POINTS DE VUE SUR LES

SOINS AUX AÎNÉS

New Brunswick Medical Society
Société Médicale du Nouveau-Brunswick
NB
Dedicated to your health • Dévouée à votre santé

Association médicale canadienne
Canadian Medical Association

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 2
Portrait de la santé de la population des aînés 2015 4
Les cartes géographiques indicants la santé de la population des aînés 6
Association canadienne du diabète 10
Comité des médecins âgés et retraités de la région de la Capitale 12
Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick 14
Réseau de santé Horizon 16
Les gériatres du Nouveau-Brunswick 18
Capacité Nouveau-Brunswick 20
La coalition du Nouveau-Brunswick sur les services à la personne 22
La Fédération des associations de retraités des universités et collèges du Canada 24
L'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick 26
Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick 28
Le point de vue des patients – Penny Ericson 30
Les ministères de la Santé et du Développement social 32
Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick 34
Réseau de santé Vitalité 36

INTRODUCTION

Quelles réponses obtient-on en posant la même question à 15 dirigeants réputés et organismes influents travaillant tous dans le domaine des soins aux aînés au Nouveau-Brunswick?

C'est la prémisse qui sous-tend le document « Points de vue sur les soins aux aînés au Nouveau-Brunswick ».

Toutes les idées suivantes ont été présentées de bonne grâce par leur auteur à la Société médicale du Nouveau-Brunswick et à l'Association médicale canadienne. Nous avions demandé à ces collaborateurs de répondre à une seule question :

« Que devrions-nous faire différemment pour mieux répondre aux besoins des aînés au Nouveau-Brunswick? »

Notre idée était toute simple : réunir les suggestions et commentaires des collaborateurs sollicités en un seul document pour lecture par le grand public, les dirigeants du système de santé et chacun d'entre eux.

Vous trouverez dans les pages suivantes une mine d'or d'idées sur la manière d'améliorer ce que nous offrons aux aînés. Nous pouvons l'affirmer avec humilité, car ces idées ne sont pas les nôtres – elles proviennent de la sagesse collective de douzaines de patients, de fournisseurs et de membres du public, qui travaillent tous en pensant à nos aînés.

La Société médicale du Nouveau-Brunswick et l'Association médicale canadienne connaissent également nos points de vue sur ce que nous devrions également faire pour améliorer les soins aux aînés. En fait, nous avons écrit des douzaines de pages de commentaires et de suggestions, bon nombre d'entre elles touchant l'inadéquation de l'offre et de la demande sur le plan de ce que notre système de santé fait (et ne fait pas) et les besoins réels des aînés. Certaines de nos idées ont trait au processus et à ce que nous appelons

« LES RÈGLES »

Voici les directives que nous avons données aux collaborateurs que nous avons choisis en juillet 2015.

« Pour veiller à ce que tous organisent leur travail de manière similaire, certaines règles sont nécessaires. Ces dernières seront également présentées au début du document final, ce qui permettra au lecteur de comprendre. Voici ces règles :

- Le mémoire doit compter le maximum de 750 mots.
- Le mémoire doit être axé sur l'action et lié à des projets, des initiatives ou des programmes précis et tangibles, et non sur des philosophies ou des principes généraux.
- Dans le respect du thème de la table ronde, le mémoire ne doit pas blâmer ou assigner la responsabilité, mais doit contribuer à un dialogue constructif sur ce qu'il faut faire.
- Le mémoire doit être présenté en anglais et en français. Toutes les organisations doivent faire appel à un traducteur de leur choix. Nous servons les membres et le public dans les deux langues officielles. Si vous avez besoin d'aide pour traduire votre mémoire, veuillez communiquer avec nous.
- Le mémoire ne doit pas contenir de schémas, d'illustrations ou de références. Dans votre texte, vous pouvez toutefois signaler ces éléments sur votre site Web à l'intention du lecteur.
- Le mémoire doit contenir une explication additionnelle de 100 mots sur les qualifications du rédacteur, ses intérêts ou son expérience touchant la question qui nous occupe.
- Il faut remettre son mémoire dans les deux langues officielles avant 16 h 30, le 14 septembre 2015. »

le « roulement des patients » – ou leur manière d'évoluer dans le système de santé. Beaucoup d'idées touchent nos points de vue sur les soins dans les établissements, comme les hôpitaux et les foyers de soins, ainsi que les soins dans la collectivité, comme ceux des préposés aux soins à domicile et des aidants naturels.

Vous trouverez notre point de vue dans nos sites respectifs : **www.amc.ca** et **www.smnb.ca**. Les soins aux aînés sont extrêmement importants au Nouveau-Brunswick en raison du vieillissement de notre population et de nos ressources très limitées, mais nous appuyons également « Exigeons un plan », une initiative destinée à faire en sorte que les soins aux aînés figurent également à l'écran radar national. En fin de compte, chaque province canadienne devra relever un défi démographique semblable à celui du Nouveau-Brunswick. Si nous apportons des changements à notre prestation des soins aux aînés et si nous aidons ces derniers à s'épanouir, nous pourrons éclairer la lanterne de la nation.

Nous vous encourageons à lire ce que les commentateurs ont proposé. Ce sont des choses que vous avez peut-être déjà entendues, mais d'autres sont probablement nouvelles. Certaines pourraient peut-être être irréalisables, et d'autres pourraient être déjà amorcées. Mais toutes ces idées méritent votre lecture et votre critique, car ensemble, elles illustrent l'harmonie et la discorde au sein de groupes influents et intelligents qui visent tous à réaliser le même objectif : améliorer les soins aux aînés au Nouveau-Brunswick.

Nous avons respecté la norme relative aux publications médicales et, par la présente, nous vous assurons que personne n'a été payé par quiconque, y compris nous-mêmes, pour faire inclure son texte. Nous n'avons pas sollicité le financement de toute tierce partie pour créer le présent guide. Tous les textes sont présentés dans les deux langues officielles du Nouveau-Brunswick, et nous avons payé la traduction des textes unilingues. Nous n'avons pas sollicité de présentations auprès du public et nous avons soigneusement choisi les personnes à qui nous avons demandé d'écrire un texte pour ce recueil. Aucun collaborateur n'a vu le travail d'un autre avant la publication du document final.

Nous remercions le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick d'avoir donné son temps sans compter et d'avoir transmis ses données pour aider à créer les graphiques et les tableaux du début du document.

Finalement, nous vous présentons les règles que nous avons élaborées pour assurer l'équité du processus. La plupart des collaborateurs auraient préféré plus d'espace pour expliciter leur réponse, et auraient fort probablement préféré une question plus précise! Mais l'objectif du travail est de montrer nos similarités et différences dans le cadre de l'examen des soins aux aînés et de la mise en œuvre de règles du jeu uniformes pour tous.

Nous espérons que la lecture de « Points de vue sur les soins aux aînés au Nouveau-Brunswick » vous plaira. Et nous espérons que le changement recherché dans ces pages se reflètera dans les soins que nous donnons aux aînés maintenant et plus tard.

Dr Camille Haddad et
Dr Chris Simpson
Co-présidents honoraires
Table ronde sur les soins aux aînés 2015, Fredericton, Nouveau-Brunswick

PORTRAIT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION DES AÎNÉS 2015

Nouveau-Brunswick

		Aînés Hommes	Aînés Femmes	Moyenne des aînés du N.-B.	Moyenne globale du N.-B.	Moyenne des aînés du Canada		Rang (Aînés du N.-B. vs. Aînés du Canada)
Résultats de santé de la population								
Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2014)	35,7	40,6	38,4	54,0	45,0	●	10/10
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2014)	57,0	62,1	59,9	66,7	69,0	●	10/10
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2014)	14,7E	21,7	18,5	16,3	21,3	●	3/10
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2014)	87,0	89,8	88,6	92,0	89,3	▲	7/10
Espérance de vie à 65 ans	(années, 2007-2009)	17,7	21,1	19,5	19,5	20,2	▲	7/10
Confiance en leur habileté à contrôler et à gérer leur problème de santé chronique, très confiant	(%, 2014)	48,2	42,1	44,1	42,2	--		--
Déterminants de la santé								
Services de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé								
A utilisé Télé-Soins ou une des autres lignes téléphoniques d'information au cours des 12 derniers mois	(%, 2014)	3,4	5,3	4,5	7,4	--		--
A un médecin régulier	(%, 2014)	95,9	97,5	96,7	92,1	94,8	●	2/10
A consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2014)	88,6	89,9	89,3	79,6	90,8	●	8/10
A été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2014)	58,1	63,6	61,1	61,1	63,1	▲	5/10
A un médecin de famille qui coordonne les soins avec d'autres professionnels de la santé (parmi ceux qui ont un médecin de famille)	(%, 2014)	77,2	71,0	72,7	70,7	--		--
A accès à un médecin de famille dans un délai de 5 jours	(%, 2014)	67,3	63,9	65,4	60,3	--		--
A accès à une équipe de santé primaire	(%, 2014)	--	--	31,7	28,5	--		--
Proportion de jours de niveau alternatif de soins (NAS) par rapport au total de jours-patient	(%, 2013-2014)	--	--	24,3	24,3	13,5	●	10/10
Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines)	(%, 2014)	--	--	--	74,0	83,0	▲	7/10
Nombre moyen de jours pour compléter une évaluation générique pour les soins à long terme	(jours, 2013-2014)	--	--	59,0	59,0	--		--
Temps d'attente pour un placement en foyer de soins	(jours, 2014)	--	--	92,5	92,5	--		--
Lits de foyer de soins	(taux par 1 000 habitants âgés de 75 ou plus, 2014)	--	--	81	81	--		--
Lits de foyer de soins spéciaux	(taux par 1 000 habitants âgés de 75 ou plus, 2014)	--	--	117,2	117,2	--		--
Clients servis par le Programme extra-mural	(taux par 1 000 habitants, 2013-2014)	--	--	48,7	48,7	--		--
Évaluation des soins reçus pour la santé mentale ou émotionnelle, soins très utiles	(%, 2014)	54,7	64,7	61,7	55,7	--	-	-
Évaluation de la satisfaction/expérience avec les services de soins de santé globaux, 8, 9 ou 10 d'une échelle de 10	(%, 2014)	80,5	78,5	79,4	67,9	--		--

Nouveau-Brunswick		Aînés Hommes	Aînés Femmes	Moyenne des aînés du N.-B.	Moyenne globale du N.-B.	Moyenne des aînés du Canada		Rang (Aînés du N.-B. vs. Aînés du Canada)
Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé								
Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2014)	47,3	34,5	40,2	49,6	47,7	▲	7/10
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2014)	29,1	40,9	35,5	35,9	42,9	▲	5/10
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2014)	23,9	21,6	22,6	26,4	20,0	▲	4/10
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2014)	7,0E	8,9	8,0	20,1	11,2	●	2/10
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2014)	11,2	9,7	10,3	19,2	9,4	▲	7/10
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2014)	69,4	65,6E	68,6	53,2	48,3	●	3/10
Facteurs sociaux et économiques - représentent 40 % des déterminants de la santé								
Diplôme d'école secondaire ou moins	(% âgés de 65 ou plus, 2014)	47,3	53,6	51,0	38,7	--		--
Vie avec un faible revenu (25 000 $ ou moins par ménage)	(%, 2014)	20,8	38,4	30,4	17,2	19,9	▲	6/10
Sans couverture d'assurance pour les médicaments prescrits	(%, 2014)	15,2	19,0	17,3	17,4	--		--
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2014)	71,4	79,5	75,9	71,3	73,9	●	8/10
Difficulté à sortir de la maison en raison d'un problème de santé	(%, 2014)	7,8	14,1	11,4	11,3	--		--
Difficulté à se retrouver dans le système de soins de santé	(%, 2014)	4,6	6,7	5,8	9,3	--		--
Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé								
Exposition au radon à domicile	(% au-dessus de 200 Bq/m3, 2012)	--	--	--	20,6	--	●	10/10
Problèmes de transport	(%, 2014)	4,4	6,4	5,5	7,1	--		--

