plus. En 2017, on dénombrait près de 1 700 centenaires au Québec, soit presque 1 000 de plus qu'en 2001. En 2017, plus de 90 % des centenaires sont des femmes (1 515/1 668). En 2016, l'espérance de vie des femmes est estimée à 84,5 ans, comparativement à 81 ans chez les hommes.³

3.2 État de la situation en CHSLD, RPA et RI

Les populations plus âgées ont été les premières à être touchées gravement par la COVID-19 : « Les personnes âgées de 70 ans et plus ont représenté près de 27 % des cas confirmés, 64 % des personnes hospitalisées et 91 % des personnes décédées, même si elles représentaient moins de 14 % de la population du Québec⁴». De plus, au temps de la pandémie, on a observé que 80,5 % des décès causés par la COVID-19 avaient eu lieu dans les 313 CHSLD publics, 59 CHSLD privés conventionnés et 40 CHSLD privés non conventionnés du territoire québécois⁵. Cela fait du Canada l'un des pires pays dans l'OCDE en cette matière. Par ailleurs, les CHSLD occupent une place bien plus grande au Canada que dans d'autres pays industrialisés et nos soins à domicile sont moins développés, alors que les études et commissions gouvernementales soulignent les multiples avantages de favoriser le vieillissement à domicile.

¹ Gilbert Leduc. «Baby-boomers, préparez-vous à laisser la place» *Le Soleil*, 3, mai 2017, <https://www.lesoleil.com/affaires/baby-boomers-preparez-vous-a-laisser-la-place-1048c42beda039e99000a8851d4d7786>

² Ministère de la Famille, « Les aînés du Québec Quelques données récentes Deuxième édition», 2018, p.4,

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aineec/aines-quebec-chiffres.pdf>

³ Ministère de la Famille, « Les aînés du Québec Quelques données récentes Deuxième édition», 2018, p. 5,7,8

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aineec/aines-quebec-chiffres.pdf>

⁴ INESSS, *Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès*, 2020, p.31, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_EP_Portrait_cohorte_COVID.pdf

⁵ Mireille Lavoie, «Privé, public, conventionné ou non : les différents types de foyer pour aînés», *Radio-Canada*, 12 avril 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1693454/chsld-residences-aines-personnes-ages-quebec-coronavirus>

Selon un rapport gouvernemental de 2013, la rigidité de l'organisation du travail à caractère institutionnel traditionnel des CHSLD fait en sorte que le personnel, centré sur sa tâche, porte davantage son attention sur les soins physiques et médicaux, relayant au deuxième rang les dimensions psychologique et sociale des personnes hébergées. C'est ainsi que, pour respecter les horaires rigoureux, le personnel se voit souvent contraint d'exécuter rapidement ses tâches et d'outrepasser le respect du rythme de la personne⁶. En 2018-2019, les ressources humaines en CHSLD ne pouvaient répondre qu'à 71 % des besoins en assistance et en soins des résidents⁷. Ce facteur, exacerbé par les coupures budgétaires et les mesures d'austérité de 2015, peut être expliqué par le ratio soignant-patient élevé et dangereux dans ces milieux de vie. En effet, selon la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), les ratios soignants-patients ne sont pas sécuritaires dans de nombreuses régions au Québec. Chaque infirmier ou infirmière peut avoir jusqu'à 119 patients durant la nuit⁸. La charge de travail est énorme. Les professionnels de la santé sont contraints de prioriser certains soins aux dépens d'autres et de faire du temps supplémentaire obligatoire (TSO). Les TSO sont inquiétants, puisqu'il a été démontré que pour chaque augmentation de 5 % d'heures supplémentaires des infirmières, le risque de mortalité des patients grimpe de 3 %⁹. Le 23 septembre 2020, la CAQ a refusé de débattre de la motion conjointe des partis de l'opposition voulant que le gouvernement dévoile les données complètes sur le temps supplémentaire obligatoire dans nos hôpitaux et qu'il reconnaisse la surcharge de travail chronique des professionnels de la santé : « Les données seront rendues publiques une fois les négociations [concernant la convention collective du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires] terminées afin de ne pas nuire aux échanges entre les parties¹⁰ », écrit Marjaurie Côté-Boileau, l'attachée de presse du ministre Dubé. Il semble impératif de reconnaître le problème et de rendre ces données publiques afin que les partis collaborent et posent des actions concrètes pour y remédier.

Le déficit de personnel soignant chronique est causé par une hausse de près de 40 % des départs hâtifs et des arrêts de travail. Dans un sondage de la FIQ, 70 % des répondants affirmaient avoir le désir de démissionner. Les causes sont nombreuses : mauvaises conditions de travail, seulement 50 % des emplois du réseau sont des postes à temps plein, temps supplémentaire obligatoire, ratios aberrants. Par ailleurs, le manque de personnel chronique encourage le recours aux agences de placement privées pour combler à la pièce de façon temporaire les besoins en personnel de première ligne. Ces entreprises à but lucratif facturent un prix plus élevé et entraînent donc des coûts supérieurs au système de santé : « Les agences de placement privées ont empêché plus de 4 millions de dollars entre le 1^{er} avril et le 17 novembre pour prêter main-forte aux différentes installations du réseau de la santé dans la région, un montant supérieur aux trois dernières années réunies¹¹ ». De plus, le personnel des agences n'a pas toujours la formation requise et se voit faire des quarts de travail dans différents établissements, ce qui augmente la transmission des maladies et l'instabilité des équipes de travail et donc, la qualité des soins.

Ensuite, les lieux physiques des milieux de vie pour aînés sont désuets. En 2018, près d'un quart des bâtiments des CHSLD étaient en très mauvais état au Québec. Ce taux atteint plus de la moitié en Gaspésie,

⁶ Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec. *La commission de la santé et des services sociaux : Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. (Québec, 2013). p. 18.

⁷ Roxane Borgès Da Silva et al., «Repenser l'allocation des ressources humaines en santé : faut-il vraiment faire un choix entre CHSLD et hôpitaux?», *Cirano*, <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020PE-06>

⁸ Alie Dostie, « CHSLD : les infirmières dénoncent les pires ratios patients/infirmières », *Le soleil de Châteauguay*, 21 octobre 2020, <https://www.cybersoleil.com/chsld-les-infirmieres-denoncent-les-pires-ratios-patients/>

⁹ Radio-Canada, « *La Vêrif* : plus d'heures supplémentaires des infirmières, plus de risques de décès de patients », publié le 20 février 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1084929/verif-infirmiere-ratio-patient-heure-supplementaire-sante-medecin-ministre-sante-barette-fiq-etude-reseau>

¹⁰ Alexandre Duval, «Heures supplémentaires obligatoires : Québec garde ses données secrètes», *Radio-Canada*, 30 septembre 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1737175/heures-supplementaires-obligatoires-infirmieres-quebec-refus-acces-document-transparence>

¹¹ Sarah Désilets-Rousseau, Sarah, «4 millions de dollars octroyés par le CIUSSS au privé faute de main d'oeuvre», *Radio-Canada*, 13 décembre 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1756782/sante-penurie-main-doeuvre-agences-4-millions>

aux Îles-de-la-Madeleine et dans Lanaudière¹². Beaucoup d'établissements ont des chambres et des salles de bain partagées, des salles à manger encombrées ainsi que des corridors étroits et inadaptés aux besoins des résidents¹³.

Qui plus est, l'organisation des soins en CHSLD est problématique. La réforme Barrette de 2015 ayant réduit des postes de cadre et ayant centralisé la prise de décision, force est d'admettre que la gestion de la crise est plus complexe, comme l'explique Noël Neveu, directeur des programmes à l'Agence de Santé de l'Abitibi-Témiscamingue : « Chaque région a ses particularités et ne vit pas la pandémie de la même façon [...] Même au niveau régional, ce n'est pas vrai par exemple que lorsque les décisions se prennent à Rouyn-Noranda ou à Val-d'Or, qu'elles sont adéquates pour le Témiscamingue¹⁴ ». De plus, Selon le Dr Vincent Bouchard-Dechène, médecin spécialiste et porte-parole du Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé (RQMDSS), les conséquences de la centralisation sont « graves, le flou administratif et l'absence de gestionnaire sur place dans les centres de soins amènent une grande perte de temps et d'efficacité¹⁵ ». Ces facteurs ont été mis en lumière de manière dramatique durant la première vague de la COVID-19 au Québec, où les RPA, CHSLD et hôpitaux n'avaient pas d'autorité responsable sur place pour remplir les directives ministérielles. Les médecins du RQMDSS réclament donc la nomination d'un administrateur local, car pour l'instant, les professionnels locaux doivent faire approuver toutes leurs décisions par un gestionnaire du CIUSSS qui peut n'avoir aucune idée de la situation dans l'établissement et qui peut refuser¹⁶. Ces facteurs ont contribué aux taux alarmants d'infections durant la pandémie et à la détresse vécue dans ces milieux de vie.

Au final, un milieu de vie et de soins de longue durée doit être adapté et accessible, et nécessite que la personne se sente chez elle, que sa routine de vie soit personnalisée, qu'elle entretienne des relations de qualité avec le personnel, que l'établissement favorise la gestion participative des résidents et l'implication communautaire. Bien que les CHSLD aient été le centre de l'émoi médiatique en 2020, seulement 11,3 % des personnes âgées de plus de 85 ans y résident. Les résidences de personnes âgées comptent 26,1 % de cette population. En raison du vieillissement de la population, il est donc à prévoir que la demande en milieux de vie et en soins à domicile augmentera plus rapidement que l'offre. Il ne suffit pas d'améliorer la qualité des soins en CHSLD. Il faudra aussi bonifier l'offre des options alternatives, comme les RPA et les RI, qui diminuent le taux d'institutionnalisation des aînés. Actuellement, le revenu des personnes âgées à la retraite stagne ou est grugé par l'inflation qui croît plus rapidement que les pensions, ce qui rend plus ardu l'accès au logement. L'enquête sur les résidences de personnes âgées de 2020 réalisée par la Société canadienne d'hypothèque et de logement expose que la demande a augmenté plus rapidement que l'offre au Québec au cours de la dernière année¹⁷. Les RPA privées sont inaccessibles à la majorité des aînés, et ce, malgré le crédit d'impôt : « à partir de 2 000 \$ de loyer mensuel, le coût moyen d'une place en RPA incluant le crédit d'impôt représente près de 100 % du revenu annuel médian des Québécois de plus de 75 ans¹⁸ ». Pourtant, en 2015, le ministre Leïtao a annoncé une réduction de 50 % des sommes consacrées au développement de nouveaux

¹² Radio-Canada, « Près du quart des CHSLD sont en mauvais ou très mauvais état », *Radio-canada*, 27 juin 2018,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1109385/chsld-etat-batiments-immobilier-quebec-renovations-travaux>

¹³ L'Association canadienne des soins de longue durée (CALTC), « Prendre soin des personnes âgées au Canada : Recommandations pour répondre aux besoins d'une population vieillissante », *CALTC*, p.7, https://caltc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Caring-for-Canadas-Seniors_CALTC_FR.pdf

¹⁴ Jean-Marc Belzile, « COVID-19 : avec la centralisation des décisions, les régions sont-elles entendues? », *Radio-Canada*, 8 mai 2020,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1700061/coronavirus-centralisation-decisions-quebec-regions>

¹⁵ La Presse Canadienne, « La centralisation a causé des morts dans les hôpitaux du Québec, dénoncent des médecins », *Radio-Canada*, 29 octobre 2020,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1745224/medecins-omerta-lettre-systeme-sante-coronavirus>

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Société canadienne d'hypothèque et de logement, « Résultats – Enquête sur les résidences pour personnes âgées », *cmhc-schl*, consulté le 18 janvier 2020,

<https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/housing-observer-online/2020-housing-observer/results-2020-seniors-housing-survey>

¹⁸ FADOQ, « Les aînés et le logement - Une situation particulière : Vers une nouvelle approche d'intervention en habitation », *FADOQ*, p. 18,

https://www.fadoq.ca/wp-content/uploads/2016/09/2016-10-21-avis_fadoq_consultation_shq.pdf

logements sociaux. Pour tenter de compenser, une partie des sommes a été redirigée dans le programme de Supplément au loyer privé (PSL). Cependant, le PSL, en plus de n'être qu'une aide ponctuelle, n'offre pas le soutien communautaire qu'offre le logement social et a engendré une pression à la hausse des loyers privés de l'ensemble du marché¹⁹. À cet effet, une bonification du programme AccèsLogis et de l'offre de logement social notamment par la mise en place d'un programme comme *Permaloge* du Regroupement québécois des OBNL d'habitation²⁰ serait un bon pas de l'avant. Le programme Permaloge se veut une proposition permanente et pérenne de mécanisme de financement de logements sociaux moins dispendieux pour l'État. Il vise à permettre le développement de milliers d'unités de logement communautaire chaque année sans dépense en capital de l'État. Le projet prévoit que les dépenses du gouvernement pour le développement du projet soient remboursées après 15 ans et que les développeurs communautaires s'engagent à offrir les logements au plus bas coût possible.

Outre les CHSLD et RPA, il y a les ressources intermédiaires (RI) qui sont des milieux de vie qui remplacent le milieu de vie naturel du patient. Les RI embauchent environ 1000 employés qui hébergent plus de 16 000 personnes vivant plusieurs problématiques, notamment une perte d'autonomie, une déficience physique ou intellectuelle, un problème de santé mentale, de la toxicomanie ou un trouble du spectre de l'autisme et ayant besoin de soutien pour leur intégration et participation sociale. Les RI ont une entente avec un établissement public (ex. : CIUSSS, CISSS) qui assure l'évaluation et le suivi professionnel de la clientèle. Les RI sont financées à 100 % par le gouvernement. La personne hébergée bénéficie des services sociaux et de santé offerts gratuitement par la RAMQ, mais doit assumer les frais reliés au logement et à la nourriture. La contribution est basée sur la nature des contraintes à l'emploi si la personne reçoit la prestation d'aide ou de solidarité sociale ou sur le pronostic de réintégration sociale si la personne n'est pas prestataire de l'aide de dernier recours. Le personnel des RI s'occupe de la nourriture, de la médication, de la désinfection et des gestions de crise. Les RI ont ainsi été parmi les plus touchées par la pandémie du fait qu'au moment où elles peinaient déjà à retenir le personnel nécessaire, le gouvernement fédéral a annoncé la PCU qui offrait sensiblement le même montant que le salaire mensuel des employés des RI. Selon un rapport indépendant réalisé par l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, malgré le fait que les RI soient aussi financées entièrement par le gouvernement, le salaire des préposés est de 14 \$/h (18 \$/h après les primes temporaires) alors qu'il est de 26 \$/h en CHSLD²¹. Les tâches des préposés sont semblables dans les deux milieux, voire plus exigeantes en RI puisque, n'étant pas entourés d'une équipe soignante, les préposés ont plus de responsabilités et doivent faire preuve de plus d'autonomie. Cette iniquité entraîne une compétition contre-productive dans le continuum de soins longue durée. Le besoin est devenu d'autant plus criant puisque les hôpitaux libéraient rapidement les lits occupés par des patients en fin de soins actifs et que certains de ceux-ci étaient relocalisés en RI²². Suite à ses demandes au gouvernement, notamment dans un communiqué envoyé le 27 mars 2020, l'ARIHQ a fini par obtenir un retour positif : le gouvernement propose aux RI et RTF un soutien financier d'un montant de 73 M \$²³.

¹⁹ RQOH, «Permaloge - Une initiative audacieuse pour assurer le développement du logement communautaire », p. 5, <https://rqoh.com/permaloge/>

²⁰ Regroupement québécois des OBNL d'habitation, « Permaloge : une initiative audacieuse pour assurer le développement du logement communautaire », <https://rqoh.com/wp-content/uploads/2016/08/permaloge-15-aout-2016.pdf>

²¹ Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, « Rapport indépendant sur le travail des préposés aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires : L'iniquité salariale des préposés aux bénéficiaires en ressources intermédiaires est injustifiable », *NewsWire*, consulté le 13 février 2021, <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/rapport-independant-sur-le-travail-des-preposes-aux-beneficiaires-dans-les-ressources-intermediaires-l-iniquite-salariale-des-preposes-aux-beneficiaires-en-ressources-intermediaires-est-injustifiable-824731884.html>

²² Ariane Lacoursière, «Les ressources intermédiaires peinent à recruter du personnel », *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-27/les-ressources-intermediaires-peinent-a-recruter-du-personnel>

²³ ARIHQ, « COVID-19 – L'ARIHQ est rassurée par le soutien de 73 M\$ à court terme, mais demande des actions rapides pour rehausser le salaire des préposés », consulté le 13 février 2021, <https://www.arihq.com/covid-19-arihq-est-rassuree-par-le-soutien-de-73-m-a-court-terme-mais-demande-des-actions-rapides-pour-rehausser-le-salaire-des-preposes/>

Pour terminer, dans leur rapport annuel de 2020 « Ce que la COVID-19 a révélé sur le système de santé québécois et comment y remédier », le regroupement Médecins québécois pour le régime public (MQRP) propose quelques recommandations visant l'amélioration des soins aux aînés. Le MQRP démontre que la qualité des soins est généralement inférieure en établissement privé dû au haut taux de roulement du personnel, des faibles salaires, des conditions de travail difficiles. L'une des propositions consiste en l'embauche massive de personnel en assurant de meilleures conditions de travail pérennes et équitables entre le réseau public et privé, et entre les CHSLD et RI. Le regroupement suggère notamment une amélioration permanente du salaire, l'abolition du temps supplémentaire obligatoire, des horaires plus flexibles et la création de plus d'emplois à temps plein²⁴. Répétons qu'il est impératif que les améliorations apportées soient maintenues après la période de pandémie puisque le problème prend sa source bien avant l'avènement du COVID-19.

3.3 État de la situation en CLSC

Au Québec, il existe actuellement 13 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Ces organisations ont pour objectif d'offrir à la population des services de santé et de bien-être répondant à des besoins divers. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) font partie, au même titre que les centres hospitaliers, les centres de réadaptation et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des établissements coordonnés par les CISSS et les CIUSSS.

Les CLSC jouent un rôle central et de soutien dans l'accompagnement et l'aide aux personnes âgées. Ces centres ont pour mission « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique²⁵ ». Leur but est donc d'offrir des services adaptés aux besoins de sa population en fonction des particularités sociodémographiques de celle-ci. Les CLSC misent sur une approche multidisciplinaire afin d'aider les individus dans leur globalité, mais également leur communauté.

Il est bien établi que le vieillissement de la population québécoise n'est pas sans conséquence. Ce phénomène démographique est effectivement associé à une augmentation des risques de maladies chroniques et des incapacités. Les personnes âgées sont notamment aux prises avec des difficultés quant à l'accomplissement de leurs activités quotidiennes et domestiques²⁶. Il est donc nécessaire que des services de santé et d'accompagnement soient disponibles pour les personnes âgées. Celles-ci peuvent recevoir de nombreux services dans les CLSC. En premier lieu, des intervenants du CLSC sont responsables de l'évaluation des besoins de leur clientèle. Les services d'évaluation permettent d'identifier les besoins individuels de chaque personne et d'orienter l'individu vers les ressources disponibles et adaptées à ses besoins. Parmi les services disponibles pour les aînés, les CLSC dispensent une assistance médicale à domicile. Un personnel de soins et d'assistance peut accompagner les personnes âgées pour divers soins d'hygiène et de santé. À titre d'exemple, un auxiliaire peut fournir de l'aide pour la prise de bain ou l'habillement. Du personnel infirmier est

²⁴ Médecins québécois pour le régime public, « Ce que la COVID-19 a révélé sur le système de santé québécois et comment y remédier », p. 43-44.

https://drive.google.com/file/d/1IH_x9rzLPA3Ud8-Xw3MKim_ELLda-Hmc/view

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Établissements de santé et de services sociaux. 2018.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/?fbclid=IwAR3enFs2bH7UToZvciAHTjyTqTwRIIxe5cSlbsShW1LT2Wu6F-8rPy-vtJc>. Consulté le 20 décembre 2020.

²⁶ Archambault, Michèle, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec), Bernard Candas, Maria Fortino, Marie-Hélène Raymond, Denis A Roy, et Sylvie Desmarais. Évaluation du continuum de soins et services aux aînés: Perspectives pour l'évolution de la mesure. Québec, QC: INESSS, 2019.

également disponible pour le changement de pansement, les soins respiratoires, etc. De plus, les CLSC disposent de centres de jour qui offrent de nombreux services. L'accès à des médecins avec ou sans rendez-vous ainsi qu'un suivi infirmier régulier y sont offerts. Il s'agit de services essentiels pour la population gériatrique qui a des besoins en soins de santé accrus. Il est aussi possible de passer divers tests médicaux dans les centres de jour, comme des prises de sang et autres prélèvements. En outre, des ateliers de maintien ou d'amélioration de la condition physique y sont offerts. Afin de lutter contre l'isolement social dont souffrent souvent la population gériatrique, des activités visant l'élargissement du cercle social ont aussi été mises sur pied. Finalement, les CLSC ont un rôle d'orientation. En effet, en tant que porte d'entrée dans le réseau de la santé, ces centres permettent d'orienter les personnes âgées vers les ressources disponibles adéquates, que ce soit au sein du réseau ou vers des organismes communautaires et partenaires.

Le vieillissement de la population laisse présager une forte croissance des demandes de soins à domicile, d'où l'importance des CLSC dans le continuum de soins de santé offerts aux aînés, qui correspondent à un service de proximité et représentent un outil qui permet d'assurer un suivi auprès d'une population plus vulnérable. Cette hausse des demandes est aussi attribuable à la demande des soins de santé associée aux maladies chroniques²⁷. Cette offre de service regroupe deux principales catégories, soit les soins de santé à domicile et le soutien à domicile. D'une part, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'inhalothérapie, la nutrition, le *counseling* et les services sociaux représentent les soins de santé. D'autre part, l'entretien ménager, l'aide familiale, les soins personnels, la préparation des repas, les visites à domicile, les courses, le transport et les soins de répit sont plutôt associés au soutien à domicile.

En 2005, 9,3 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés recevaient des services à domicile. La proportion augmentait considérablement selon le groupe d'âge : 5,1 % pour les 65-74 ans et 15,3 % pour celui des 75 ans et plus. Cette proportion (9,3 %) était d'ailleurs plus élevée que celle des personnes ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (4,2 %), mais inférieure à la proportion de personnes souffrant d'incapacité sévère ou très sévère (13,9 %), selon l'EPLA 2006²⁸.

Une autre piste pour favoriser le maintien des aînés dans leur milieu naturel et compléter l'offre de services des CLSC est d'améliorer les conditions des proches aidants. En effet, selon le Regroupement des aidants naturels de Québec (RANQ), 25 % de la population de plus de 15 ans est proche aidante. 35 % des proches aidants consacrent plus de cinq heures et 10 % plus de 20 heures à des soins et du soutien. En 2016, la commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse recommandait que le rôle des proches aidants soit reconnu par une politique donnant accès non seulement à une rémunération, mais aussi à du soutien, à des formations et au répit nécessaire²⁹. En 2020, la RANQ recommandait « la création d'une allocation d'assurance-aidant permettant de compenser, pour les proches aidants sans revenu ou à bas revenu, toute implication de plus de 10 h/semaine³⁰ ». La nouvelle politique nationale sur les proches aidants (2021) est un pas dans cette direction. Le projet de loi 56 déposé en juin 2020 par Marguerite Blais, ministre des Aînés, et adopté le 28 octobre 2020 prévoit notamment un plan d'action gouvernemental destiné aux proches aidants tous les cinq ans, des indicateurs pour mesurer leur qualité de vie et l'impact des gestes du

²⁷ Brodeur, Joël, Barbara Harvey, et Chantale Desbiens. Réflexion sur le soutien aux aînés à domicile: Consultation des ordres professionnels Priorités du ministre de la Santé et des Services sociaux 2016-2017, 2017. <https://www.deslibris.ca/ID/10089754>.

²⁸ Choinière, Robert, Institut national de santé publique du Québec, et Vice-présidence aux affaires scientifiques. Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Montréal, Qué.: Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique Québec, 2010. <http://www.deslibris.ca/ID/223951>.

²⁹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, « Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité », 2006, p. 11.

³⁰ RANQ, « Portrait des proches aidants », RANQ, consulté le 20 décembre 2020, <https://ranq.qc.ca/services/statistiques/>

gouvernement à leur égard. Nous encourageons les propositions du gouvernement pour bonifier les services de répit et potentiellement verser une allocation directement aux proches aidants.

En somme, il serait bénéfique de miser davantage sur une telle offre de service près de la communauté pour plusieurs raisons. Il s'agit en effet d'une ressource beaucoup moins coûteuse que les centres d'hébergement longue durée ou les centres hospitaliers. Cela permettrait donc de diminuer les coûts associés au vieillissement de la population. Cette solution est avantageuse, d'autant plus qu'elle répond également à la volonté des aînés de demeurer chez eux.

3.4 Diversité, inclusion et équité chez les personnes âgées

3.4.1 Peuples autochtones

Pour faire une revue juste et équitable des aînés québécois, il est important d'aborder les enjeux spécifiques à la santé des aînés appartenant aux peuples autochtones. De manière générale, les membres des peuples autochtones sont relativement jeunes. En effet, les personnes de plus de 65 ans ne représentent que 6 % de leur population en comparaison à 14 % pour la population allochtone. Cependant, cette population connaît une tendance au vieillissement. L'accroissement de l'espérance de vie, ainsi que la baisse du taux de fécondité de la population autochtone contribuent au vieillissement relatif de cette population³¹.