Rang provincial dans le Canada

- ● Bon (rang 1, 2, 3)
- ▲ Mise en garde (rang 4, 5, 6, 7)
- ● Moins bon (rang 8, 9, 10)

Note : le terme aîné est défini comme ayant 65 ans ou plus
Évaluation du meilleur (1) au pire (10). Comprend toutes les provinces (10).
E = Utiliser avec prudence, échantillon trop petit
-- = Données non disponibles,

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Sources : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick Sondage sur la santé primaire 2014 (aînés = 4 281, population totale n = 13 614), Statistique Canada, Gouvernement du Nouveau-Brunswick sources de données administratives

LES CARTES GÉOGRAPHIQUES INDICANTS **LA SANTÉ DE LA POPULATION DES AÎNÉS**

Les cartes géographiques démontrent les informations sur les aînés aux Nouveau-Brunswick

Figure 1
Aînés vivant avec un faible revenu
(Statistique Canada, 2011)

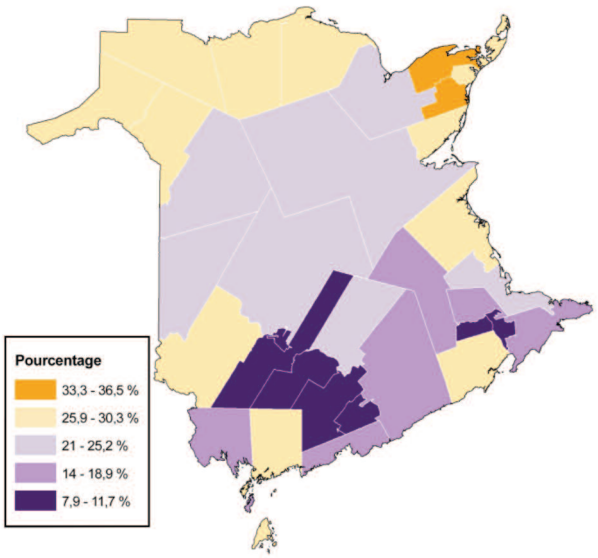
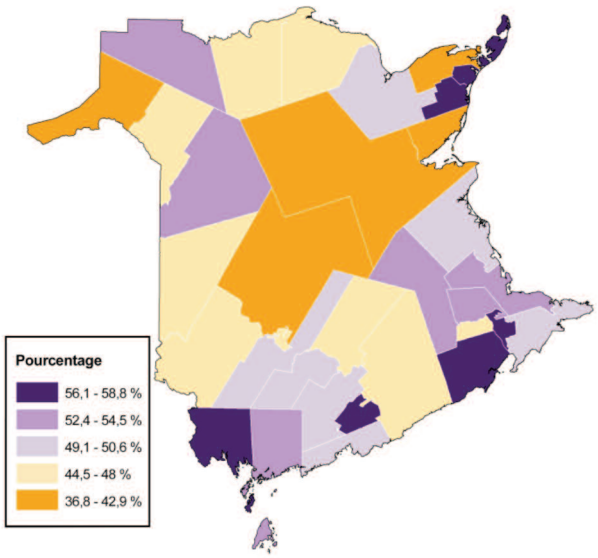


Figure 2
Médecin de famille qui coordonne les soins avec d'autres professionnels de la santé quand les aînés en ont besoin (2014)



Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Figure 3
Aînés qui pensent que le coût des médicaments est trop élevé (2014)

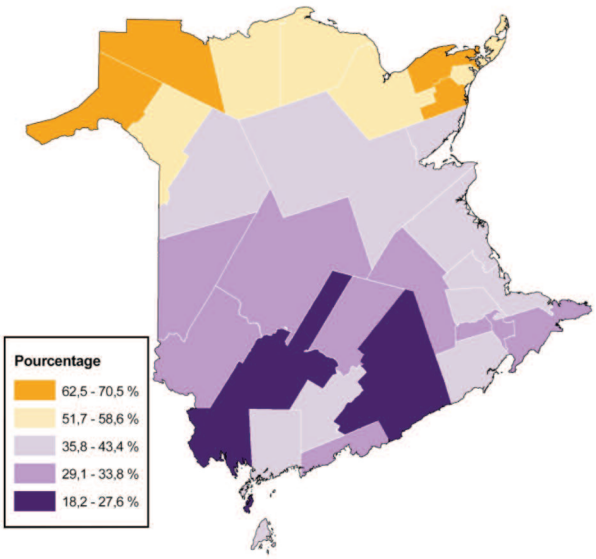


Figure 4
Aînés étant très confiants en leur habileté à contrôler et gérer leur problème de santé chronique (2014)

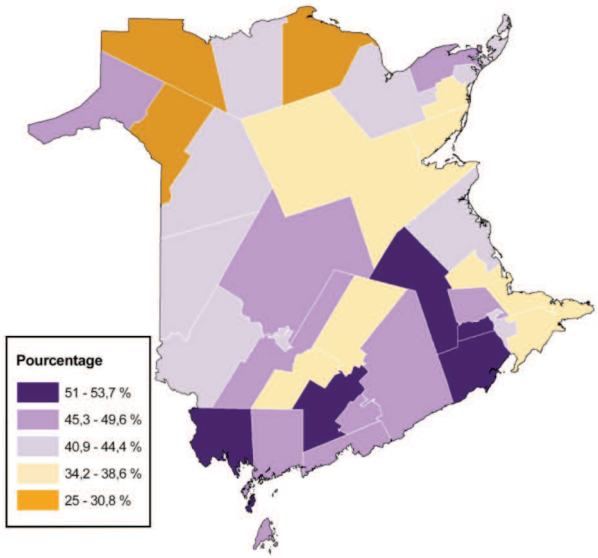


Figure 5
Aînés ayant des problèmes de transport pour obtenir des services de santé (2014)

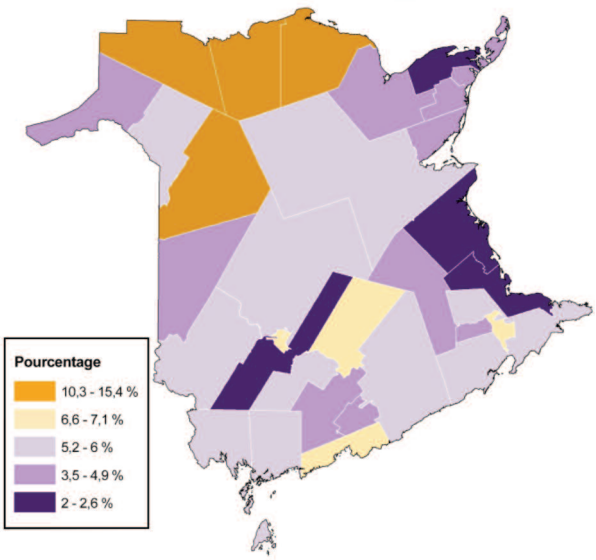


Figure 6
Aînés ayant répondu que quelqu'un dans leur ménage a des problèmes de mémoires (2014)

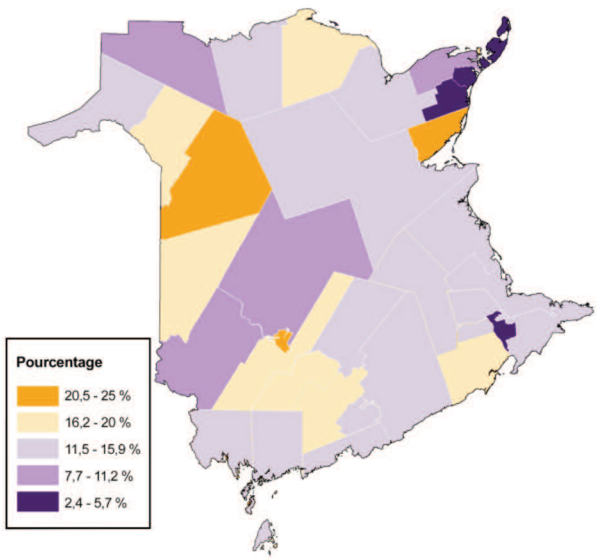


Figure 7
Aînés qui se croient en très bonne ou excellente santé mentale ou émotionnelle (2014)

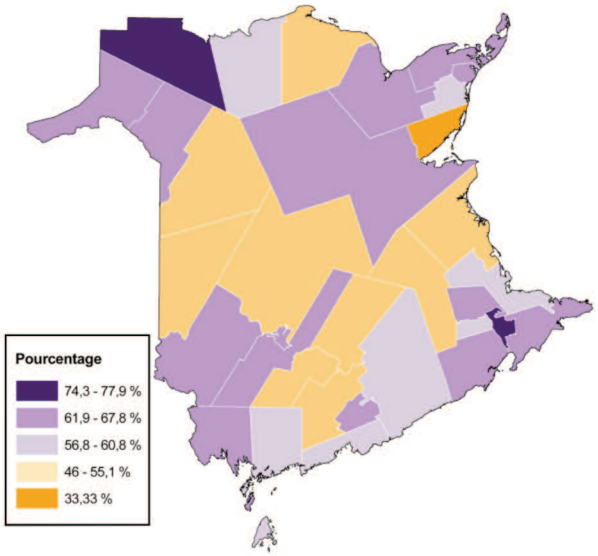


Figure 8
Aînés incapables de sortir de la maison en raison d'un problème de santé (2014)

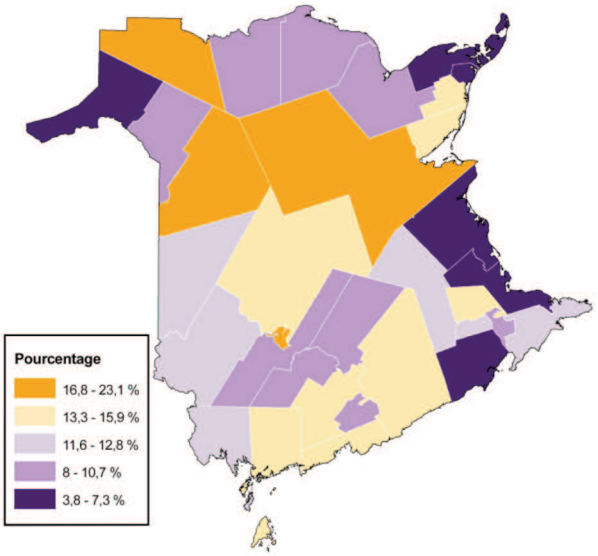


Figure 9
Proportion de jours de niveau alternatif de soins (NAS) par rapport au total de jours-patient (2013-2014)

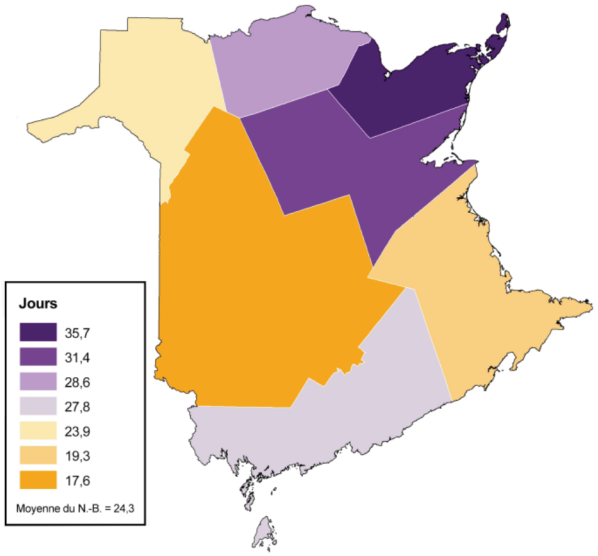


Figure 10
Lits de foyers de soins par 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2014)

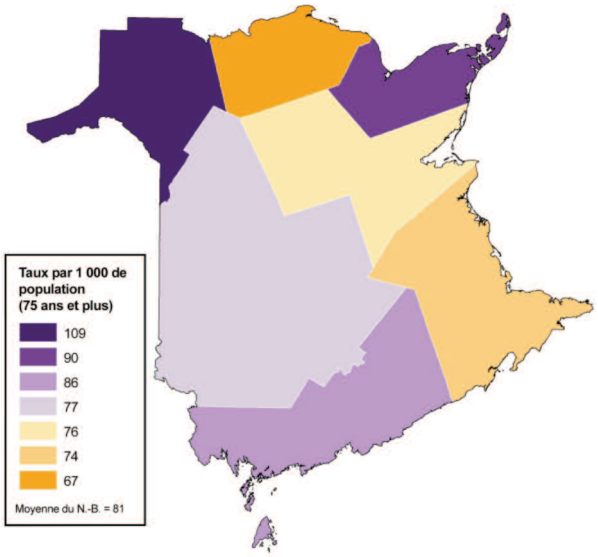


Figure 11
Lits spéciaux de foyers de soins par 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2014)

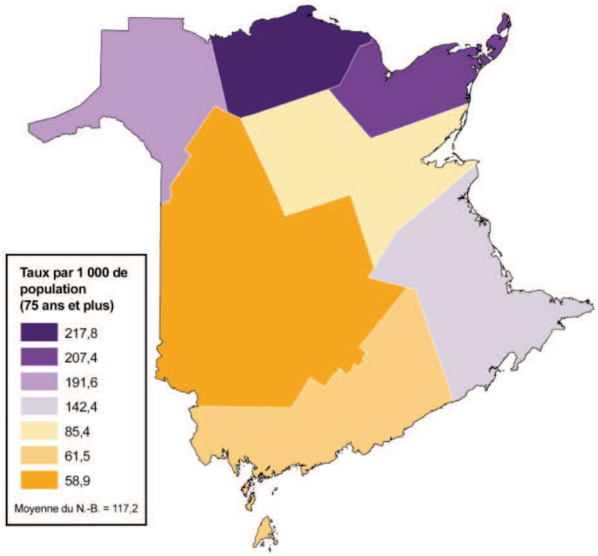
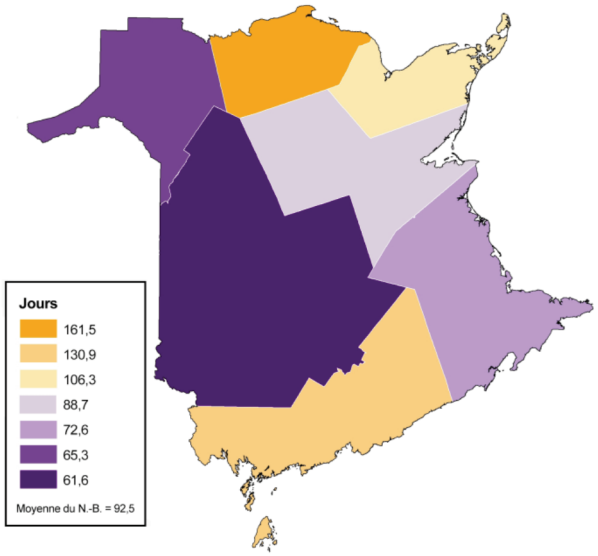


Figure 12
Nombre moyen de jours d'attente pour un placement en maison de soins à long terme (2014)



Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage sur la santé primaire et Gouvernement du Nouveau-Brunswick

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

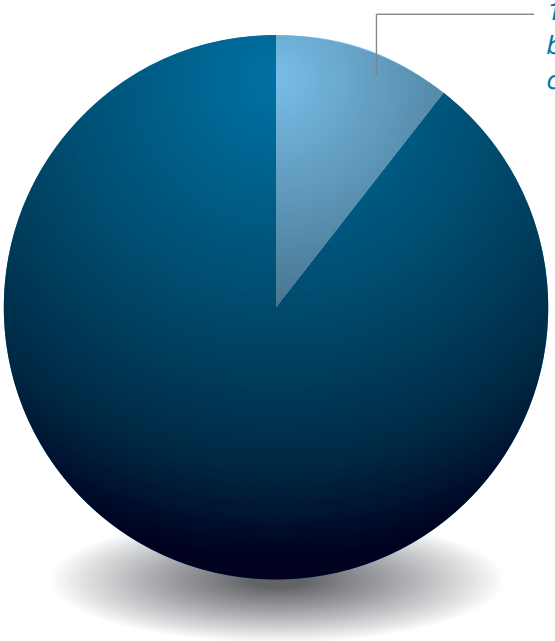
ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE

Améliorer les soins aux personnes âgées atteintes de diabète au Nouveau-Brunswick

Le diabète a atteint un taux épidémique au Nouveau-Brunswick. Selon le registre néo-brunswickois du diabète, 74 987 personnes souffraient de cette maladie en 2013-2014.[1] L'Association canadienne du diabète estime qu'en 2015, environ 83 600 personnes, soit 10,8 % de la population néo-brunswickoise, seront atteintes de diabète. Lorsqu'on regroupe ces diabétiques avec les quelque 135 180 personnes au stade de prédiabète, on constate que le diabète touche près d'un Néo-Brunswickois sur trois. Parmi les personnes qui vivent avec le diabète dans cette province, plus de 80 % sont âgées de 50 ans ou plus.[2] Étant donné que le diabète touche principalement les personnes plus âgées et les aînés, il est effectivement grand temps d'attirer l'attention du gouvernement provincial sur les soins aux aînés.

Les aînés atteints de diabète au Nouveau-Brunswick ont besoin d'une aide financière afin de pouvoir autogérer leur maladie de façon plus efficace, de sorte à éviter ou à retarder les complications graves et potentiellement mortelles qui risquent de découler d'un diabète mal géré, comme les crises cardiaques, les ACV, l'insuffisance rénale, la cécité et les amputations. Les aînés qui vivent avec le diabète gèrent probablement leur maladie en prenant plusieurs médicaments par jour. Ils ont aussi besoin de fournitures, comme les bandelettes diagnostiques de glycémie, afin d'assurer un bon contrôle de leur diabète. Une fois à la retraite, la majorité des aînés n'ont pas de régime d'assurance payé par un employeur pour les aider à supporter les coûts élevés de leurs médicaments et de leurs fournitures. Selon des recherches menées par l'ACD, les

[1] *Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Le diabète au Nouveau-Brunswick, 2014.*
[2] *Association canadienne du diabète. Modèle canadien des coûts du diabète, 2015.*



Néo-Brunswickois atteints de diabète de type 2 doivent généralement payer 3 400 $ de leur propre poche chaque année pour les médicaments, les fournitures et les autres accessoires nécessaires à la prise en charge de leur maladie, ce qui constitue la somme la plus élevée parmi l'ensemble des provinces et territoires canadiens. Au Nouveau-Brunswick, le régime médicament public constitue la seule solution pour les diabétiques âgés qui n'ont aucun revenu, ou presque, et doivent débourser cette somme élevée.

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick couvre le coût des médicaments des aînés qui vivent avec le diabète : ils n'ont pas à payer une prime, mais doivent verser une certaine quote-part. Les fournitures pour diabétiques (comme les bandelettes diagnostiques de glycémie), qui sont essentielles à l'autogestion de la maladie, ne sont toutefois pas couvertes dans le régime de base. Afin de se faire rembourser leurs fournitures de contrôle du diabète, les aînés atteints de diabète seraient obligés d'adhérer à un régime amélioré du Programme de soins de santé des aînés de Croix Bleue Medavie. Les personnes qui présentent une demande d'adhésion tardive (parce qu'elles ont reçu leur diagnostic de diabète plus tard dans la vie, par exemple) peuvent être assujetties à une période d'attente d'un an avant d'avoir accès au régime amélioré, ce qui aurait des répercussions graves sur la prise en charge de leur diabète. Le coût additionnel du régime amélioré et la période d'attente sont des obstacles importants pour de nombreux aînés atteints de diabète. Le coût élevé des bandelettes peut inciter certains diabétiques âgés à ne pas vérifier leur glycémie afin d'épargner des sous, ce qui se traduit par un mauvais contrôle glycémique, une incapacité à dépister ou à prévenir l'hypoglycémie, un risque accru de complications liées au diabète et une augmentation du recours à des soins actifs coûteux. Voilà pourquoi l'ACD recommande vivement que les fournitures de contrôle du diabète, comme les bandelettes diagnostiques, soient couvertes par le plan de base du régime médicament public pour les aînés atteints de diabète.

Les Néo-Brunswickois atteints de diabète de type 2 doivent généralement payer 3 400 $ de leur propre poche chaque année pour les médicaments.

À propos de l'Association canadienne du diabète

L'Association canadienne du diabète (ACD) est une autorité reconnue dans le domaine du diabète sur la scène canadienne et internationale. Elle s'est bâti une réputation d'excellence et de leadership, et c'est à son cofondateur, le Dr Charles Best, et au Dr Frederick Banting, que l'on attribue le mérite de la découverte de l'insuline. Partout au pays, l'ACD mène de front la lutte contre le diabète en aidant les personnes aux prises avec cette maladie à vivre en santé, en cherchant à prévenir l'apparition et les conséquences de la maladie et en cherchant le moyen de la guérir. L'ACD est appuyée dans ses efforts par un réseau communautaire de bénévoles, d'employés, de professionnels de la santé, de chercheurs et de partenaires. C'est en offrant de l'information et des services, en défendant les intérêts des diabétiques, en appuyant la recherche et en traduisant celle-ci par des applications pratiques que l'ACD remplit sa mission.