Plus de la moitié des aînés autochtones vivent dans un centre de population³². Ceux-ci sont plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire en comparaison aux aînés allochtones. Selon des données datant de 2012, 9 % des aînés autochtones vivant dans un centre de population ont déclaré un degré d'insécurité alimentaire faible ou très faible en comparaison à 2 % des aînés allochtones.³³ Les aînés autochtones sont aussi en moins bonne santé et disposent de plus faibles revenus que leurs homologues allochtones. Les séquelles laissées par la colonisation, ainsi que les traumatismes intergénérationnels sont en partie responsables de leur moins bon état de santé physique et psychologique.³⁴

Plusieurs enjeux restent à travailler pour réduire les inégalités entre le bien-être des aînés autochtones et allochtones. Notamment, l'accès à un continuum de soins de santé destinés aux aînés dans leur communauté semble un enjeu clé. En effet, plusieurs aînés autochtones sont contraints à s'expatrier vers les centres de population et reçoivent donc difficilement des soins culturellement adaptés.³⁵

3.4.2 Isolement social des aînés

Au Canada, 19 % des aînés rapportent se sentir délaissés ou isolés et cette proportion augmente avec l'âge. 24 % aimeraient participer à plus d'activités sociales et 37 % des aînés vivant seuls rapportent ne pas avoir un soutien social suffisant. L'isolement social des aînés est d'ailleurs associé à des impacts adverses sur la santé cardiovasculaire, l'autonomie fonctionnelle, la santé cognitive, la santé mentale, le bien-être et la qualité de vie, ainsi qu'un risque de mortalité augmenté chez nos aînés. On y associe aussi une plus grande vulnérabilité à la

³¹ Statistique Canada Gouvernement du Canada, "Enquête Auprès Des Peuples Autochtones De 2012 Aînés Autochtones Dans Les Centres De Population Au Canada" Aînés autochtones dans les centres de population du Canada, March 21, 2017, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2017013-fra.htm>.

³² Un centre de population est une région ayant une population d'au moins 1000 habitants et une densité d'au moins 400 personnes par kilomètre carré.

³³ L'insécurité alimentaire est définie par une difficulté financière à s'alimenter ou un accès limité à un variété d'aliment nécessaire pour s'alimenter

³⁴ "Les plus Vulnérables Au Canada: Améliorer Les Soins De Santé Pour Les Personnes Âgées Des Premières Nations, Inuites Et Métisses" (Conseil Canadien de la Santé, November 2013), https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Senior_AB_Report_2013_FR_final.pdf.

³⁵ "Empathie, dignité et respect: Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain" (Conseil Canadien de la Santé, December 2012), https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Aboriginal_Report_2012_FR_final.pdf.

maltraitance et à la malnutrition, deux situations d'autant plus exacerbées pendant la pandémie de COVID-19²⁹.

Plusieurs facteurs de risque contribuent à rendre plus vulnérable certains aînés à vivre de l'isolement social. On peut noter le fait de vivre seul, d'appartenir à une minorité sexuelle ou de genre, d'appartenir à une minorité ethnique, de vivre des limitations de santé physique, mentale et/ou cognitives, la présence d'âgisme présent dans sa communauté ainsi que l'absence d'infrastructures adaptées aux aînés.³⁶

3.5 Résumé de notre mémoire portant sur le panier de services couverts par la RAMQ

En février 2020, la FMEQ a publié un mémoire dans le cadre de la Journée d'action politique de 2020 intitulé *Élargissement du panier de services en santé : pour la santé et pour le portefeuille des Québécois*. La section qui suit en est un résumé orienté sur la santé des aînés.

3.5.1 Assurance-médicaments

Présentement, le modèle d'assurance-médicaments mis en place au Québec est un modèle mixte, à la fois public et privé. Le régime public administré par la RAMQ couvre notamment les personnes âgées de 65 ans et plus. Toutefois, l'accès à la pharmacothérapie n'est pas garanti puisque peu importe le régime auquel les participants souscrivent, ces derniers doivent généralement payer une prime annuelle, une franchise (annuelle ou mensuelle) et une coassurance.

3.5.2 Psychothérapie

Dans le réseau public, l'accès à la psychothérapie se fait principalement par les médecins de famille et par des intervenants affiliés aux CISSS-CIUSSS, aux CLSC ou aux centres de réadaptation. Les services en psychothérapie dans les institutions publiques sont cependant limités par les délais entre la référence initiale et la prise en charge, allant de quelques semaines à plusieurs mois. À compter de l'automne 2020, tous les établissements publics de santé et de services sociaux au Québec offriront graduellement les services prévus au Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) qui comprend les autosoins et la psychothérapie. Par contre, le PQPTM s'adresse aux adultes, enfants et adolescents. Les aînés ne sont pas particulièrement mentionnés³⁷.

3.5.3 Soins bucco-dentaires

Pour la population en général, les seuls services couverts par la RAMQ sont les chirurgies buccales effectuées en milieu hospitalier en cas de traumatismes ou de maladies très spécifiques. Il existe quelques programmes gouvernementaux visant à accroître l'accès à certains services bucco-dentaires en CHSLD. Par exemple, le Programme québécois de soins bucco-dentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD facilite l'accès aux soins bucco-dentaires curatifs et préventifs chez les résidents des CHSLD.

Chez les aînés québécois, l'édentation (perte de dents), partielle ou totale, et les problèmes reliés au port de prothèse constituent deux des principaux problèmes préoccupants quant à leur santé bucco-dentaire. Lorsque

³⁶ «Lutter Contre l'isolement Social Et La Solitude Des Personnes Aînées En Contexte De Pandémie» (Institut National de Santé Publique du Québec, June 19, 2020), <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>

³⁷ Gouvernement du Québec. *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*, 2020, <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebecois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>

les causes de cet usage inapproprié ont été investiguées, il a été décelé que plus du tiers des sujets ne s'étaient pas rendus chez un professionnel dentaire dans les 10 dernières années, d'où l'importance de services dentaires couverts pour nos aînés. Le manque d'accès aux soins buccodentaires est particulièrement inquiétant pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en CHSLD puisque seulement 5 % d'entre elles ont une assurance dentaire, tandis que 27 % des personnes résidant à domicile sont assurées.

3.5.4 Soins oculaires

Les 65 ans et plus sont assurés pour certains services d'optométrie par la RAMQ. Ces services incluent l'examen de l'appareil oculo-visuel, les examens reliés à des conditions visuelles particulières, la prescription de lunettes ou de lentilles, ainsi que l'évaluation de la vision des couleurs, des champs visuels, des mouvements des yeux et de leur adaptation à la lumière. Les frais reliés aux consultations d'urgence sont aussi couverts.

De nombreuses conditions visuelles ont été associées avec les chutes, qui sont plus fréquentes avec l'âge et sont fortement liées aux fractures de la hanche. Parmi les mesures non couvertes par la RAMQ, le renouvellement des lunettes pourrait avoir un impact significatif sur la prévention de ces chutes.

3.5.5 Réadaptation (physiothérapie et ergothérapie)

Il existe une couverture publique des soins de réadaptation, mais son accessibilité est un problème criant en CLSC, en CHSLD et en centres de réadaptation. De plus, en CLSC, les programmes d'adaptation domiciliaire ne sont pas couverts pour les personnes âgées en perte d'autonomie. De longues listes d'attente en réadaptation se font donc grandement ressentir. En effet, entre 15 à 18 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont besoin de soins à domicile, alors que seulement 8,6 % de ces personnes ont accès à ces soins.

3.5.6 Nutrition

À l'heure actuelle, la RAMQ couvre seulement les soins nutritionnels en établissement pour le suivi de certaines maladies ou conditions chroniques particulières. Or, selon le rapport du Vérificateur général, dans les soins à domicile et les soins de longue durée, les soins nutritionnels ne sont pas disponibles pour tous, compromis, entre autres, par des temps d'attente très longs.

Au Québec comme dans le reste de l'Amérique du Nord, on rapporte chez les aînés une prévalence de la dénutrition de 5 à 15 % et un risque nutritionnel chez 10 à 60 % d'entre eux. La dénutrition étant un problème pouvant engendrer des conséquences négatives au niveau des capacités fonctionnelles et cognitives, de l'efficacité du système immunitaire et du processus de guérison, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) s'est montré en faveur d'un outil de dépistage systématique des personnes âgées pour une prise en charge rapide en cas de dénutrition³⁸.

³⁸ Fédération médicale étudiante du Québec, « Élargissement du panier de services en santé : pour la santé et pour le portefeuille des Québécois » (Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'Action politique 2020 de la Fédération médicale étudiante du Québec, 2020). https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_panier_services.pdf

4. Effectifs médicaux et paramédicaux travaillant avec les aînés

4.1 Médecins

De nombreux médecins travaillent quotidiennement avec la population des personnes âgées. Certains ont même une formation spécialisée dans les soins aux aînés et une pratique spécifiquement dédiée à cette population. On y retrouve principalement les gériatres et les médecins de famille ayant une formation complémentaire en soins aux personnes âgées.

Tout d'abord, le gériatre est le spécialiste médical de la personne âgée. Il vise à maintenir son autonomie dans une approche interdisciplinaire ayant pour but la prévention, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé touchant les aînés³⁹. La formation pour devenir gériatre est composée d'abord du doctorat en médecine d'une durée de quatre ou cinq ans suivi du tronc commun de médecine interne pendant trois ans, puis de la spécialité en gériatrie d'une durée de deux ans.⁴⁰ Cette formation permet au gériatre d'occuper un rôle très variable entre les régions et établissements en fonction des exigences et besoins des milieux⁴¹. Ceux-ci travaillent majoritairement en milieu hospitalier, particulièrement dans les unités de courte durée gériatriques, à la salle d'urgence, à titre de consultant sur différentes unités de soins, en médecine ambulatoire, en réadaptation et dans diverses cliniques spécialisées. En CHSLD et en CLSC, ceux-ci ont plutôt un rôle de soutien au médecin traitant ou de consultant⁴². Les gériatres ont également un rôle en enseignement, en recherche et dans l'organisation des soins aux aînés. Un sondage réalisé par l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) auprès de ses membres en février 2011 montrait que les gériatres consacraient environ 74 % de leur pratique aux activités cliniques, lesquelles étaient composées à 39 % de médecine aigüe, 39 % de soins gériatriques généraux, 8 % de support à la communauté (ambulatoire et unité d'hébergement/soins de longue durée) et 14 % en soins spécialisés en maladies gériatriques. Les gériatres avaient toutefois mentionné leur désir d'accroître leur présence en ambulatoire et en soins spécialisés. Selon l'Association Médicale Canadienne, il y avait 83 gériatres en 2019 au Québec, ce qui représente un ratio de 1 gériatre par 100 000 habitants et qui place donc le Québec au 2^e rang des provinces canadiennes à égalité avec la Colombie-Britannique (1/100 000) et dernière la Nouvelle-Écosse qui compte 1,1 gériatre par 100 000 habitants⁴³.

En 2011, l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) était catégorique dans le document « Les Gériatres au Québec, À l'aube du vieillissement démographique : Un défi à relever, un rôle à clarifier » : il existe une pénurie de gériatres au Québec en plus d'y avoir une utilisation sous-optimale de ceux-ci. En effet, leur expertise en soins spécialisés aux aînés pourrait être davantage mise au profit de la population. De plus, 30 % des gériatres actifs en 2011 prévoient prendre leur retraite dans les 15 années suivantes, ce qui risquait d'accroître la pénurie si les admissions en gériatrie n'étaient pas augmentées, en raison de la population vieillissante du Québec. Il existe également dans plusieurs établissements de santé une sous-reconnaissance des compétences essentielles des gériatres dans les établissements. Plusieurs milieux avaient même mentionné

³⁹ Association des médecins gériatres du Québec, « La gériatrie au Québec », s.d., consulté le 23 décembre 2020 http://www.amgq.ca/Contenu_accueil.asp?CATEGORIE_CODE=421&CONTENU_CODE=&DATE_SPECTACLE=&CHAINE_RECHERCHE=&VILLE_RECHE

⁴⁰ Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Études médicales postdoctorales, « Gériatrie », s.d., consulté le 22 décembre 2020 <https://medpostdoc.umontreal.ca/programmes/geriatrie/>

⁴¹ Association des médecins gériatres du Québec, « En route pour une véritable priorisation des soins spécialisés de la personne âgée... », *Les Gériatres au Québec*, 6. http://www.amgq.ca/telechargement/Documents/Le_Geriatrie_au_Quebec/G_LesGeriatriesAuQuebec_Doc2_v6_SansFiligrane.pdf

⁴² Association des médecins gériatres du Québec, « Un défi à relever, un rôle à clarifier », *Les Gériatres au Québec*, 34-37.