COMITÉ DES MÉDECINS ÂGÉS ET **RETRAITÉS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE**

Le processus d'évaluation en vue de soins de longue durée

Le présent texte porte sur l'expérience d'un médecin aîné du Nouveau-Brunswick dont l'épouse a eu besoin d'être placée dans un foyer de soins. Il s'est posé plusieurs questions sur le processus de demande dans un foyer de soins. Voici les questions qu'il nous a confiées :

« Premièrement, pourquoi l'évaluation de la capacité de la personne a-t-elle été considérée secondaire par rapport à l'évaluation de qui serait responsable des coûts des soins dont elle pourrait avoir besoin? L'évaluation du besoin de soins ne devrait-elle pas être l'enjeu principal ou, du moins, être aussi importante que la question de la responsabilité de payer?

Deuxièmement, pourquoi y a-t-il eu un tel manque de clarté dans le processus d'évaluation relativement aux critères touchant l'invalidité ainsi que le seuil de revenu et la responsabilité financière? La connaissance du niveau de revenu familial qui établirait immédiatement la responsabilité financière aiderait les intervenants responsables à commencer immédiatement la planification.

Troisièmement, pourquoi l'évaluation effectuée par l'équipe de soins de santé d'une clinique ou d'un hôpital où le patient reçoit des soins est-elle considérée non pertinente dans la détermination des besoins futurs du patient en cause? De plus, est-il possible d'évaluer adéquatement les besoins d'une personne dans le cadre d'une évaluation sommaire d'une heure ou moins, ce qui semble être le processus actuel? Des membres du personnel spécialisés en soins de santé pourraient être utiles dans la formation du personnel chargé des évaluations, par exemple, dans des domaines comme le mini examen de l'état mental. »

L'expérience vécue récemment par notre collègue que l'on vient de décrire illustre l'opacité, la complexité et l'inefficacité du processus d'évaluation actuel en vue de soins de longue durée. À partir de cette expérience, voici nos commentaires et recommandations :

L'état médical et les incapacités sont les principales raisons de l'aide à domicile et du placement dans un foyer de soins spéciaux ou un foyer de soins. Il faudrait commencer par évaluer ces facteurs en premier. Il ne semblerait pas y avoir de raison valable de retarder les évaluations physiques, mentales ou sociales en attendant une évaluation financière. Les évaluations financières peuvent être faites après ou en même temps.

Souvent, le processus d'évaluation actuel est déclenché par une situation de crise. On devrait encourager la famille et les aidants à commencer l'évaluation en vue de soins de longue durée avant la situation de crise. Le processus d'évaluation devrait se faire rapidement, en fonction des besoins du patient et de la famille. On pourrait ensuite apporter des changements si les besoins de la personne changent soudainement durant la période d'évaluation ou durant la période d'attente de placement.

Le Comité des médecins âgés et retraités de la région de la Capitale

Le groupe des médecins âgés et retraités de la région de la Capitale comprend une cinquantaine de médecins de la région de la Capitale qui sont retraités ou semi-retraités. La plupart d'entre eux ont travaillé pendant des décennies à Fredericton et ont été très actifs dans la collectivité, notamment à l'Hôpital Dr-Everett-Chalmers et auprès de sa fondation. Maintenant, ces membres continuent de contribuer à leur collectivité par des soins aux patients, beaucoup d'activité de collecte de fonds et la promotion continue de meilleurs soins aux patients. Le Comité exécutif du groupe a écrit ce rapport au nom de ses membres.

Toutes les parties prenantes, notamment le patient, la famille et les médecins, devraient connaître le processus d'évaluation en vue de soins de longue durée. Elles devraient connaître les objectifs et le déroulement du processus, ce qui comprend les détails des évaluations médicales et des évaluations des capacités fonctionnelles, l'évaluation financière et les critères d'évaluation de la capacité cognitive et mentale. Le processus de demande et d'évaluation doit être beaucoup plus transparent pour les familles et les professionnels de la santé. La compréhension de ce processus réduirait grandement le stress sur la famille et augmenterait sa capacité à participer pleinement au processus d'évaluation et, du même coup, elle accélérerait ce dernier.

L'évaluation en vue de soins de longue durée devrait être un effort d'équipe, comme c'est le cas pour l'évaluation gériatrique exhaustive de l'aîné. Les évaluations déjà effectuées par les médecins de famille, les gériatres, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, le personnel du PEM et d'autres professionnels de la santé devraient être incluses dans l'évaluation en vue de soins de longue durée. Lorsque des évaluations gériatriques et des évaluations des capacités fonctionnelles détaillées ont été effectuées à l'hôpital, l'équipe d'évaluation à l'hôpital devrait avoir le droit d'effectuer une évaluation en vue de soins de longue durée en fonction des évaluations professionnelles. La répétition d'évaluations par le personnel du ministère du Développement social est inutile et coûteuse en temps. Le processus d'évaluation ne devrait pas être réservé à un seul groupe, comme c'est le cas actuellement.

Nos commentaires sont axés sur cette expérience personnelle et sur les expériences professionnelles d'un groupe de médecins qui ont travaillé pendant de nombreuses années dans le domaine des soins aux aînés. Nous apprécions la possibilité de faire connaître notre opinion sur le processus d'évaluation en vue de soins de longue durée.

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Vaincre la sombre menace de la démence au Nouveau-Brunswick

Introduction

Pour des milliers de Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises, un diagnostic de démence est aussi grave et probablement plus perturbateur que la plupart des autres diagnostics. Bien qu'il n'existe aucun remède aux divers types de démence, les souffrances que vivent les familles, les aidants et les personnes atteintes de démence pourraient être allégées grâce à un déploiement plus judicieux et approprié des ressources.

Il est important de souligner que nous parlons d'un processus morbide et non simplement d'un phénomène de vieillissement!

La sombre menace de la démence

Lorsqu'un diagnostic de démence tombe, la cellule familiale est changée à tout jamais. Les rêves et les objectifs pour l'avenir sont complètement anéantis; les rêves de voyages, de temps de détente, de loisir avec les petits-enfants sont disparus.

Les éléments de la sombre menace :

La stigmatisation et la pression sociale

La démence a été mise dans le même panier que la maladie mentale; toutefois, la maladie mentale a, pour sa part, profité d'une correction des préjugés qui y sont associés grâce aux associations pour la santé mentale à travers le pays qui ont mené une guerre contre ces préjugés. Il faut faire de même pour la démence, nous devons mener une attaque en règle contre la stigmatisation et les perceptions qui y sont associées. Il ne s'agit pas de « papa est simplement en train de vieillir et il oublie tout »; il s'agit d'une réelle maladie du cerveau, décelable et définissable, et qui se détecte par scintigraphie.

La détresse des familles et des aidants

La détresse apparaît lorsqu'on est obligé d'attendre pendant des périodes inutilement longues pour obtenir un diagnostic. Souvent, les familles doivent se battre pour attirer l'attention de leur médecin; puis, il y a une longue liste d'attente pour consulter un gériatre. Il est inacceptable que, de façon générale, il faut de 18 mois à deux ans pour obtenir un diagnostic. Et, une fois le diagnostic posé et communiqué à la personne aidante, le défaut de donner de l'espoir, un pronostic et une planification de l'avenir est tragique.

L'acceptation de la démence comme une maladie chronique grave

Nos systèmes de soins de santé et de services sociaux connaissent bien le diabète, la sclérose en plaques, les maladies coronariennes et bon nombre d'autres maladies pour lesquelles il existe des protocoles de traitement, des traitements médicamenteux et autres. Au Nouveau-Brunswick, parmi toutes les maladies, la démence est celle qui est la moins comprise et la plus sous-évaluée. De ce fait, les pratiques en matière de traitement vont dans tous les sens, la confusion règne, les approches en matière de soins et de soutien diffèrent selon la collectivité où réside le patient ou selon le médecin qui le traite. En réalité, il y a, au Nouveau-Brunswick, beaucoup plus de personnes touchées par cette maladie que par tout autre groupe de maladies et son coût total pour la société est sensiblement plus élevé que celui des maladies coronariennes ou du cancer. Les médecins de famille et les autres praticiens au niveau des soins primaires ont besoin de plus de formation et il faudra concevoir une façon entièrement nouvelle de s'occuper des aînés qui discernent les symptômes chez eux-mêmes ou chez l'être aimé.

Le manque de renseignements à explorer le système

Le même message est constamment lancé par ceux et celles qui pensent commencer un processus de démence avec un être cher aux personnes qui sont bien avancées sur ce même parcours, et c'en est un de désespoir : j'ai besoin d'aide! Où est l'aide? Contrairement à ce qui en est pour les autres maladies, l'aide n'est pas une pilule! Ni une série de traitements! Ici, l'aide prend la forme de répits périodiques, de coordination des soins, d'éducation aux aidants, aux familles et aux professionnels des soins de santé. Puis vient la question de savoir comment payer pour l'aide ou où trouver des renseignements sur l'aide disponible.

Les pratiques inappropriées en matière de soins

Pour une personne atteinte de démence, vivre à la maison entourée de sa famille est la façon idéale d'être soignée. Par contre, à mesure que la maladie progresse, diverses interventions s'imposent et davantage d'aide est nécessaire, et ce, à un point tel que parfois, selon la situation socio-économique, des soins en établissement pourraient devenir indispensables. Toutefois, en termes d'exigences de soins, la démence ne ressemble pas aux autres maladies. Alors, un placement dans un établissement de soins pour maladies aiguës est totalement inapproprié; dans ce genre d'établissements, le personnel n'est pas adéquatement formé pour soigner de façon appropriée des personnes ayant une déficience. Par conséquent, ces personnes déclinent et dépérissent pendant qu'elles occupent des lits d'hôpitaux pour soins actifs extrêmement coûteux.

La perte d'espoir

Parmi tous les problèmes liés à la démence, le moins bien compris et le moins abordé par les fournisseurs de services aux personnes atteintes de démence est la perte d'espoir. Après avoir mené une bonne vie, arrive enfin le temps de prendre sa retraite et de profiter de la vie à son rythme. Maintenant, tous les rêves à l'égard de ces dernières années de vie dont on voulait profiter sont désormais anéantis.

La sombre menace peut être vaincue, mais cela exige des changements d'attitudes importants. Face à ce problème, l'enjeu principal n'est pas un financement accru - un leadership inspiré, voilà l'enjeu!

La Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick

Ken McGeorge, Directeur exécutif intérimaire, Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick.

La Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick est un organisme de santé sans but lucratif dont la mission est d'alléger les conséquences personnelles et sociales de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en offrant de l'information, de l'éducation et du soutien, et de promouvoir la sensibilisation du public, ainsi que la recherche sur les causes et le traitement de la maladie d'Alzheimer.

Pour des milliers de Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises, un diagnostic de démence est aussi grave et probablement plus perturbateur que la plupart des autres diagnostics.

RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON
ACCENT STRATÉGIQUE SUR LES AÎNÉS

Comme l'un des plus importants fournisseurs de services de soins de santé, Horizon a une vision claire de l'impact de nos changements démographiques les aînés représentant aujourd'hui le plus grand groupe de notre population de patients. Ces changements ne surprennent personne. Par conséquent, notre personnel et nos médecins ont mis en place plusieurs initiatives visant à améliorer les soins fournis aux aînés. Du recrutement de gériatres spécialistes, au perfectionnement professionnel des intervenants cliniques en matière des plus récentes lignes directrices pour la pratique clinique, en passant par l'établissement de programmes spécialisés en gériatrie, nous avons tenté de fournir une gamme de services afin de répondre aux besoins spécifiques à cette population.

Toutefois, les vagues de changements continuent à prendre de l'ampleur. Plus tôt cette année, nous avons communiqué un nouveau plan stratégique ambitieux qui indique clairement notre position face à cet enjeu très important. Ce plan démontre l'importance que nous plaçons sur la collaboration avec nos partenaires pour rebâtir ensemble les soins de santé. En fait, ce thème imprègne notre plan, car nous reconnaissons que le changement requis doit se faire en collaboration avec les patients et les familles, les collectivités, les fournisseurs et les autres parties prenantes. Notre défi consiste à nous assurer que les priorités et les plans de notre système sont alignés sur ceux de notre gouvernement provincial.

Réseau de santé Horizon

En favorisant une culture axée sur le patient et la famille, le Réseau de santé Horizon exploite 12 hôpitaux et plus de 100 établissements cliniques et bureaux médicaux, et offre des services allant des soins de courte durée jusqu'aux services de santé communautaires.

Grâce à une approche collaborative, Horizon montre la voie dans la prestation, en français et en anglais, des services de soins de santé durables, sécuritaires et de qualité aux résidents du Nouveau-Brunswick, du nord de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Horizon gère un budget annuel d'approximativement 1 milliard de dollars et compte plus de 12 400 employés, 1 000 médecins et 4 600 bénévoles, auxiliaires et anciens ainsi que 20 fondations et 21 associations d'auxiliaires et d'anciens.

Notre Conseil et notre personnel sont engagés envers quatre priorités clés.

Priorité stratégique 1 : Avant tout, nous travaillerons avec nos patients et nos familles à créer et soutenir un environnement de soins exceptionnel axé sur le patient et la famille.

Notre objectif est de veiller à ce que les patients et leur famille disposent de l'information, des connaissances et du soutien dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés en matière de soins. De plus, nous voulons nous assurer que les décisions en matière de soins et de traitement respectent les besoins, les valeurs et les préférences du patient. Nous avons réalisé des progrès considérables en créant des postes de conseillers en évaluation de l'expérience des patients. Ces personnes nous aident à voir l'expérience de soins du point de vue des patients afin que nous puissions améliorer la façon dont nous fournissons les soins. Cela est particulièrement important et pertinent dans le cas des aînés, qui ont souvent des besoins complexes.

Priorité stratégique 2 : Nous établirons des centres d'expertise qui favorisent et mettent en pratique un solide leadership clinique, améliorent les résultats pour le patient, et stimulent l'activité de recherche comme activité fondamentale.

D'ici cinq ans, les soins aux aînés seront un pilier stratégique de nos services. Ils seront assortis d'un leadership et d'une visibilité solides et clairs. Les personnes âgées bénéficieront d'un nouveau centre d'expertise en vieillissement et soin des aînés.

Priorité stratégique 3 : Nous augmenterons considérablement la part relative de ressources pour améliorer les soins primaires à l'échelle locale et appuyer les services tertiaires coûteux dont notre population vieillissante aura besoin.

En général, 25 p. 100 des lits réservés aux soins de courte durée d'Horizon sont occupés par des patients en attente d'un autre niveau de soins qui, idéalement, serait mieux chez eux ou dans un établissement de soins de longue durée. Les hôpitaux conçus pour les soins de courte durée sont à la fois inefficaces et inefficients pour traiter les personnes qui ont besoin de soins de longue durée en établissement. En raison du manque de programmes, d'installations et de compétences appropriés, la prestation des soins dans les hôpitaux aux aînés et à d'autres personnes qui devraient être dans la communauté nuit, très franchement, au mieux-être de ces personnes. Un système de santé bien conçu devrait consister, à la fois, en de solides centres de soins hospitaliers et des soins appropriés fournis en milieu communautaire près du lieu de résidence des patients et patientes du Nouveau-Brunswick. Pour assurer aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises les services dont ils ont besoin pour jouir de la meilleure santé possible, ces deux composantes doivent être indissociables. Les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises atteints de troubles de santé chroniques doivent avoir accès au bon professionnel de la santé au bon moment, de préférence le plus près possible de leur domicile. Il est de plus en plus urgent d'offrir en matière de soins les options appropriées qui permettent aux personnes âgées de demeurer chez eux ou, à tout le moins, près de leur communauté de résidence.

Priorité stratégique 4 : Grâce à la collaboration avec le gouvernement ainsi qu'avec d'autres organismes et organisations, nous préconiserons un changement organisationnel majeur et nous garantirons des occasions de partenariat pour améliorer les soins fournis aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.

Des changements radicaux surviendront dans un proche avenir sans le soutien financier fédéral/provincial. Ces changements nous présentent une occasion d'élaborer une nouvelle approche pour le Nouveau-Brunswick. Notre nouveau modèle doit être pratique et s'adapter à nos circonstances dans un vaste cadre orienteur. Mais nous devons être francs… un nouveau financement considérable sera nécessaire pour élaborer un nouveau modèle de soins pour notre population vieillissante. Nous préconiserons une meilleure collaboration avec le secteur des soins de longue durée en encourageant le fusionnement d'organismes qui partagent actuellement la responsabilité des soins de longue durée auprès de notre population d'aînés.

Nous reconnaissons que ces changements représentent un tournant important dans la façon dont les soins sont élaborés et fournis. Une direction de système, une vision commune, un consensus et la collaboration sont des préalables essentiels au changement.

LES GÉRIATRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Que devrions-nous faire différemment pour mieux répondre aux besoins des aînés au Nouveau-Brunswick?

La population âgée peut être divisée en trois groupes : les aînés qui sont en bonne santé (70 %), ceux qui sont en perte d'autonomie (20 %) et ceux qui vivent dans un établissement de soins (10 %). Dans le cadre des discussions, nous mettrons l'accent sur les aînés en perte d'autonomie et les aînés vivant en établissement de soins.

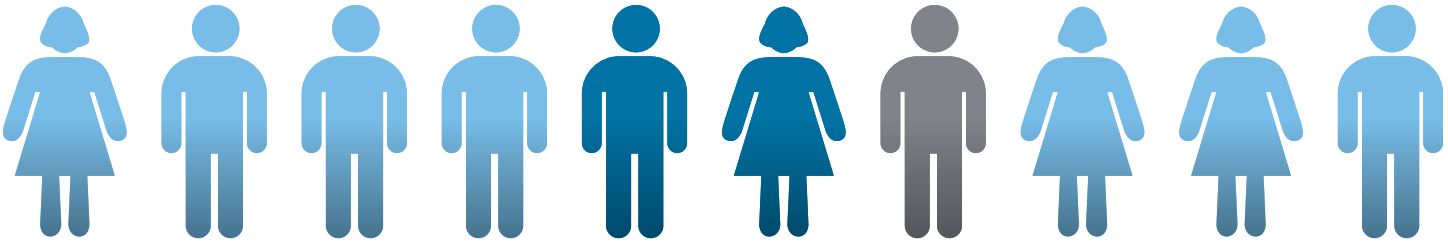
L'aîné en perte d'autonomie vit avec un équilibre précaire de problèmes médicaux, cognitifs, fonctionnels, psychologiques et sociaux. Lorsque cet équilibre est perturbé, souvent, c'est une situation de crise qui le fait entrer dans le système de soins de santé aigus.

L'aîné vivant en établissement de soins est atteint de plusieurs comorbidités médicales graves (y compris la démence). Il a besoin de supervision ainsi que de soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24.

Nous voulons tous que tous les aînés soient capables de se débrouiller en toute sécurité chez eux le plus longtemps possible. Cependant, lorsque les besoins en matière de soins sont supérieurs à ce qui est considéré sécuritaire à la maison, il faut pouvoir compter sur l'accès rapide à des niveaux de soins supérieurs, comme le logement avec assistance, les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins.

Cet éventail d'options en matière de soins allant des soins à domicile au foyer de soins est nécessaire au succès du système. Pour assurer le succès d'un plan pour la province, il est essentiel de déterminer la part des différentes options et les coûts connexes. Voici les éléments majeurs.

Soins à domicile – Les services nécessaires doivent être accessibles à tous les adultes plus âgés en perte d'autonomie à la maison. Les soins peuvent être complétés par le Programme extra-mural, en collaboration avec le médecin responsable des soins primaires. Si des auxiliaires familiaux sont nécessaires, tous les aînés devraient pouvoir y avoir accès, quel que soit leur revenu. Actuellement, l'auxiliaire familial est subventionné si l'aîné satisfait aux exigences financières. Bien que cette méthode aide les personnes ayant le plus besoin d'aide, elle n'aide pas les aînés à revenu moyen qui ne peuvent pas payer les services. Il faut réévaluer cette situation.



Bonne santé *Perte d'autonomie* *Établissement de soins*

Logements avec assistance/foyers de soins spéciaux – Au Nouveau-Brunswick, les logements avec assistance et les foyers de soins spéciaux font partie des soins. Le nombre et les types d'établissements, les services qu'ils offrent et leur coût varient grandement dans l'ensemble de la province. Certains établissements sont subventionnés, et d'autres sont des foyers privés payants. Dans certaines régions marquées par un équilibre inapproprié de disponibilité, des établissements ont de la difficulté à trouver des clients tandis que d'autres sont toujours remplis et maintiennent une liste d'attente.

Nombre adéquat de places dans les foyers de soins – Il y aura toujours un pourcentage d'aînés qui nécessiteront des soins 24 heures sur 24 et des soins médicaux réguliers dans un foyer de soins. Il n'est pas clair quel devrait être le nombre de places en foyer de soins pour une population donnée de 75 ans. Cependant, si vous jetez un coup d'œil dans les autres provinces pour trouver un repère, vous constaterez que le nombre le plus courant est environ 100 places en foyer de soins par 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Au Nouveau-Brunswick le plan actuel est de 75 places par 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Ce nombre est trop faible, et cette lacune a entraîné la situation actuelle dans laquelle un grand nombre d'aînés sont hospitalisés ou vivent à la maison en attente de ce niveau de soins. Environ 25 % de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par de telles personnes, que l'on appelle personnes en attente d'un autre niveau de soins. La majorité d'entre elles attendent une place dans un foyer de soins. En attendant l'établissement et la mise en place d'un objectif exact en matière de nombre de places en foyer de soins par habitant, les aînés continueront d'attendre à l'hôpital.

Il convient de se pencher sur ce qui constitue le coût « équitable » pour ceux qui ont besoin d'un niveau de soins correspondant à un foyer de soins. Le coût de ces soins doit être équitable, abordable et semblable dans l'ensemble du Canada.