⁴³ Association des médecins gériatres du Québec, « Un défi à relever, un rôle à clarifier », *Les Gériatres au Québec*, 34-37. http://www.amgq.ca/telechargement/Documents/Le_Geriatrie_au_Quebec/G_2013_06_03_LesGeriatriesAuQuebec_v7.pdf

⁴³ Association médicale canadienne, « Gériatrie », décembre 2019, 6. <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/geriatric-fr.pdf>

lors de la planification des plans régionaux d'effectifs médicaux qu'ils ne voyaient pas l'importance d'avoir un gériatre dans leur établissement⁴⁴.

Ensuite, un autre chemin existe pour les médecins désirant travailler spécifiquement avec les aînés; celui d'une résidence en médecine familiale d'une durée de deux ans, suivie d'un programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées d'une durée de trois mois ou d'un an⁴⁵. Les médecins peuvent donc agir comme ressource en soins aux aînés dans leur milieu tout en gardant l'approche globale qui caractérise la médecine familiale⁴⁶. Il existe très peu de données accessibles concernant les médecins ayant complété cette formation supplémentaire au Québec. Toutefois, en 2009, on estimait à 130 le nombre de médecins ayant complété cette formation dans l'ensemble du Canada⁴⁷. Nous pouvons donc nous imaginer que seulement une faible proportion des médecins de famille du Québec et du Canada ont cette spécialisation puisqu'il y avait, au Québec, 9808 médecins de famille en 2009⁴⁸. Lors d'un sondage réalisé en 2009 auprès de 52 de ces 130 médecins de familles ayant une compétence avancée en soins gériatriques au Canada, 56 % disaient pratiquer une médecine familiale générale alors que l'autre moitié disait soit avoir une pratique restreinte (25 %) ou spécialisée (17 %) en soins aux aînés.⁴⁹ Bien que de nombreux médecins travaillaient dans des unités spécialisées en gériatrie, totalement ou en partie, plusieurs œuvraient dans d'autres domaines variés de la médecine familiale. Il y avait donc un nombre surprenant de médecins qui ont continué à pratiquer une médecine familiale générale.⁵⁰ À la lumière de ces données, il y a un nombre relativement faible de médecins de famille qui ont cette spécialisation en soins aux aînés, et donc, la majorité des omnipraticiens travaillant avec les personnes âgées n'ont pas suivi de formation supplémentaire. Au Canada, 1,7 % des médecins de famille affirment avoir comme milieu de travail principal les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.⁵¹

Finalement, les problèmes de santé touchant les aînés sont très vastes, alors de nombreux médecins d'autres spécialités médicales travaillent avec les personnes âgées au quotidien. Certains médecins de diverses spécialités peuvent même se surspécialiser en soins aux aînés, tels que les gérontopsychiatres, qui font deux années supplémentaires de surspécialité à la suite des cinq ans de la résidence en psychiatrie. Ils sont donc les experts des soins psychiatriques aux aînés.⁵²

4.2 Soins infirmiers

Les infirmières et infirmiers jouent un rôle de premier plan dans le continuum de soins aux aînés, étant le centre de coordination de ceux-ci. Globalement, en ce qui concerne les effectifs en soins infirmiers au Québec, on dénombre 71 487 infirmiers et infirmières inscrits au tableau de l'OIIQ en 2018-2019. De ce nombre, 8891, soit 21,4 % de l'effectif infirmier, se retrouve en gériatrie, ce qui en fait le deuxième domaine

⁴⁴ Association des médecins gériatres du Québec, « Un défi à relever, un rôle à clarifier », *Les Gériatres au Québec*, 34-37.

http://www.ameq.ca/telechargement/Documents/Le_Geriatre_au_Quebec/G_2013_06_03_LesGeriatresAuQuebec_v7.pdf

⁴⁵ Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Études médicales postdoctorales, « Programme de compétence additionnelle en soins aux personnes âgées », s.d., consulté le 29 décembre 2020 <https://medpostdoc.umontreal.ca/programmes/soins-aux-personnes-agees/>

⁴⁶ Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, « Programme de compétences avancées en médecine de famille » s.d., consulté le 29 décembre 2020 <https://www.usherbrooke.ca/dep-medicine-famille/programmes/programme-de-competences-avancees-en-medicine-de-famille/>

⁴⁷ Christopher Frank et Rachelle Seguin. « Care of the elderly training : Implications for family medicine », *Canadian Family Physician*, n°55 (mai 2009) : 511.e1. <https://www.cfp.ca/content/55/5/510>

⁴⁸ Collège des médecins du Québec, « Médecins actifs et inactifs : répartition générale », 31 décembre 2009. <http://www.cmq.org/statistiques/repartition-generale.aspx?Lang=fr&an=2009>

⁴⁹ Frank, 511

⁵⁰ Frank, 511.e2 - 511.e3

⁵¹ Association médicale canadienne, « Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical », 2019, Question 15 https://surveys.cma.ca/fr/viewer?file=%2fdocuments%2fSurveyPDF%2fCMA_Survey_Workforce2019_Q15_Work_Setting-f.pdf#phrase=false

⁵² Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Études médicales postdoctorales, « Gérontopsychiatrie », s.d., consulté le 29 décembre 2020 <https://medpostdoc.umontreal.ca/programmes/gerontopsychiatrie/>

qui en emploi le plus après la catégorie « médecine et chirurgie⁵³». Toutefois, ce 21,4 % n'est pas suffisant pour répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées du Québec. Cette pénurie est multifactorielle et les facteurs liés à la gouvernance, les ratios patients-soignants, la reddition de compte, la cadence des soins et l'exode de personnel vers le privé ont été abordés dans les sections portant sur les milieux de vie des aînés. Néanmoins, ces facteurs sont exacerbés par une perception très négative qu'ont les membres de l'effectif infirmier envers la gériatrie, le caractère perçu comme étant monotone de cette spécialité, le manque de défis qui y est rattaché ainsi que la peur de perdre les techniques apprises dans le cadre de la formation⁵⁴. Tous ces facteurs, aggravés durant la pandémie, ont précipité beaucoup de départs à la retraite et ont augmenté le nombre de démissions⁵⁵. Plus spécifiquement en lien avec la perception négative des infirmières et infirmiers envers la pratique auprès de la population âgée, celle-ci peut en partie être expliquée par une formation/exposition insuffisante des étudiants en soins infirmiers en ce qui a trait aux soins aux personnes âgées. En effet, une très petite proportion du curriculum infirmier porte sur les soins des aînés et leurs réalités complexes. Pourtant, il a été démontré qu'une intervention infirmière adaptée à la gériatrie favorise la diminution de la durée de séjour et la réduction du risque d'institutionnalisation⁵⁶. Finalement, beaucoup de données probantes documentent l'impact de la santé mentale des infirmières sur la qualité des soins reçus⁵⁷ ainsi que la transition difficile des infirmières et infirmiers sur le marché du travail, parfois définie comme le « syndrome du choc de la réalité⁵⁸». Ainsi, en formant et en exposant davantage les étudiants en soins infirmiers à la pratique gériatrique et en accompagnant davantage les nouveaux gradués dans leur transition vers le marché du travail, notre système de santé diminuerait la détresse vécue par les infirmières et améliorerait la qualité des soins donnés à nos aînés. Il faut non seulement viser à attirer la relève infirmière à travailler auprès de nos aînés, mais il faut également mettre des efforts dans la rétention du personnel par l'amélioration de leurs conditions de travail.

4.3 Les préposés aux bénéficiaires en résidences privées, en CHSLD et en soins à domicile

Dans les centres d'hébergement pour aînés, les préposés aux bénéficiaires (PAB) sont les principaux dispensaires de soins d'hygiène, d'aide à l'alimentation, d'aide à la mobilité, de la surveillance aux risques de chute et d'aide aux transferts⁵⁹. Ils peuvent également administrer des soins invasifs d'assistance et distribuer des médicaments lorsque la situation de soins le requiert⁶⁰. Avec 41 563 membres de la profession, les PAB constituent le deuxième plus important groupe de travailleurs en santé, après les infirmières et infirmiers⁶¹. Selon le milieu, les employeurs peuvent préciser les offres de services et exiger plus ou moins d'habiletés liées aux soins de la personne. Les PAB en contact avec la population aînée travaillent principalement en CHSLD (représentant 60 % de tous les PAB), en résidence intermédiaire, en soins à domicile et en résidences privées

⁵³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), « Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019 : Le Québec et ses régions », 2019,

https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf

⁵⁴ Université du Québec à Rimouski (UQAR), « Soigner les personnes âgées : Facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières », 2012,

https://www.uqar.ca/uqar/recherche/unites_de_recherche/laser/laser_rapport_far_2012-12-15_def_2013-11-01.pdf

⁵⁵ La Presse, « Personnel en santé : une vague de départs qui fait peur », 2020, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-09-08/personnel-en-sante-une-vague-de-departs-qui-fait-peur.php>

⁵⁶ Dorval, J. « La personne âgée hospitalisée: tout un défi pour l'infirmière. », 2008, L'Avant-Garde, 8(3), 15-16.

⁵⁷ Boivin-Desrochers Camille, Alderson Marie, « Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail », Recherche en soins infirmiers, 2014/3 (N° 118), p. 85-96. DOI : 10.3917/rsi.118.0085. URL :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-85.htm>

⁵⁸ Roy Johannie, Robichaud Fanny, « Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières », Recherche en soins infirmiers, 2016/4 (N° 127), p. 82-90. DOI :

10.3917/rsi.127.0082. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-82.htm>

⁵⁹ Groupe de travail sur la formation des préposés de résidence pour personnes âgées. *La formation des préposés de résidence pour personnes âgées : Une approche centrée sur la personne âgée vivant en résidence pour des services de qualité donnés par des préposés qualifiés et habilités à utiliser les meilleures pratiques.* (Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2012),

40.

⁶⁰ Voyer, P., Savoie, C., Lafrenière, F., *Le rôle de préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec.* (Québec : Faculté des sciences infirmières, Université

Laval, 2020), 16.

⁶¹ Ministère de la santé et des services sociaux, *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux* (Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2019),

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/ressources-humaines/Denombrement-et-remuneration-Effectif-RSSS-2018-2019.xlsx>.

pour aînés^{62,63}. Selon l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, en CHSLD, les PAB « dispensent 80 % à 90 % de l'entièreté des soins reçus par les usagers » et, en résidence pour aînés, « ils sont parfois les seuls intervenants sur place⁶⁴, » ce qui démontre la nécessité incontestable des PAB dans l'administration des soins de santé pour les aînés se trouvant dans les milieux concernés.

En 2007, le grand nombre de formations accréditées crée des disparités entre les différents applicants pour le rôle de PAB dans les CHSLD et les résidences intermédiaires privées. Il avait donc été recommandé à la Ministre déléguée aux Services sociaux Lise Thériault de créer une formation centrée sur les aînés vivant en résidence intermédiaire afin « d'assurer des services de qualité donnés par du personnel qualifié et habilité à utiliser les meilleures pratiques⁶⁵ ». Depuis 2017, une formation de 870 heures menant à l'acquisition du titre de PAB est proposée aux détenteurs d'un diplôme d'études secondaires (ou équivalents, établis selon l'âge) sous forme d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) : Assistance à la personne en établissement et à domicile⁶⁶. Cependant, les exigences de formation à l'embauche pour les métiers d'assistance à la personne varient toujours selon le milieu⁶⁷ ; les CHSLD demandent souvent le DEP, tandis que les ressources intermédiaires, des établissements publics accueillant des personnes âgées ayant plusieurs enjeux de santé physique et mentale ne sont souvent pas en mesure de pouvoir l'exiger⁶⁸.

En 2018-2019, le salaire annuel moyen des PAB était de 40 551 \$⁶⁹. Au début de 2021, le site Web de recrutement en santé du Gouvernement du Québec⁷⁰ affichait un salaire horaire allant de 20,55 \$ à 22,35 \$, ce qui correspond au salaire offert aux PAB travaillant en CHSLD. Les PAB travaillant à domicile ont, quant à eux, un salaire horaire entre 13,10 \$ et 15,22 \$⁷¹. En outre, durant la pandémie COVID-19, une prime horaire de 4 \$ aux préposés aux bénéficiaires travaillant dans certains secteurs du réseau de la santé, dont les CHSLD et résidences intermédiaires, est versée par le gouvernement⁷². Ainsi, au début de 2021, le salaire horaire oscille entre 14 \$ et 18 \$ pour les PAB travaillant en résidence intermédiaire, primes incluses. On craint donc un exode des préposés travaillant dans les milieux relativement moins rémunérés vers les CHSLD, où on peut maintenant être payé 26 \$ / h⁷³.