Types de soins dans les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins

Les soins infirmiers et médicaux offerts dans ces établissements varient. Par conséquent, le type de personne qui bénéficiera de chacun est différent. Il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce qu'un foyer de soins spéciaux soit capable de répondre aux besoins d'une personne dont les besoins correspondent à ceux offerts par un foyer de soins. Lorsque les besoins en matière de soins d'un aîné ne peuvent pas être comblés dans un foyer de soins spéciaux, l'aîné en question utilise davantage les services d'urgence et les hôpitaux de soins aigus. Cela est mauvais à la fois pour l'aîné et le système.

Facilité d'accès aux soins

Actuellement, le ministère du Développement social est le seul point d'accès aux soins à domicile, aux foyers de soins spéciaux et aux foyers de soins. Les temps d'attente pour subir une évaluation peuvent être longs, et la gestion de cas de ces clients est difficile. Le fait de permettre à d'autres partenaires du système d'effectuer les évaluations et de gérer ces cas aiderait à améliorer l'accès aux soins.

Ce qui est important, c'est que les aînés reçoivent les bons soins, au bon endroit et au bon moment. Pour y arriver, des changements s'imposent.

À propos des auteurs

C'est un texte collectif représentant les points de vue de la majorité des médecins du Nouveau-Brunswick qui donnent des soins gériatriques spécialisés. Le texte est fondé sur leur expérience clinique auprès de milliers de patients de la province et de leur famille, ainsi que sur la recherche menée dans ce domaine. Voici les gériatres collaborateurs : Pamela Jarrett, M.D., FRCPC, FACP, professeure agrégée à Dalhousie Medicine New Brunswick, à Saint John (Réseau de santé Horizon); Patrick Feltmate, M.D., FRCPC, professeur adjoint à Dalhousie Medicine New Brunswick, à Fredericton (Réseau de santé Horizon); et Michelle Conrod, M.D., CCMF, DMG, professeure adjointe à Dalhousie Medicine New Brunswick, à Moncton (Réseau de santé Horizon).

CAPACITÉ
NOUVEAU-BRUNSWICK

Les aînés du Nouveau-Brunswick nous demandent de prioriser les services de planification centrée sur les personnes afin de les aider à vivre de façon aussi autonome et active que possible au sein de leur collectivité et de réduire la pression exercée sur nos systèmes de soins de santé et de longue durée.

Selon Statistique Canada (2012), 35 % des Néobrunswickois de plus de 65 ans vivent avec une incapacité. De ce numéro, 66,5 % – environ 25 000 personnes âgées – vivent avec une incapacité, liée à la mobilité. De nombreux Néobrunswickois auront un problème de mobilité après l'âge de 65 ans, souvent à la suite d'une chute, d'une blessure, de complications médicales ou d'autres problèmes de santé. Parallèlement, un nombre croissant de personnes ayant un problème de mobilité à long terme subissent les effets du vieillissement en raison des améliorations dans la détection et le traitement des maladies et les progrès réalisés en réadaptation. Toutefois, la longévité grandissante ne signifie pas que ces personnes maintiennent une qualité de vie adéquate. Les baby-boomers ont eu moins d'enfants que les générations précédentes et le soutien auquel ils peuvent s'attendre de leurs enfants adultes est moindre. Les autres problèmes préoccupants des ainés sont : l'isolement social; l'inactivité; l'accès au transport; l'accès à un logement sécuritaire et abordable et le financement pour les rénovations domiciliaires; l'accès à des soins de santé primaires; la pauvreté, l'accès à un soutien au revenu, la sécurité alimentaire et la nutrition; la gestion des problèmes de santé chronique.

35 % des Néobrunswickois de plus de 65 ans vivent avec une incapacité. De ce numéro, 66,5 % vivent avec une incapacité liée à la mobilité.

En période de défis budgétaires provinciaux importants, la manière de garantir la santé et la qualité de vie d'un nombre grandissant de personnes âgées tout en maintenant des soins à long terme et des couts durables est de plus en plus préoccupante. Les services pour les personnes âgées sont offerts par un réseau complexe et souvent déroutant composé par des fournisseurs gouvernementaux, privés et communautaires, et englobent services sociaux et soins de santé. Les programmes offerts par les hôpitaux et les gouvernements sont, nécessairement, limités par le temps nécessaire à la planification et à coordination pour aider les ainés à explorer leurs besoins et objectifs, rechercher et déterminer les soutiens et naviguer dans les programmes et services. Les systèmes gouvernementaux sont surtaxés et le personnel est forcé de prioriser les cas les plus difficiles et urgents. Cette réalité fait en sorte qu'il est presque impossible de se concentrer sur la planification, le détournement ou l'évitement du système.

Capacité NB utilise un modèle de planification centrée sur la personne (cadre de navigation) qui se concentre sur la réalisation des objectifs en matière de qualité de vie déterminés par les participants dans leur plan d'action individuel. Dans le cadre d'un récent projet pilote, nous avons travaillé en tête-à-tête avec 276 personnes âgées ayant une incapacité liée à la mobilité et référées à nos services en raison d'obstacles à l'autonomie et des risques d'un placement en centre de soins infirmiers; moins de 2 % de ces personnes âgées ont été placées en centres.

Grâce à la prestation de notre service de navigation, nous rencontrons, dans les hôpitaux, les centres de réadaptation ou leurs résidences, des personnes âgées ayant une incapacité liée à la mobilité. Nous mettons sur pied des équipes de solutions formées du client, des membres de sa famille et de son réseau de soutien et de fournisseurs de services. Le conseiller en réadaptation (navigateur) est un allié qui fournit des services de santé selon une approche personnelle et…

1. travaille individuellement avec la personne âgée pour habiliter, planifier et résoudre les problèmes relatifs aux besoins prioritaires non satisfaits et identifie les objectifs;
2. possède, ou recueille, l'information et les ressources qui permettront au client à faire des choix fondés, de prendre des décisions éclairées et d'atteindre ses objectifs;
3. détermine les avenues et options possibles pour accéder aux services et soutiens, et peut en faciliter l'accès.

Notre recherche et notre évaluation démontrent qu'une bonne planification requiert du temps. En moyenne, un conseiller en réadaptation passe 36 heures à aider une personne âgée à atteindre les objectifs déterminés dans son plan. Capacité NB offre ce service à cout considérablement inférieur que ne le ferait le gouvernement.

Il est temps de se tourner vers nos organismes communautaires pour leur expertise en prestation de services; ils sont souvent des leaders en innovations et ont davantage de flexibilité pour explorer des solutions communautaires créatives susceptibles d'aider les personnes âgées à réduire leur dépendance envers les programmes gouvernementaux. Nous nous appuyons sur des ressources en nature et favorisons l'apprentissage continu pour nous assurer que les membres de notre personnel sont compétents dans plus de 3000 ressources disponibles pour les personnes âgées.

L'importance de la planification se perd dans le dialogue sur le vieillissement. Une planification solide et créative axée sur la personne a fait ses preuves pour éviter les inutiles institutionnalisation et utilisation des programmes gouvernementaux, pour retourner aux séjours de courte durée dans les centres de soins infirmiers et s'assurer que les lits dans les hôpitaux sont utilisés pour les soins actifs. Le Nouveau-Brunswick doit maintenant répondre aux questions suivantes : où les services de planification pour personnes âgées sont-ils les mieux livrés dans notre province et comment pouvons-nous en offrir de meilleurs?

À propos de l'auteur

Haley Flaro (BA – Sociologie, UNB) est directrice générale à Capacité Nouveau-Brunswick depuis 9 ans et possède une vaste expérience de travail auprès des populations vulnérables, incluant les personnes âgées, dans l'élaboration de programmes communautaires et de politiques publiques. Formé en 1956, Capacité NB est un organisme communautaire provincial à but non lucratif. Sa mission est de fournir des services innovateurs et de développer une réforme progressiste de la politique publique afin de promouvoir l'indépendance et la pleine participation communautaire de personnes atteintes d'une lésion médullaire ou d'une incapacité liée à la mobilité. Capacité NB offre des services communautaires bilingues de consultation en réadaptation partout au Nouveau-Brunswick.

LA COALITION DU NOUVEAU-BRUNSWICK **SUR LES SERVICES À LA PERSONNE**

De la crise à la conquête – La collectivité détient la clé

La New Brunswick Human Services Coalition (Coalition du Nouveau-Brunswick sur les services à la personne) a été établie il y a cinq ans pour rassembler des représentants de la collectivité afin de tenter d'améliorer la situation globale au Nouveau-Brunswick pour nos clients, leur famille, ainsi que nos travailleurs et nos organismes. Nous sommes membres de programmes de soins à domicile, de foyers de soins spéciaux et de résidences communautaires, ainsi que de programmes d'assistance professionnelle, de programmes de jour et de programmes de soutien familial communautaire. Nous sommes le « secteur des services sociaux communautaires », qui comprend près de 10 000 fournisseurs et organismes de soins donnant des services à des milliers de Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises vulnérables. Nos services sont depuis longtemps reconnus et désignés comme « essentiels à la prestation des services sociaux au Nouveau-Brunswick ».

Notre mandat touche trois principaux domaines liés directement à la prestation et à la viabilité des soins de qualité à nos clients :

1) le besoin de formation mise à niveau et normalisée
2) des frais de service et des niveaux de salaire équitables qui reflètent l'expérience, la formation et la responsabilité
3) la réglementation appropriée par souci de qualité et de compétence.

Indirectement et directement, le secteur des services sociaux communautaires est une partie cruciale de la prestation des services qui nécessite de l'attention. Depuis des années, le secteur manque nettement de ressources, comparativement aux hôpitaux et aux foyers de soins. Cela a entraîné des difficultés majeures, le plus grand défi étant le recrutement et le maintien en poste des travailleurs qualifiés. Du travail a été accompli pour tenter d'améliorer les conditions de travail, mais les travailleurs continuent de toucher à peine plus du salaire minimum, et on considère qu'ils font partie de la catégorie des « travailleurs pauvres ». Les jeunes estiment que ces emplois sont comme des emplois d'appoint, une manière d'acquérir de l'expérience précieuse, mais ils voient bien qu'une carrière réelle dans le domaine est impossible. Nous n'avons rien à offrir aux travailleurs ayant fait des études postsecondaires. En fin de compte, nos aînés souffrent en raison des changements injustes et de l'anxiété causée par le taux élevé de roulement du personnel. Et les organismes continuent de lutter.

Indirectement et directement, le secteur des services sociaux communautaires est une partie cruciale de la prestation des services qui nécessite de l'attention.

D'où pourrait venir l'argent? Des estimations succinctes démontrent qu'il nous faudrait de 40 à 50 millions de dollars par année pour augmenter les salaires de 4 à 6 $ de l'heure. Beaucoup d'argent est accordé et dépensé et, souvent, nous nous interrogeons sur les choix faits. Est-ce que cela serait considéré comme un bon choix? Est-ce une bonne idée d'investir dans les travailleurs compatissants et généreux du Nouveau-Brunswick? Cela améliorerait-il la qualité des soins de nos aînés? Une suggestion a été de rétablir les niveaux d'imposition de 2009-2010 et de réserver une portion importante du revenu additionnel généré à ce secteur communautaire, tout en laissant entendre que nous pourrions avoir un problème de revenu au lieu d'un problème de dépenses.