Bien qu'on ait tenté d'augmenter la proportion à 60 % dans les dernières conventions collectives, seuls 30 % des postes de PAB en CHSLD sont à temps complet depuis plusieurs années, poussant plusieurs PAB à travailler dans de multiples établissements pour toucher le salaire souhaité^{74,75}. En parallèle à la mobilité du personnel, il existe un manque criant d'effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux, dénombrés en 2019 à 62 018 postes, dont 33 036 PAB, par la ministre responsable des Aînés et Proches aidants,

⁶² Guichet-Emplois, « Préposé/préposée aux bénéficiaires dans la Région de Montréal », 27 janvier 2021.

<https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/profession/15774/geo25154>.

⁶³ Ariane Lacoursière, « De "grands défis partout", mais une formation et un salaire qui diffèrent » *La Presse*, 18 octobre, 2020.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-10-18/preposes-aux-beneficiaires/de-grands-defis-partout-mais-une-formation-et-un-salaire-qui-different.php>.

⁶⁴ Voyer, P., Savoie, C., Lafrenière, F., 17, 34.

⁶⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*.

⁶⁶ Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, *Programme d'études Assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358)*. (Québec: Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2018),

http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/Programme_APED_DEP-5358_WEB.pdf

⁶⁷ Voyer, P., Savoie, C., Lafrenière, F., 9.

⁶⁸ Ariane Lacoursière, « De "grands défis partout", mais une formation et un salaire qui diffèrent ».

⁶⁹ Ministère de la santé et des services sociaux, *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*.

⁷⁰ Gouvernement du Québec, *Préposé aux bénéficiaires*. (Québec: Gouvernement du Québec . Avenir Santé, 2021),

<http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires>

⁷¹ Magdaline Boutros, « Des milliers de personnes vulnérables craignent de perdre leurs préposés à domicile » *Le Devoir*, 5 juin, 2020.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/580243/la-peur-d-etre-abandonne>

⁷² Ariane Lacoursière, « De "grands défis partout", mais une formation et un salaire qui diffèrent ».

⁷³ Ariane Lacoursière, « De "grands défis partout", mais une formation et un salaire qui diffèrent ».

⁷⁴ Ariane Lacoursière, « Quel est le secret de la Colombie-Britannique ? » *La Presse*, 10 octobre, 2020.

<https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-10-10/interdiction-de-la-mobilite-du-personnel/quel-est-le-secret-de-la-colombie-britannique.php>.

⁷⁵ Lia Lévesque, « L'entente sur la stabilité des postes de préposés aux bénéficiaires entérinée », *La Presse*, 30 octobre, 2020.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-10-30/l-entente-sur-la-stabilite-postes-de-preposes-aux-beneficiaires-entereinee.php>

Marguerite Blais⁷⁶. Cela a été de nouveau souligné par la crise sanitaire lorsque, au printemps 2020, plusieurs témoignages d'employés de résidences intermédiaires et de CHSLD ont dépeint une souffrance immense due au manque d'effectifs. Amina Khilaji, aide aux PAB bénévole dans la région de Québec durant la crise sanitaire, racontait : « Je devais être un soutien aux PAB et il n'y a pas de PAB avec moi une nuit sur deux, » dénonçant l'atteinte à la sécurité des patients qui en résultait⁷⁷.

En réponse au manque de main-d'œuvre dans les CHSLD en pleine crise sanitaire, le gouvernement a lancé un programme de formation générale accélérée de 375 heures sur 12 semaines en juin 2020, bonifié de bourses de 760 \$ par semaine pour les finissants qui demeurent en poste pendant au moins un an^{78,79,80}. À l'issue de cette formation accélérée, le gouvernement a promis un salaire annuel de 49 000 \$⁸¹ correspondant à un salaire horaire de 26 \$/h ; cependant, des PAB ayant complété le programme ont rapporté un souci quant à la fin de la prime salariale liée à la COVID-19 lorsqu'ils se sont retrouvés à toucher un salaire horaire de base pour les PAB en CHSLD de 20,55 \$⁸². En date de décembre 2020, 6 551 PAB ayant complété la formation accélérée travaillaient en CHSLD sur 9 866 candidats s'y étant inscrits⁸³ et le taux de rétention des nouveaux employés dépassait aisément les 90 % dans la quasi-totalité des régions sociosanitaires⁸⁴. On rapporte toutefois que les nouveaux employés sont déjà surmenés⁸⁵ et qu'on s'inquiète pour la durabilité de ces emplois une fois dépassée l'échéance d'un an de travail nécessaire pour conserver la bourse d'études⁸⁶.

De plus, en août 2020, la mobilité des PAB entre établissements a été interdite, sauf lorsque nécessaire, afin de limiter les infections en CHSLD lors de la deuxième vague de COVID-19. Une entente de principe⁸⁷ entre le gouvernement et la FTQ a notamment été conclue en octobre 2020 dans l'optique de stabiliser les équipes de PAB en CHSLD, entre autres, et éviter la mobilité du personnel. On vise maintenant un taux d'emploi à temps complet de 100 % chez les 15 000 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires concernés.

4.4 Professionnel de la santé

Que ce soit à domicile ou en institution, plusieurs professionnels de la santé œuvrent auprès de nos aînés. En effet, la prévalence des problèmes de santé chroniques augmente avec l'âge⁸⁸ et les limitations fonctionnelles et incapacités physique chez les plus de 65 ans s'élèvent de 34 % à 57 %^{89,90}. C'est pourquoi en 2010, au

⁷⁶ Isabelle Porter, Marco Bélaïr-Cirino, « Plus de 60 000 travailleurs de la santé recherchés » *Le Devoir*, 30 avril, 2019.

<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/553217/mot-cle-besoin-de-60-000-travailleurs-de-la-sante-d-ici-5-ans>

⁷⁷ Céline Fabriès, « Un témoignage poignant d'une volontaire dans un CHSLD devient viral sur les réseaux sociaux » *Le Devoir*, 4 mai, 2020.

<https://www.lesoleil.com/actualite/covid-19/un-temoignage-poignant-dune-volontaire-dans-un-chsld-devient-viral-sur-les-reseaux-sociaux-video-30b8ceee44d016f678f7e45dbb37f30c>

⁷⁸ Marie-Eve Cousineau, « Les nouveaux préposés restent au front, » *Le Devoir*, 3 décembre, 2020.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/590872/les-nouveaux-preposes-restent-au-front>

⁷⁹ Gouvernement du Québec, *Préposé aux bénéficiaires*.

⁸⁰ Radio-Canada, « Formation accélérée : Entrée en poste des préposées aux bénéficiaires », 10 septembre, 2020.

<https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/Par-ici-l-info/segments/entrevue/198112/preposees-beneficiaires-formation-chsld-sherbrooke-cindy-riendeau-apprenant-salaire-covid-q>

⁸¹ Gouvernement du Québec, *Préposé aux bénéficiaires*.

⁸² Radio-Canada, « Formation accélérée : entrée en poste des préposés aux bénéficiaires. »

⁸³ Thomas Gerbet, « Plus de 3315 aspirants préposés aux bénéficiaires ont quitté le programme, » *Radio-Canada*, 22 décembre 2020.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1755211/incapable-rembourser-formation-preposes-beneficiaires>

⁸⁴ Marie-Eve Cousineau, « Les nouveaux préposés restent au front, » *Le Devoir*, 3 décembre 2020.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/590872/les-nouveaux-preposes-restent-au-front>

⁸⁵ Annabelle Caillou, « Tout n'ira pas mieux dans le réseau de la santé, » *Le Devoir*, 20 août 2020. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/584468/tout-n-ira-pas-mieux>

⁸⁶ Marie-Eve Cousineau, « Les nouveaux préposés restent au front. »

⁸⁷ Lia Lévesque, « L'entente sur la stabilité des postes de préposés aux bénéficiaires entérinée, » *La Presse*, 20 octobre 2020.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-10-30/l-entente-sur-la-stabilite-des-postes-de-preposes-aux-beneficiaires-entereinee.php>

⁸⁸ Institut national d'excellence en santé et en service sociaux. *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés. Perspectives pour l'évolution de la mesure*. (Québec : Institut national d'excellence en santé et en service sociaux, 2019), 1.

⁸⁹ Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP), *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin 2016.

<http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>

⁹⁰ Institut national de santé publique du Québec. *Le vieillissement au Québec*. (Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2016), 2.

Canada, 44 % du budget de santé provincial et territorial était dédié aux personnes de 65 ans et plus⁹¹. Plusieurs professionnels de la santé œuvrent en équipe afin de maximiser l'autonomie, la fonction et les capacités physiques de nos personnes âgées. Ils accomplissent leur rôle en fournissant des moyens compensatoires à leurs incapacités et handicaps, en travaillant sur les déficiences physiques ou même en les aidant à prévenir certaines maladies⁹². Au risque de se répéter, la population québécoise est vieillissante et la nécessité d'offrir et de rendre accessible des soins de santé par différents professionnels est primordiale, tel que décrit dans le mémoire réalisé par la FMEQ en 2020⁹³. Ces professionnels œuvrent à différents endroits, tels que les CHSLD, CLSC, ressources intermédiaires, centres de réadaptation ou autres et offrent des services adaptés aux besoins spécifiques des clientèles de ces différents endroits. Ainsi, que l'on parle de nutritionnistes-diététistes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, kinésiothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes ou autres, chacun et chacune travaillent de concert avec les personnes âgées pour leur offrir des services de santé adaptés. Voici un bref aperçu de quelques-unes de ces professions.

4.4.1 Physiothérapie et ergothérapie

Les professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie qui sont employés dans les institutions publiques travaillent majoritairement avec la population gériatrique. Des 5250 physiothérapeutes au Québec, 35 % travaillent dans les hôpitaux, 9 % dans les CLSC et 7 % dans les CHSLD alors que des 3750 ergothérapeutes au Québec, 32 % travaillent en hôpital, 19 % en CLSC et 13 % dans les CHSLD⁹⁴. Ainsi, ces professionnels de la santé travaillent étroitement avec une clientèle ayant des atteintes neurologiques, musculosquelettiques aiguës et chroniques, mais également avec problèmes psychologiques et de démence en ce qui concerne les ergothérapeutes. De plus, il est important de mentionner que des techniciens en réadaptation physique (TRP) travaillent dans certaines institutions telles que les CHSLD, et donc étroitement avec une clientèle gériatrique. N'ayant pas un rôle d'évaluation de nouvelles conditions musculosquelettiques ou neurologique, les TRP assurent plutôt un traitement et suivi des déficiences et incapacités physiques des résidents de ces centres tout en agissant au niveau de la prévention de la santé de ces personnes⁹⁵.

On note un phénomène de privatisation des soins de réadaptation et, par le fait même, une augmentation du nombre de cliniques privées offrant des services de physiothérapie et d'ergothérapie. En effet, l'accessibilité restreinte des services au public pousse la population ayant les moyens à consulter davantage en clinique privée⁹⁶. Considérant le vieillissement de la population et la hausse conséquente de la nécessité de besoins en réadaptation⁹⁷, il est à prévoir une augmentation de l'utilisation des ressources privées en physiothérapie et en ergothérapie par la tranche d'âge de 65 ans et plus dans les prochaines années.

Soulignons que le partage des actes et l'augmentation de l'autonomie de ces professionnels de la santé ont vu le jour dans les derniers mois, et cela a un impact direct sur la qualité des soins fournis à la population gériatrique. En effet, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent maintenant «attribuer à leurs

⁹¹ Association médicale canadienne (AMC). *La santé et les soins de santé pour une population vieillissante*. Décembre, 2013. <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD14-03F.pdf>

⁹² Perreault, Kadja et al. *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec*. Association Québécoise de Physiothérapie, 2019. https://www.aqp.quebec/wp-content/uploads/Livre-blanc-AQP-Octobre-2019.pdf?utm_source=Blogue&utm_medium=article%20blogue&utm_campaign=blogue

⁹³ Fédération médicale étudiante du Québec, «Élargissement du panier de services en santé : Pour la santé et pour le portefeuille des québécois» (Mémoire de la fédération médicale étudiante du Québec, 2020), 36, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_panier_services.pdf

⁹⁴ Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin, 2016. <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>

⁹⁵ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, «Les deux professions de la physiothérapie», 2021, <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/les-deux-professions/>

⁹⁶ Perreault, Kadja et al. *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec*. Association Québécoise de Physiothérapie, 2019.

https://www.aqp.quebec/wp-content/uploads/Livre-blanc-AQP-Octobre-2019.pdf?utm_source=Blogue&utm_medium=article%20blogue&utm_campaign=blogue

⁹⁷ Landry, Michel D., Jaglal, Susan, Wodchis, Walter P., et al. «Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective». *Disability and Rehabilitation*, vol. 30, no 24, (2008) : 1837-1847.

patients un nouvel appareil d'aide à la mobilité ou d'autoriser le remplacement de celui-ci sans avoir à requérir une ordonnance ou une autorisation écrite de la part d'un médecin spécialiste. Ainsi, à la suite de leurs évaluations, leurs clientèles pourront avoir accès directement à des fauteuils roulants, des cannes ou des marchettes»⁹⁸.

4.4.2 Orthophonie

Les orthophonistes, professionnels des troubles du langage, de la parole, de la voix et de la déglutition, ont un ordre de 2350 membres. Ils travaillent principalement avec des enfants ayant des retards développementaux ainsi qu'avec des personnes âgées ayant des problèmes de tout genre, tels que l'aphasie et la dysphagie suivant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou dans les maladies neurodégénératives. Tout comme les professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie, les orthophonistes du secteur public travaillent majoritairement en milieu hospitalier ainsi qu'en centre de réadaptation. Une infime partie de ceux-ci travaillent en CHSLD, alors que l'on en retrouve quelques-uns en CLSC. Au total, 64 % des orthophonistes travaillent dans le système de santé public et 62,5 % de ceux-ci travaillent dans les milieux précédemment nommés, alors que les 37,5 % restant travaillent en éducation auprès des jeunes⁹⁹.

Les services offerts en orthophonie au Québec sont beaucoup moins accessibles pour la population gériatrique qu'on peut bien le penser. En effet, bien que ce service soit offert chez les enfants dans les CLSC, ils ne le sont malheureusement pas pour les personnes plus âgées. Ainsi, pour un aîné qui nécessite de l'aide auprès d'un orthophoniste au niveau des institutions publiques, il ne pourra y avoir accès que dans les hôpitaux et dans les centres de réadaptation. Cependant, dès le congé, ces services ne sont pas disponibles dans les CLSC et les cliniques externes publiques d'orthophonie ne sont accessibles que si le patient a préalablement été en centre de réadaptation. Ainsi, si par exemple on découvre une dysphagie chez un aîné qui est hospitalisé brièvement pour une chirurgie, ce dernier n'aura pas nécessairement le temps de voir un orthophoniste en milieu hospitalier avant son congé de l'hôpital et s'il en voit un, il n'aura pas nécessairement le loisir de consulter un autre orthophoniste en externe afin de palier à ce nouveau déficit. Cette problématique prend tout son sens en sachant que notre système de santé concentre les soins de la grande famille de la réadaptation dans les milieux hospitaliers pour que les usagers retournent plus rapidement à domicile, où certains services pourront se poursuivre, continuum de soins qui n'existe peu ou pas pour l'orthophonie¹⁰⁰.

Bien évidemment, le patient peut payer de sa poche des services d'orthophonie en clinique privée. Cependant, bien que les services de retard du langage chez les enfants soient disponibles dans la majorité des cliniques privées, il est malheureusement plutôt rare de pouvoir trouver un service orienté vers les aphasies ainsi que les dysphagies dans ces cliniques¹⁰¹.

⁹⁸ Collège des médecins du Québec. "COVID-19: trois ordres professionnels concluent une entente pour optimiser les soins de santé" 2 avril 2020.

<http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-trois-ordres-professionnels-concluent-une-entente-pour-optimiser-les-soins-de-sante.aspx>

⁹⁹ Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin 2016.

<http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>

¹⁰⁰ Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin 2016.

<http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>

¹⁰¹ Médecins Québécois pour le Régime Public (MQRP). *Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. Juin 2016.

<http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf>

4.4.3 Nutrition

L'importance indéniable de l'apport des nutritionnistes et des diététistes dans le continuum de soins de santé chez nos aînées, comme pour toutes les tranches d'âge, est bien connue. Cependant, le manque criant d'accessibilité à ces professionnels l'est tout aussi. Il est intéressant de constater que plus de 80 % de ces professionnels travaillent en institution publique tel que les milieux hospitaliers, CLSC, CHSLD, RI, centres de réadaptation et autres. Bien sûr, les nutritionnistes ont un rôle essentiel au sein de la santé publique, alors qu'ils permettent d'aider à prévenir l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète et d'innombrables autres maladies chroniques et facteurs de risque qui affligent notre société via l'alimentation malsaine, de laquelle nos aînés ne sont pas épargnés¹⁰². Ces nutritionnistes agissent également plus directement sur la prévention, l'évaluation et le traitement de ces conditions auprès de la population entière, incluant les populations plus âgées¹⁰³. Malheureusement, certains nutritionnistes ont jusqu'à plusieurs centaines de patients à leur charge, il n'est donc pas étonnant de constater des suivis nutritionnels inadéquats pour la clientèle gériatrique ainsi qu'une diminution de l'accessibilité aux nutritionnistes tel que rapporté par leur ordre professionnel¹⁰⁴.

Si nous nous penchons plus précisément au niveau des institutions publiques précédemment énumérées, l'un des problèmes majeurs traités spécifiquement par les nutritionnistes est la dénutrition. En effet, 5 à 15 % de nos aînés sont dénutris et 15 à 60 % de ces derniers ont un risque nutritionnel¹⁰⁵. Afin de traiter des états nutritionnels inadéquats, ces professionnels de la santé agissent de plusieurs manières notamment via traitement oral et parentéral. Différents outils de dépistage systématique existent notamment en Ontario ainsi qu'aux États-Unis, ce qui est d'ailleurs appuyé par l'OPDQ, mais malheureusement, au Québec, aucune mesure n'est présentement mise de l'avant. Effectivement, bien qu'il soit démontré que la plupart d'entre eux sont dénutris à leur arrivée dans les institutions publiques¹⁰⁶, nos aînés ne sont pas pris en charge systématiquement par des nutritionnistes qui ne peuvent alors régler ce problème¹⁰⁷.

Sans entrer dans les détails d'un sujet complexe, les nutritionnistes contribuent à prévenir d'autres problèmes qui sont propres aux aînés, tel que la surmédication¹⁰⁸, et ce, via l'amélioration de l'alimentation qui a un effet direct sur les maladies chroniques et facteurs de risque. Cela n'est qu'un autre exemple qui démontre le rôle important que ces professionnels jouent auprès de la population gériatrique.

¹⁰² Ordre professionnel des diététistes du Québec, "Consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être, Panier de services assurés en santé et en services sociaux, Commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec", Janvier, 2016. https://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Memoire_panier_de_service_assures_.pdf

¹⁰³ Ordre professionnel des diététistes du Québec, "Consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être, Panier de services assurés en santé et en services sociaux, Commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec", Janvier, 2016. https://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Memoire_panier_de_service_assures_.pdf

¹⁰⁴ Ordre professionnel des diététistes du Québec, "Personnes vulnérables mortes de faim et de soif : l'Ordre des diététistes du Québec est horrifiée", Communiqué de presse, 10 décembre 2020. https://opdq.org/wp-content/uploads/2020/12/CP_OPDQ_RapportCHSLD_protectrice_citoyen.pdf

¹⁰⁵ Fédération médicale étudiante du Québec, "Élargissement du panier de services en santé : Pour la santé et pour le portefeuille des québécois" (Mémoire de la fédération médicale étudiante du Québec, 2020), 36, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_panier_services.pdf

¹⁰⁶ Ordre professionnel des diététistes du Québec, "Personnes vulnérables mortes de faim et de soif : l'Ordre des diététistes du Québec est horrifiée", Communiqué de presse, 10 décembre 2020. https://opdq.org/wp-content/uploads/2020/12/CP_OPDQ_RapportCHSLD_protectrice_citoyen.pdf

¹⁰⁷ Fédération médicale étudiante du Québec, "Élargissement du panier de services en santé : Pour la santé et pour le portefeuille des québécois" (Mémoire de la fédération médicale étudiante du Québec, 2020), 36, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_panier_services.pdf

¹⁰⁸ Ordre professionnel des diététistes du Québec, "Consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être, Panier de services assurés en santé et en services sociaux, Commentaires de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec", Janvier, 2016. https://opdq.org/wp-content/uploads/2016/02/Memoire_panier_de_service_assures_.pdf

5. La relève étudiante et la population des aînés

5.1 Portrait de l'intérêt de la relève étudiante à travailler auprès de la population âgée

Le niveau d'intérêt des étudiants en médecine à poursuivre une carrière en gériatrie est un élément important dans l'évaluation de la situation actuelle et dans la proposition de solutions concrètes. Ainsi, afin de recenser l'impression qu'ont les étudiants en médecine de leur exposition à la population des personnes âgées, nous avons envoyé un sondage à ceux-ci dans toutes les universités du Québec offrant le programme de médecine. Voici les résultats du recensement. Au total, 598 étudiants en médecine y ont participé. Dans cette section, les principaux résultats sont présentés, mais des graphiques détaillés se trouvent à l'Annexe I.

Les élèves ayant participé au sondage provenaient principalement de l'Université Laval, de l'Université de Sherbrooke campus Sherbrooke ainsi que de l'Université de Montréal campus Montréal. Les étudiants ayant participé étaient à différentes étapes de leurs parcours en médecine. Au total 64,4 % des participants étaient au préclinique et 35,6 % provenaient de l'externat. Ensuite, il a été jugé pertinent de savoir si les étudiants en médecine avaient déjà travaillé auprès des personnes âgées. Que ce soit pendant la pandémie ou à un autre moment de leur vie, 59,5 % des étudiants ont travaillé auprès des personnes âgées.

Tout d'abord, rappelons que pour les étudiants intéressés à se diriger spécialement vers la gériatrie, il y a deux options possibles: la résidence en médecine interne, qui comporte trois ans de tronc commun et ensuite un second jumelage pour la spécialisation en gériatrie d'une durée de deux ans; et la résidence en médecine familiale de deux ans, suivie d'une troisième année de formation en compétences avancées de soins des aînés. Bien que la majorité des spécialités médicales auront une certaine clientèle gériatrique, pour ceux voulant s'y dédier, la gériatrie ou la médecine de famille spécialisée en soins des aînés sont les principaux choix.

Pour évaluer l'intérêt des étudiants en médecine envers ces deux spécialités, il est utile d'observer le pourcentage de postes comblés annuellement dans ces disciplines lors du jumelage CaRMS. Toutefois, les données ne sont disponibles que pour l'ensemble du Canada, donc il n'est pas possible de distinguer la situation au Québec par rapport aux autres provinces¹⁰⁹.

Ainsi, le programme de compétences avancées voyait 47 % de ses postes comblés en 2021, 35 % en 2020 et 56 % en 2019 (tableau 1). De plus, le nombre de postes disponibles dans le programme a doublé, passant de 17 à 34 dans la dernière année. Comparativement, le programme de gériatrie comporte une moyenne de 73 % quant aux postes comblés dans les six dernières années (tableau 2). Évidemment, le processus de jumelage peut avoir un certain impact sur ces résultats. Cependant, seulement 4 à 6 % des applicants au jumelage des spécialités médicales choisissent la gériatrie comme leur premier choix de spécialité.

Il reste à observer et à évaluer l'effet que la situation sanitaire actuelle et les enjeux qu'elle a soulevés et mis en lumière auront sur l'intérêt que portent les étudiants en médecine à entreprendre une carrière dans le domaine de la gériatrie.

¹⁰⁹ CaRMS, «Données et rapports», s.d., « Consulté le 28 décembre 2020 », <https://www.carms.ca/fr/donnees-et-rapports/>.

Tableau 1: Données de jumelage de médecine familiale/compétences avancées - Soins des aînés¹¹⁰

Année	Quota total	Postes vacants	% des postes comblés
2021	34	18	47 %
2020	17	11	35 %
2019	16	7	56 %

Tableau 2: Données de jumelage des spécialités médicales - Programme de gériatrie¹¹¹

Année	Premier choix de discipline	% premier choix de discipline	Quota total	Postes vacants	% des postes comblés
2021	27	4,7 %	38	12	68 %
2020	29	5,4 %	39	11	72 %
2019	18	3,3 %	30	10	67 %
2018	30	5,5 %	34	5	85 %
2017	31	6,0 %	35	6	83 %
2016	21	4,3 %	35	14	60 %

Dans le sondage que nous avons conduit auprès des étudiants en médecine du Québec, nous avons recensé leur intérêt à poursuivre une carrière auprès de la clientèle gériatrique. Des 598 répondants au sondage, 31,3 % se disent intéressés à poursuivre leurs études auprès de la population gériatrique, alors que 29,8 % disent ne pas l'être (Annexe I, figure 4). Le reste, soit 38,9 %, dit ne pas savoir. Ce qui est à noter, c'est que la population sondée est hétérogène : 64,4 % sont au préclinique (formation théorique en complétion) et 35,6 % sont à l'externat (formation théorique complétée, formation pratique en complétion). Ainsi, lorsqu'on fait l'étude différenciée des réponses, on se rend compte que 43,4 % des précliniciens sont indécis sur la question, alors qu'à l'externat, ce sont 31 % des répondants qui le sont. Cette diminution s'explique par le fait qu'il est plus facile de cerner son intérêt lorsqu'on est exposé à la pratique en stage. Inversement, on note une augmentation des camps du «intéressé» et du «non-intéressé» entre le préclinique et l'externat : le 30,1 % des précliniciens qui se disent intéressés à poursuivre des études auprès de cette clientèle devient 33,3 % à l'externat, et le 26,5 % qui sont fermés à l'idée devient 35,7 % à l'externat.