Le Nouveau-Brunswick a toujours été fier de l'esprit communautaire et du sentiment de bonne volonté à l'égard de son voisin propres de ses habitants, et avec raison. La collectivité est au cœur de notre vie. Nous sommes compatissants et généreux. Nos précieuses traditions et nos plaisirs simples comme les beaux cours d'eau, les vastes forêts et les ponts couverts font l'envie de nombreuses personnes du monde entier. Nous « suivons le courant », nous prenons les choses comme elles viennent et nous apprenons à nous adapter aux choses qui arrivent. Cette attitude est fantastique lorsque tout va bien et que tout est calme. Mais ce n'est pas la situation actuelle!

À propos de l'auteur

Depuis plus de 20 ans, Jan Seely est propriétaire de foyers de soins spéciaux dans les petites localités de Martinon et de Grand Bay-Westfield. Elle est présidente de la NB Human Services Coalition et directrice générale de l'Association des foyers de soins spéciaux du N.-B. Jan continue de travailler fort pour apporter des changements positifs au secteur en travaillant en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Dans les actualités de chaque semaine, de nouvelles expressions apparaissent, comme « tsunami gris », « monopolisateurs de lits », etc. Les études, les comités directeurs, les politiques, les tables rondes et les stratégies font partie d'un nouveau jargon. On a dépensé beaucoup d'argent, manqué à beaucoup de promesses et perdu des élections. Et où en sommes-nous aujourd'hui? Nous sommes au beau milieu d'un énorme problème avec beaucoup d'« idées », mais pas de plan d'action réel.

Est-ce la faute de notre attitude détendue? Le gouvernement est-il la cause? Est-ce parce que nos jeunes ont tous migré dans l'Ouest? Qui sait qui ou quoi est la cause? Rien de cela n'importe maintenant. Ce qui importe, c'est de retourner à ce dont nous sommes le plus fiers, nos collectivités! La solution dépend de nos collectivités, mais il est essentiel d'investir dans les collectivités. Comme l'a si bien promis le gouvernement actuel lors de la campagne électorale « nous devons examiner les soins de longue durée dans l'optique de la qualité des soins et de la viabilité, et non simplement dans l'optique de l'argent ». Le temps est venu de faire exactement cela.

Nous pouvons élaborer tous les plans du monde et créer toute une panoplie de nouvelles initiatives, mais rien de cela n'est possible sans une solide communauté de travailleurs et d'organismes bien équipés pour travailler et donner des résultats. Sans nier l'importance des médecins, des hôpitaux et des foyers de soins, il faut admettre que la solution ne dépend pas uniquement ou surtout de ces derniers. Et elle ne dépend pas non plus de l'élimination des services publics. Elle dépend plutôt de l'investissement stratégique dans les services communautaires et dans l'amélioration de l'efficacité des services publics, surtout des services de santé et des services sociaux.

LA FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE RETRAITÉS DES UNIVERSITÉS ET COLLÈGES DU CANADA

À la lumière de la préoccupation fréquemment mentionnée concernant le vieillissement de la population et ses effets sur la société canadienne, il est important d'examiner les soins de santé comme une solution de rechange clé aux soins à l'hôpital ou dans un foyer de soins.

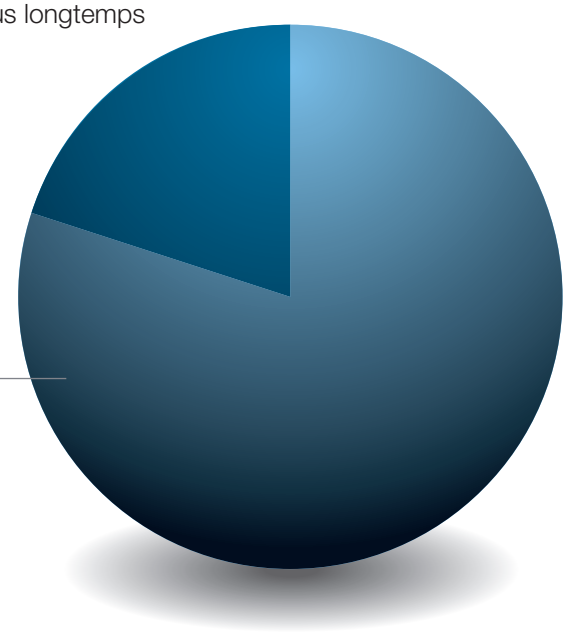
Les soins à domicile se définissent comme des services destinés à des personnes en convalescence, handicapées, présentant une affection chronique ou en phase terminale ayant besoin de traitements médicaux, infirmiers, sociaux ou thérapeutiques ou d'aide pour les activités essentielles de la vie quotidienne. Cependant, les soins à domicile sont également nécessaires aux personnes âgées généralement en santé et en forme qui pourraient avoir besoin d'aide pour le bain, le nettoyage ou les réparations de la maison, la cuisine, le magasinage et le transport.

Comme l'a fait remarquer l'Association médicale canadienne, « le vieillissement de la population canadienne est devenu l'impératif politique le plus urgent de notre époque ». Son président a signalé qu'environ 3 millions de lits de soins de santé par année au coût de 1000 $ par jour sont occupés par des aînés qui n'ont pas accès à des soins de longue durée ou à des soins à domicile.

Compte tenu du coût élevé de l'entreposage dans les hôpitaux des aînés en attente d'une place dans un autre établissement, quelle est la faisabilité des soins à domicile comme solution de rechange? Selon le niveau de soins et le nombre d'heures nécessaires, les soins à domicile pourraient être plus convenables et abordables. Tous les aînés n'ont pas besoin d'un établissement de soins de longue durée après un séjour à l'hôpital, et la plupart préféreraient demeurer chez eux le plus longtemps possible.

À l'heure actuelle, la Loi canadienne sur la santé ne considère pas les soins à domicile comme un service assuré. Et chaque province fournit un niveau différent de soutien des soins à domicile et a des règlements différents. Par contre, dans toutes les provinces, 80 p. 100 des fournisseurs de soins à domicile aux personnes ayant des besoins de longue durée ne sont pas rémunérés. Il s'agit des aidants naturels. En 2012, 28 p. 100 des Canadiens âgés de 15 ans et plus prenaient soin d'un membre de la famille ou d'un ami atteint d'une maladie chronique ou d'une incapacité ou ayant des besoins liés au vieillissement. Il existe diverses estimations sur le montant d'argent que les aidants naturels non payés épargnent au Trésor public, mais une étude menée par Statistique Canada estime que les économies sont de 24 à 31 milliards de dollars.

80 % des fournisseurs de soins à domicile aux personnes ayant des besoins de longue durée ne sont pas rémunérés.



Selon les données de 2012 de Statistique Canada, neuf aidants naturels non rémunérés sur 10 fournissent des soins pendant une année ou plus, et un sur cinq a déclaré que la prestation de soins a des effets négatifs sur sa santé physique et émotionnelle, ainsi que des répercussions économiques, notamment des dépenses personnelles et la perte de journées de travail. Même ceux qui réussissent à embaucher de l'aide supplémentaire ont signalé des problèmes à trouver des soins appropriés et constants en raison du taux de roulement chez les préposés aux soins à domicile. Étant donné que tous les aidants naturels n'ont pas la chance de pouvoir compter sur un réseau de membres de la famille et d'amis capables d'aider et qu'il y a seulement un nombre limité et inconstant de soutiens financiers et de services en nature, il est essentiel de disposer de soins à domicile durables et réglementés. De plus, en l'absence d'un cadre national législatif, les divers ordres de gouvernement ont besoin d'un « ensemble de principes harmonisés pour les soins à domicile pour aboutir à une certaine cohérence à l'échelle nationale tout en respectant les différences importantes entre les provinces et les territoires », selon l'Association canadienne de soins et services à domicile.

Ces principes englobent les soins axés sur le client et la famille qui sont intégrés et centrés sur la continuité et la qualité des soins. Les soins doivent être accessibles —les aînés doivent avoir de l'information sur les options offertes. Ils doivent être durables et intégrés au système de santé afin d'être économiques et liés à la recherche et à la pratique fondées sur des preuves. Finalement, les soins à domicile doivent être évalués en fonction de normes de responsabilité.

Un abandon réel des soins aigus afin d'appuyer les soins à domicile et les soins à long terme dans la collectivité nécessitera plus que l'adoption de ces principes : il nécessitera des politiques fiscales et de la planification de tous les ordres de gouvernement afin de veiller à ce que les ressources soient suffisantes. Il faut disposer de données pour définir la responsabilité et prendre des décisions axées sur des preuves. Compte tenu du rôle important joué par les aidants membres de la famille, nous avons besoin de stratégies et de programmes qui les appuient, comme des incitatifs financiers et fiscaux importants ainsi que des soins de relève. Les travailleurs de soutien à domicile qui sont embauchés pour donner des soins doivent être formés et agréés; de plus, leur travail devrait être rémunéré et valorisé adéquatement.

Bref, les aînés ont besoin d'un gouvernement fédéral qui travaille avec les provinces et les territoires à mettre en place des politiques et des programmes qui assurent l'accès à des soins de longue durée de qualité supérieure et abordables partout au Canada. Les soins à domicile et les soins de longue durée devraient faire partie de notre système de soins assurés appuyé par des incitatifs financiers et fiscaux importants pour les personnes et les familles. C'est un moment bien choisi pour inscrire les aînés à son programme politique et pour s'engager à trouver des solutions à long terme.

Sources disponibles sur demande.

À propos de l'auteur

La Dre Linda Kealey est la présidente du Comité des politiques de santé des Associations de retraités des universités et collèges du Canada (ARUCC). Elle possède un doctorat de l'Université de Toronto et a été professeure d'histoire à l'UNB pendant treize ans. Elle avait une longue carrière universitaire en recherche et en enseignement avant son arrivée. Elle a publié plus de deux douzaines d'articles et de chapitres approuvés par des comités de lecture, a mis au point quatre volumes d'essais et a été la rédactrice adjointe de la revue Atlantic and Canadian Historical Review. Pour son travail, y compris son rôle clef dans l'obtention de la tenue du Congrès des sciences humaines et des sciences sociales à l'UNB, elle s'est mérité la Médaille du recteur de l'UNB en 2012.

L'ASSOCIATION DES FOYERS DE SOINS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

L'AFSNB a mis sur pied un programme spécifique pour le secteur des foyers de soins dans le cadre duquel les foyers de soins jouent un rôle communautaire important. Le programme vise à avantager les aînés du Nouveau-Brunswick.

Partie un – Nouvelle définition du rôle des foyers de soins à l'intérieur du continuum de soins :

Ajout, dans quatre catégories, d'options de soins spécialisés dans les foyers de soins :

1. Services de répit : programmes de jour pour les aînés, un soutien au niveau des listes d'attente pour foyers de soins, un soutien et de la formation pour les soignants familiaux, et un nouveau rôle pour les lits de répit.
2. Services sociaux : programmes de transport, et des programmes « entre voisins » pour prévenir l'isolation sociale.
3. Centres de services : cliniques de mieux-être et de soins primaires offerts dans les foyers de soins.
4. Services de soins spécialisés : équipes de soins pour comportement réactif, des lits pour soins palliatifs, et des soins de convalescence de courte durée.