¹¹⁰ CaRMS, Données et rapports du jumelage MF/CA, annuel (Tableau 9 : Postes pourvus / vacants selon la discipline; consulté le 10 février 2021), <https://www.carms.ca/fr/donnees-et-rapports/donnees-et-rapports-du-jumelage-mf-ca/>.

¹¹¹ CaRMS, Données et rapports du JSM, annuel (Tableau 3 : Nombre de candidats jumelés par premier choix de discipline et nombre de postes; consulté le 10 février 2021), <https://www.carms.ca/fr/donnees-et-rapports/donnees-et-rapports-du-jsm/>.

Tableau 3 : Intérêt selon le niveau de cheminement

	Préclinique		Externat	
Oui	116	30,1 %	71	33,3 %
Non	102	26,5 %	76	35,7 %
Ne sait pas	167	43,4 %	66	31,0 %

Les données qualitatives du sondage révèlent que, de manière générale, plusieurs aiment cette clientèle, car il y a souvent plusieurs enjeux psychosociaux complexes entourant les patients âgés. Ces différents enjeux requièrent une approche collaborative avec différents intervenants en santé, ce qui est perçu comme un avantage pour plusieurs étudiants. D'autres aiment les personnes âgées puisqu'ils ont travaillé ou ont eu un stage auprès de celles-ci à un moment dans leur vie. Certains ont aussi souligné la complexité médicale des patients gériatriques, étant donné qu'ils ont souvent plusieurs comorbidités, et que cette complexité les stimule intellectuellement. Certains ont aussi précisé que les problèmes psychiatriques ainsi que les problèmes oncologiques touchant les personnes âgées les intéressaient beaucoup. Plusieurs ont également mis l'accent sur la relation thérapeutique unique avec les personnes âgées étant donné qu'elles ont généralement une grande sagesse et beaucoup d'expérience de vie. Pour certains, leur attrait pour la population gériatrique vient d'un cours de médecine sur cette population ou d'un professeur inspirant qui les a conscientisés sur la réalité gériatrique. Toutes ces raisons évoquées par les étudiants représentent de possibles pistes de solution à explorer afin d'attirer les apprenants à pratiquer auprès de cette population.

Parmi les répondants au sondage, un peu plus de la moitié (50,8 %) a déjà travaillé avec la clientèle gériatrique, que ce soit durant cette pandémie ou avant. De ces personnes, 36,5 % seraient intéressés à poursuivre une carrière avec cette clientèle, alors que ce ne sont que 26,9 % de ceux qui n'ont jamais travaillé avec la clientèle qui ont le même intérêt.

Tableau 4 : Intérêt selon l'expérience de travail antérieure auprès de cette clientèle

	Avec expérience antérieure		Sans expérience antérieure	
Oui	111	36,5 %	76	26,9 %
Non	72	23,7 %	106	36,1 %
Ne sait pas	121	39,8 %	112	38,1 %

La différence entre ces deux catégories d'étudiants est significative. Il est toutefois difficile de statuer si l'exposition à la population gériatrique a créé l'intérêt, ou si l'intérêt a poussé à travailler avec cette population. Toutefois, le contexte actuel de la pandémie nous permet de supposer qu'au moins une partie de la population étudiante a décidé de travailler avec les personnes âgées par solidarité sociale, et qu'un intérêt envers cette clientèle s'est développé ensuite.

Enfin, ceux qui démontraient un intérêt pour la gériatrie étaient appelés à se prononcer quant à leur choix de parcours idéal entre le tronc commun de la médecine interne et le parcours en médecine de famille. Dans une proportion d'environ 2 pour 1, la population étudiante dit préférer le parcours en médecine de famille, et ce, peu importe s'ils se disent intéressés à travailler avec les personnes âgées ou s'ils sont encore indécis.

Tableau 5 : Parcours de prédilection de la population étudiante indécise ou intéressée à travailler auprès de la clientèle gériatrique

	Médecine de famille (2 ans) + 1 ans de spécialisation		Médecine interne (3 ans) + 2 ans de gériatrie	
Intéressé	131	70,1 %	56	29,9 %
Indécis	98	62,8 %	58	37,2 %

Les raisons pour lesquelles le chemin de la médecine de famille est préféré à celui de la médecine interne sont probablement nombreuses et propres à chaque personne. La durée de la spécialisation est probablement le facteur le plus important. La flexibilité qu'offre la vie de médecin de famille est probablement un autre élément significatif qui joue sur le choix de beaucoup. Il est également à noter qu'une grande proportion des médecins de famille n'ayant pas le programme de compétences avancées travaillent tout de même avec les personnes âgées.

5.2 Exposition à la population des personnes âgées dans le curriculum médical

Certaines questions du sondage portaient sur l'opinion qu'ont les étudiants de médecine de leur curriculum. Concernant l'exposition théorique aux pathologies touchant les personnes âgées, la majorité des étudiants sondés (73 %) sont satisfaits ou très satisfaits. Toutefois, cette proportion baisse à 56 % en ce qui concerne l'exposition théorique au contexte social de cette tranche de la population, avec ainsi 44 % des étudiants peu satisfaits ou non satisfaits. Dans la même veine, 40 % des répondants ont affirmé désirer plus d'exposition théorique au contexte social de nos aînés.

Ensuite, en ce qui a trait à l'exposition clinique des étudiants, 57 % d'entre eux demeurent satisfaits de celle-ci. Cependant, 57 % des répondants ont aussi mentionné vouloir plus d'exposition clinique aux personnes âgées au préclinique. Cette envie se reflète de plus dans le fait que seulement 22 % des externes se sentent très à l'aise à traiter des patients gériatriques, la majorité d'entre eux se sentant plutôt moyennement à l'aise (64 %). Cela pourrait expliquer les volontés déjà mentionnées, en plus de celle de 31 % des répondants d'avoir davantage d'exposition théorique aux pathologies touchant les aînés et celle de 25 % d'entre eux d'avoir plus d'exposition clinique à cette clientèle à l'externat.

Par ailleurs, de nombreux étudiants ont affirmé désirer l'inclusion de bénévolat ou de stages dans des milieux autres que les hôpitaux (CHSLD, RPA, RI, etc.) dans notre formation, afin de se familiariser avec la réalité des personnes âgées dans tout notre système de santé. Certains souhaitent aussi être formés par rapport aux ressources de soutien, notamment psychologique, qu'ils peuvent proposer aux aînés. En outre, considérant le fait que la proportion de personnes âgées sera de plus en plus grande dans les prochaines années au Québec,

des répondants ont fait part de leur désir de voir une partie plus importante de notre curriculum consacrée à cette tranche de la population, en l'incluant dans chaque bloc de cours par exemple.

6. État de la situation ailleurs: meilleurs modèles de pratique

Le Québec aurait beaucoup à gagner en s'inspirant des initiatives présentes ailleurs dans le monde. Notamment, remettons en question la centralisation administrative des CIUSSS. Les études comparées à l'échelle internationale montrent que les soins de longue durée sont plus accessibles et généreux quand les autorités locales, et plus particulièrement les municipalités, exercent plus de responsabilités. De plus, une vision davantage sociale et désinstitutionnalisée des soins comme au Nouveau-Brunswick serait à envisager. En effet, au Nouveau-Brunswick, les soins de longue durée y ont été construits à partir d'une initiative d'un comité interministériel, malgré une forte opposition des médecins et du milieu hospitalier. C'est le Ministère du Développement Social qui est responsable des soins de longue durée ; ceux-ci sont prioritaires à l'intérieur du ministère et reçoivent d'ailleurs la plus importante enveloppe budgétaire¹¹².

À l'échelle internationale, de nombreuses initiatives favorisent davantage l'entraide préventive et le maintien à domicile des personnes âgées. Les pays scandinaves ont beaucoup à nous apprendre. D'un point de vue économique, la répartition gouvernementale favorise l'institutionnalisation de nos aînés, car jusqu'à 85 % de l'argent dédié aux soins aux aînés est investi dans les CHSLD et RPA contre 15 % aux soins à domicile. Dans les pays scandinaves, ce ratio étant presque inversé, plus de 70 % de ce budget est consacré aux soins à domicile. L'investissement dans les soins à domicile préserve l'autonomie et la qualité de vie des aînés en plus de réduire les coûts des hébergements de soins du système de santé. Du point de vue politique, le détail de l'organisation des services sociosanitaires du régime scandinave de « Social Care » relève des municipalités locales, l'État fixant le cadre législatif. Cette autogestion des municipalités permet une approche davantage populationnelle adaptée aux besoins cliniques et revalorise les services de première ligne¹¹³.

En Suède, le système est fait de telle sorte que les couples demeurent ensemble dans la nouvelle résidence de soins de longue durée lorsque l'un des deux nécessite plus de soins que l'autre, évitant ainsi la séparation du couple. En effet, la Suède est le premier pays à établir une loi, le Sweden's Social Services Act, qui permet à un couple qui demeure ensemble depuis longtemps, de vivre ensemble même si l'une des deux personnes doit être institutionnalisée suite à une perte d'autonomie¹¹⁴.

Au Danemark, le gouvernement a décidé de mettre en place un plan efficace de maintien à domicile plutôt que d'investir dans les établissements d'hébergement offrant des soins de longue durée. À ce jour, moins de 5 % des Danois vivent en maison de retraite. Les équipes de soins se déplacent dans le milieu de vie de la personne âgée, alors qu'au Québec, les aînés doivent déménager deux fois plutôt qu'une : tout d'abord dans une résidence de personnes âgées offrant 1 à 3 heures de soins par jour, puis à nouveau dans un CHSLD si leur état se dégrade. De plus, il n'y a aucune attente pour recevoir des soins publics au Danemark. Cette organisation des soins est possible par un choix sociétal important ; les Danois paient jusqu'à 60 % d'impôt et la taxe de vente est de 25 %. Cependant, ceux-ci ne s'en plaignent pas, car ils reçoivent des services à la

¹¹² Patrick Marier, « Les soins de longue durée sous la loupe », *Options politiques*, 12 mai 2020,

<https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2020/les-soins-de-longue-duree-sous-la-loupe/>

¹¹³ Aurélie Kieffer, « Retraites : doit-on suivre le modèle scandinave? », *France culture*,

<https://www.franceculture.fr/emissions/grand-reportage/retraites-doit-suivre-le-modele-scandinave>

¹¹⁴ Regroupement québécois des résidences pour aînés, « L'hébergement des aînés - Un modèle sous pression », *L'Adresse*, Septembre 2018, p.4, https://www.rqra.qc.ca/client_file/upload/webzine_adresse/adresse_septembre2018/RORA_LAdresse_Sept18_VF1NAL.pdf

hauteur de leur investissement¹¹⁵. Au Japon, la responsabilité des soins aux aînés incombe à la famille. La tradition veut que les parents vivent avec leur fils aîné et sa famille. Les soins sont généralement prodigués par l'épouse du fils.

La maison kangourou, un modèle venant de l'Australie et qui est de plus en plus répandu dans les pays scandinaves et la Belgique, désigne deux logements divisés sous le même toit occupés par une personne isolée, une famille immigrante ou un étudiant et une personne âgée ou dépendante de soins. Cette solidarité intergénérationnelle permet l'organisation d'échange de soins et services entre les voisins en plus de briser l'isolement social, de favoriser le maintien à domicile et de faciliter l'accès au logement¹¹⁶. Pour sa part, l'Australie a vu naître le premier micro-village pour patients avec démence et leurs partenaires au monde. La communauté résidentielle New Direction Care Bellmare est composée de 97 maisons personnalisées et une équipe de soins ambulatoire¹¹⁷.

En regard de ces éléments, l'expérience d'une majorité de pays indique que le fait de favoriser les investissements en santé vers le soutien à domicile constitue un facteur protecteur important de la santé des aînés. Sans nécessairement être en mesure de cibler un facteur particulier menant au bien-être des aînés à lui seul, les recherches démontrent que c'est plutôt la mise en place de mesures orientées vers le maintien à domicile qui, une fois combinées, parviennent à démontrer des résultats concrets sur leur santé. Justement en Suède, où plusieurs initiatives ont été entreprises à cet effet, moins de 20 % des personnes de 65 ans et plus rapportent au moins une incapacité ou limitation aux activités quotidiennes¹¹⁸, alors que cette statistique s'élève à 33,2 % pour le Canada¹¹⁹.

La différence se fait également sentir du point de vue de l'espérance de vie après 65 ans. Encore une fois, malgré que l'espérance de vie globale dépende de nombreux facteurs et déterminants de santé, il semble y avoir consensus à l'effet que la qualité des soins et le maintien de l'autonomie à domicile favorise la longévité attendue après 65 ans. Pour le Japon, on parle de 21,9 années d'espérance de vie en moyenne après 65 ans; la Suisse suit de près avec l'Australie et la Norvège, et le Canada suit derrière avec 20,2 ans¹²⁰.

En addition à ces éléments, la satisfaction à l'égard de la vie semble supérieure dans ces pays susmentionnés où la proportion d'aînés vivant à domicile est plus importante. Il demeure difficile de comparer les statistiques à cet effet, puisque la charte proposée aux répondants par le Canada est asymétrique et offre davantage d'opportunités de répondre par la positive à la question, comparativement à plusieurs autres pays de l'OCDE ayant opté pour un questionnaire symétrique, où le choix de réponses comporte autant de choix positifs que négatifs. Ainsi donc, même si le Canada arrive officiellement dans les chefs de file à cet effet, il faut prendre en compte cette source de biais qui, une fois retirée, placerait le pays derrière la Suède, la Suisse, le Danemark et la Finlande pour cet indicateur selon plusieurs experts¹²¹.

¹¹⁵ Rima Elkouri, « Les Danois, les vieux et nous », La Presse, 17 septembre 2011, <https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/rima-elkouri/201109/17/01-4448646-les-danois-les-vieux-et-nous.php>

¹¹⁶ Engel & Völkers Partenaire de licence Nivelles, « La maison Kangourou, une maison intergénérationnelle », <https://www.engelvoelkers.com/fr-be/nivelles/blog/la-maison-kangourou-une-maison-intergénérationnelle/>

¹¹⁷ « The concept », New Direction Care, consulté le 25 janvier 2021, <https://newdirectioncare.com.au/the-concept/>

¹¹⁸ OECD indicators, « Self report health and disability at age 65 », Health at a glance, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-75-en.pdf?expires=1613478657&id=id&accname=guest&checksum=DD0ADA389B7539F11D87360620503E3B, consulté le 14 février 2021

¹¹⁹ Gouvernement du Canada, « L'incapacité au Canada: premiers résultats de l'enquête canadienne sur l'incapacité », <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm>, consulté le 10 février 2021

¹²⁰ OECD indicators, « Life expectancy and healthy life expectancy at age 65 », Health at a glance, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-74-en.pdf?expires=1613479756&id=id&accname=guest&checksum=02DE5BBC0A892899E776F3854913C2C6, consulté le 14 février 2021

¹²¹ *Ibid.*

Enfin, non seulement le maintien à domicile offre des preuves concrètes quant à la longévité et la perception subjective de l'état de santé, la participation sociale active constitue un facteur important derrière l'auto-évaluation positive des capacités des aînés, la préservation de l'autonomie et le sentiment général de satisfaction quant aux conditions de vie¹²², En effet, les aînés en mesure d'avoir des contacts sociaux et dont l'isolement est limité affichent une qualité de vie perçue supérieure aux aînés vivant seuls et ayant accès à une disponibilité de support sur une base régulière¹²³. Cette statistique constitue donc un appui important à toute initiative pouvant être entreprise afin de favoriser la sociabilité et les opportunités de participation communautaires pour les aînés, peu importe leur sexe et leur niveau d'autonomie résiduelle.

¹²² Dorith Zimmerman-Sloutskis, «Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institutions», https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_54_rapport.pdf, page consultée le 10 février 2021

¹²³ *Ibid.*

7. Conclusion

Professionnels et travailleurs de la santé, médias, politiciens et citoyens s'entendent : les drames ayant eu lieu dans les CHSLD et résidences pour personnes âgées lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 ont mis en lumière de manière brutale les problèmes dans le continuum de soins des aînés du Québec présents depuis les années 90.

Tandis que la population québécoise est vieillissante, il y a un manque criant d'effectifs médicaux et paramédicaux travaillant auprès des aînés. L'organisation du travail dans les établissements de soins de longue durée est dysfonctionnelle en raison de la gouvernance centralisée limitant la communication entre les milieux locaux et les instances décisionnelles. Le manque de lits en CHSLD pousse les hôpitaux à héberger des patients à des coûts faramineux et le sous-financement chronique des CLSC et des organismes communautaires entraîne une offre de services et de soins à domicile insuffisante. L'épuisement des proches aidants vient également limiter le maintien à domicile des personnes âgées. Pourtant, en plus de désengorger les CHSLD et les hôpitaux, vieillir chez soi est associé au bien-être, au maintien de l'autonomie et à des économies pour notre système de santé.

Le personnel de santé, particulièrement les infirmières et PAB, sont épuisés et surchargés en raison des ratios soignants/patients trop bas et des temps supplémentaires obligatoires. Ceux-ci se tournent donc de plus en plus vers le privé, où les conditions de travail sont parfois meilleures. Le peu d'emploi à temps plein au public et notre système de santé à deux vitesses ont permis aux agences de placement et aux résidences privées de prendre une place importante dans l'offre de soins et services aux personnes âgées, participant également à cet exode vers le privé. En parallèle, il manque de médecins travaillant avec les personnes âgées, 30 % de ceux-ci envisageant de prendre leur retraite d'ici 15 ans. En amont, le manque d'intérêt des étudiants en médecine envers la pratique avec les personnes âgées laisse en moyenne près de 10 postes vacants en gériatrie chaque année. Le même phénomène de dévalorisation de la pratique en gériatrie s'observe chez les étudiants en soins infirmiers.

Pour répondre à ces problèmes, la FMEQ revendique auprès du gouvernement:

- L'actualisation des 100 millions de dollars d'investissement annoncés dans les soins à domicile, notamment dans les services multidisciplinaires de maintien domiciliaire (ergothérapie, physiothérapie, nutrition, orthophonie, travail social, psychologie, PAB, soins infirmiers, organismes communautaires et autre);
- La concrétisation et le déploiement de la nouvelle politique nationale sur les proches aidants;
- Une gouvernance décentralisée permettant aux instances locales de prendre des décisions adaptées à leur réalité et d'agir rapidement;
- Une augmentation des postes à temps plein de PAB et d'infirmières au public, ainsi que des conditions salariales égales entre le privé et le public;
- Conséquemment, une augmentation des ratios soignants/patients dans tous les milieux de soins;
- Une amélioration permanente des conditions de travail et salariales des PAB;
- Le dévoilement des données complètes sur le temps supplémentaire obligatoire et son abolition;
- Des efforts concrets de valorisation de la pratique en gériatrie chez les professionnels de la santé et les étudiants du domaine de la santé, notamment par un discours positif et gratifiant dans les médias;

- Une collaboration avec les facultés de médecine du Québec afin de bonifier de manière intersectorielle et inclusive le contenu académique et l'exposition aux personnes âgées dans le curriculum médical.

La FMEQ est consciente que les problèmes dans le continuum de soins aux aînés ne se régleront pas du jour au lendemain. La FMEQ est d'avis que les recommandations précédentes bénéficieront à nos aînés, à nos travailleurs et au portefeuille des Québécois à long terme.

Annexe I : Sondage sur l'intérêt des étudiant.es en médecine pour la gériatrie et sur leur exposition à la population des personnes âgées dans leur curriculum

Figure 1

Où faites-vous votre médecine?

598 réponses

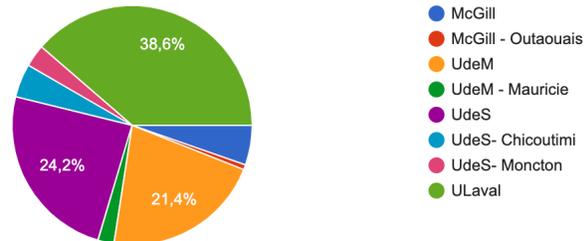


Figure 2

En quelle année êtes-vous?

598 réponses

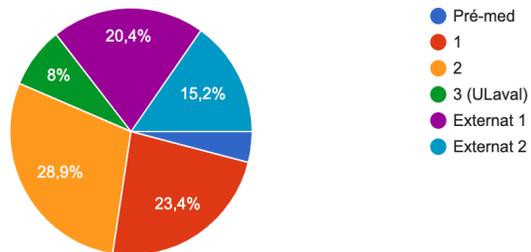


Figure 3

Est-ce que vous avez déjà travaillé auprès des personnes âgées? (Exemple : CHSLD, RPA, RI, etc.) Cochez plusieurs si applicable.



597 réponses

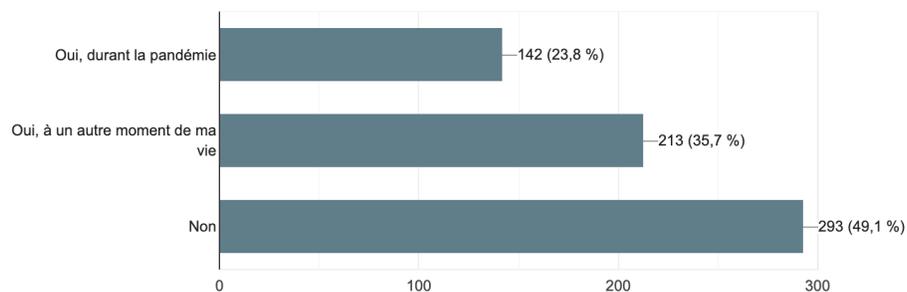


Figure 4

Est-ce que vous seriez intéressé.es à poursuivre une carrière auprès d'une clientèle spécifiquement gériatrique?

598 réponses

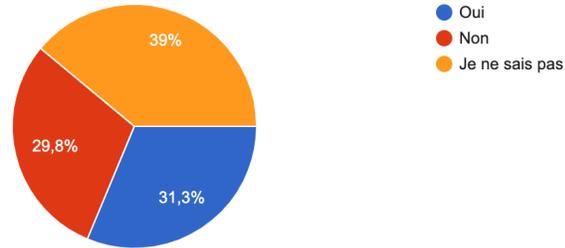


Figure 5

Si oui, quel parcours privilégiez vous entre :

355 réponses

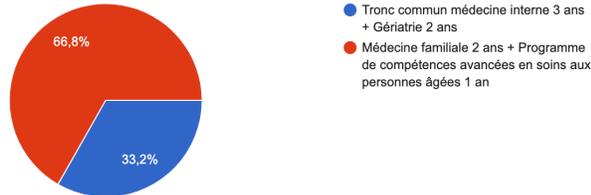


Figure 6

Comment est-ce que vous qualifieriez votre exposition théorique aux pathologies touchant la population gériatrique dans le cadre de votre formation médicale?

592 réponses

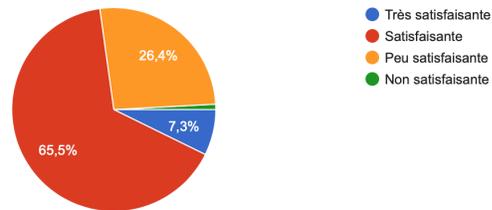


Figure 7

Comment est-ce que vous qualifieriez votre exposition théorique au contexte social de la population gériatrique dans le cadre de votre formation médicale?

594 réponses

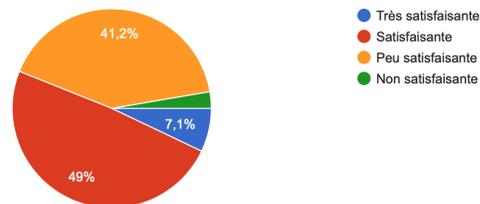


Figure 8

Comment est-ce que vous qualifieriez votre exposition clinique à la réalité de la population gériatrique dans le cadre de votre formation médicale?

575 réponses

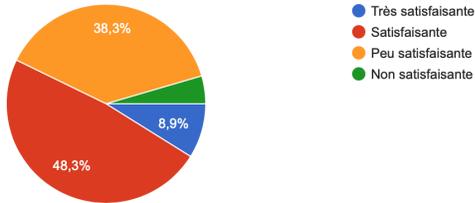


Figure 9

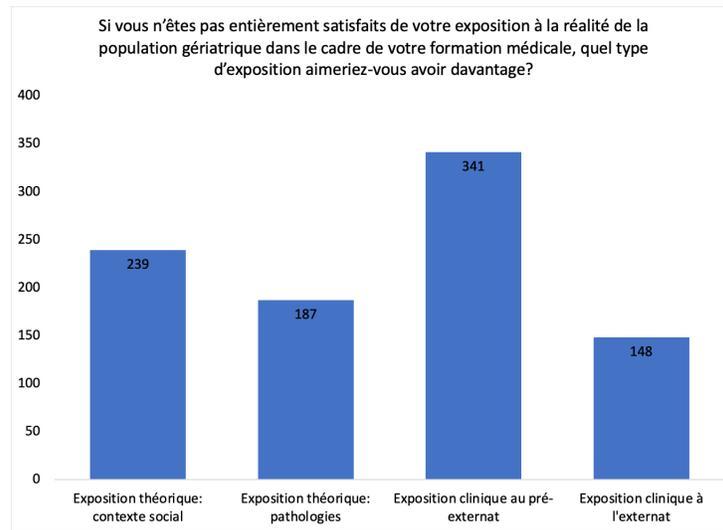


Figure 10