Services communautaires aux aînés de la région : 96 % des foyers de soins soutiennent déjà des services communautaires aux aînés, mais, grâce à un élargissement, les services communautaires déjà offerts dans les foyers de soins pourraient servir à évaluer les risques. Les observations pourraient être partagées avec tous les intervenants qui, en recevant les mêmes informations, pourraient coordonner les efforts.

Approche concertée touchant les placements et les admissions : Prenant exemple d'une meilleure pratique en Norvège, une équipe de divers fournisseurs de soins de longue durée détermine comment et quand les besoins d'une personne peuvent être satisfaits. L'équipe communautaire de soins de longue durée évalue les besoins d'un individu et utilise une approche flexible visant à assurer que les ressources appropriées soient offertes indépendamment du milieu.

Partie deux – Investissements pour renforcer la capacité avec rendement du capital investi

Soutien pour financement social : La finance sociale est un partenariat public-privé donnant des résultats sociaux. Les contrats d'impact social, dans le cadre desquels le fournisseur de services reçoit du gouvernement une rémunération basée sur les résultats convenus à l'avance, pourraient représenter une solution avantageuse pour tous les intervenants.

À propos de l'auteur

Jodi Hall est titulaire d'un diplôme en éducation des adultes de l'Université du Nouveau-Brunswick et d'une maîtrise en études de santé avec une spécialisation en leadership de l'Université d'Athabasca. En tant que Directrice des opérations de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, elle a effectué des recherches pour le panel du premier ministre sur le vieillissement en santé présidé par John McLaughlin, et a rédigé de nombreux rapports et soumissions ayant pour sujet le besoin de changement social dans le secteur des soins de longue durée. Elle agit également comme la coordonatrice principale du Collectif pour le vieillissement en santé et soins.

Développement de l'équipe de soins : Les efforts du gouvernement qui visent à encourager les aînés à demeurer à la maison entraîneront probablement l'admission dans les foyers de soins d'individus ayant des besoins plus complexes. Il est donc important de veiller dès maintenant à ce que les employés de foyers de soins puissent répondre aux besoins des futurs résidents. Plus précisément :

1. Éducation en leadership pour les infirmières autorisées
2. Mise en place de normes d'éducation et d'opportunités de formation pour les aides gériatriques
3. Prise en considération de l'ensemble des connaissances des infirmières auxiliaires autorisées
4. Étude du potentiel d'utilisation d'une équipe auxiliaire de soins, comme le rôle d'un paramédical en soins prolongés et un rôle plus large des infirmières praticiennes dans tous les foyers de soins

Utilisation améliorée de la technologie : La modernisation des foyers de soins par l'entremise de la technologie est une importante initiative qui vise à permettre une meilleure compréhension des besoins en soins des résidents. Il faut de plus se positionner de façon à mieux administrer les foyers de soins grâce à la technologie et supporter les soins aux aînés communautaires.

Soutien du Collectif pour le vieillissement en santé et les soins et prototypes communautaires : Le Collectif sur le vieillissement en santé et les soins est le résultat du Sommet sur le vieillissement en santé et les soins tenu en novembre 2012. Le cadre de travail opérationnel est basé sur le concept de prototypage social. Un dialogue communautaire est entamé dans le but de déterminer les besoins d'une communauté locale. Les membres du Collectif doivent partager les connaissances, les ressources, les expériences, etc. afin d'aider à développer de nouvelles capacités. Les foyers de soins peuvent travailler avec leur communauté pour diriger le développement de prototypes.

Priorités d'apprentissage et de recherche : Une concentration postsecondaire en soins de longue durée est nécessaire pour accroître la visibilité de la gériatrie et attirer de nouveaux diplômés. Il est également important d'investir dans les opportunités de recherche par l'entremise d'une disponibilité des dollars de recettes fiscales et de fournir des ressources aux foyers de soins afin de leur permettre de devenir des « laboratoires vivants » travaillant en partenariat avec la communauté de recherche.

Partie trois – Alignement du secteur des soins de longue durée

Loi sur les soins de longue durée : La mise en place d'une loi sur les soins de longue durée aurait le potentiel de restructurer le secteur, éliminant le cloisonnement et appuyant l'efficacité dans le continuum des soins. La loi permettrait également de reconnaître la contribution des soignants non rémunérés comme ayant une grande importance dans le continuum. La Loi sur les soins de longue durée pourrait de plus permettre aux foyers de soins de stimuler plus facilement l'innovation des soins aux aînés pour les résidents et les personnes âgées de la communauté.

Stratégie de la main d'œuvre au niveau des soins de longue durée : Il est nécessaire d'adopter une stratégie de la main d'œuvre qui comprend les soins à domicile, les soins spéciaux, les foyers de soins et les régies régionales de la santé, tout particulièrement pour aborder les questions d'éducation normalisée, de réglementation, de recrutement, de rétention, et toute autre question de ressources humaines comme les salaires.

« Outils » et « langage » courants : L'utilisation d'outils et d'un vocabulaire partagés par tous les fournisseurs du continuum permettrait une communication plus efficace. Le ministère du Développement social a annoncé un investissement dans les foyers de soins afin de mettre en place MDS, un système de mesure de l'acuité des résidents. Cet outil pourrait être utilisé dans les foyers de soins spéciaux, dans le domaine des soins à domicile et auprès des patients nécessitant un autre niveau de soins.

SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Les infirmières et les infirmiers savent que discussions sur les difficultés relatives à la prestation des soins aux Néo-Brunswickois lorsqu'ils vieillissent ne sont pas nouvelles; des personnes âgées qui ne sont pas ou qui ne sont plus gravement malades occupent des lits d'hôpitaux en attendant d'avoir accès à d'autres niveaux de soins. Lorsqu'elles doivent demeurer à l'hôpital plus longtemps que nécessaire, non seulement les lits ne sont pas disponibles et les coûts de leur maintien sont élevés, mais elles ne reçoivent pas non plus les soins qui correspondent à leurs besoins. La réduction des taux d'hospitalisation et de la durée des séjours à l'hôpital ne peut résulter que de la prestation d'autres services adéquats aux personnes âgées.

À propos du SIINB

Le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB) représente 7 000 infirmières et infirmiers immatriculés qui travaillent dans les secteurs des soins actifs, des soins de santé communautaires et des soins de longue durée partout dans la province. Chaque jour, les membres du SIINB offrent de précieux services aux Néo-Brunswickois dans les réseaux de santé. Ils comprennent les problèmes liés à la santé.

Les infirmières et les infirmiers du Canada, représentés par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, soumettent les recommandations suivantes :

1. Que le gouvernement fédéral élabore un programme national pour assurer la sécurité des soins dispensés aux personnes âgées, assorti de fonds dédiés et à long terme, et de mécanismes efficaces de mise en application. Ce programme devrait comprendre les éléments suivants :

- Équité et inclusivité dans tout le Canada, et accès fondé sur les besoins;
- Normes nationales en matière de qualité et de sécurité des soins aux patients, particulièrement par rapport à la dotation et à un niveau minimal obligatoire de dotation;
- Élaboration d'une stratégie en matière de ressources humaines pour les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile. Cette stratégie tient compte des conditions de travail, de la formation et des disparités de salaires;
- Plus grande formation ou éducation en matière de soins aux aînés, dans tous les secteurs des soins de santé;
- Reconnaissance de l'importance d'un système public ou d'agences à but non lucratif;
- Stratégies pour assurer la continuité des soins et des fournisseurs de soins, d'un service à l'autre;
- Soutien accru aux soignants non rémunérés par l'intermédiaire du financement ou davantage de postes de soignants rémunérés.

2. Que les gouvernements provinciaux tirent profit du programme national en assurant :

i. Une main-d'œuvre stable

- *Fixer un objectif de 70 % d'infirmières et d'infirmiers à temps plein (et autres travailleurs de la santé) dans tous les secteurs. Ce chiffre reconnaît le fait que la prestation de soins est une relation qui nécessite une continuité chez les fournisseurs de soins. Idéalement, le 30 % de postes à temps partiel serait pourvu par le personnel régulier à temps partiel afin d'assurer un travail d'équipe efficace, et permettre au personnel d'être familiarisé avec les besoins des résidents ou des patients;*
- *Mettre fin aux appels d'offres concurrentiels qui encouragent la discontinuité des soins et ont tendance à privilégier le coût le plus bas et non la qualité des soins.*

ii. Des niveaux pertinents de dotation et une composition adéquate du personnel (éventail des compétences)

- *Maintenir et mettre en application les règles de dotation actuelles, et autres règles, dans tous les secteurs offrant des soins aux aînés;*
- *Mettre en place de nouvelles normes minimales réglementées pour augmenter la qualité des soins et réduire les coûts liés à l'absentéisme et aux heures supplémentaires;*
- *Établir une norme minimale obligatoire de 4,5 heures de soins directs par jour par résident afin d'améliorer la qualité de vie des résidents (heures travaillées);*
- *Un minimum obligatoire d'une (1) IA par quart de travail (heures travaillées), et une augmentation du nombre d'IA, tel que requis par le niveau d'acuité des besoins des résidents.*

iii. Formation et éducation

- *Élaborer des normes pour promouvoir la formation continue et l'éducation, en milieu de travail, du personnel infirmier et autres fournisseurs de soins, dans tous les secteurs offrant des soins aux aînés;*
- *Encourager les employeurs à faciliter le travail d'équipe chez les fournisseurs de soins, et mettre en œuvre des stratégies de promotion du travail d'équipe, par exemple organiser des ateliers de formation regroupant les différents fournisseurs, offrir des occasions de formation sur place;*
- *Faire plus de place aux soins aux aînés dans tous les programmes de formation destinés aux fournisseurs de soins.*

iv. Un système intégré

- *Assurer une meilleure coordination, communication et collaboration entre les secteurs et les milieux de travail afin d'éviter les complications coûteuses (sur le plan humain et financier), y compris fournir des soins adéquats, des lits et des fournisseurs de soins dans tous les secteurs, et en portant une attention spéciale aux temps de transition (par exemple : transferts, congés de l'hôpital, admissions). Le travail d'équipe est particulièrement utile pour gérer les maladies chroniques chez les personnes âgées.*

3. Que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux s'unissent pour financer les soins à domicile et assurer des services de soins à domicile, à court et à long terme, qui soient pertinents, adéquats et accessibles aux personnes âgées qui en ont besoin, afin de diminuer les complications et les effets indésirables, diminuer le fardeau des soignants naturels qui, à la longue, voient leur vie professionnelle et leur santé se détériorer.

4. Que le gouvernement fédéral établisse une nouvelle norme en matière de soins aux aînés dépassant les normes cliniques traditionnelles afin de promouvoir une culture axée sur la personne et une approche holistique par rapport aux soins aux aînés. Ainsi, on tiendra compte de la personne dans son ensemble, de ses antécédents et de son histoire. L'objectif étant d'améliorer la qualité de vie générale des personnes âgées.

Les infirmières et infirmiers immatriculés partout au pays appuient les recommandations énoncées ci-dessus qui établissent les responsabilités que devraient, selon nous, assumer les gouvernements fédéral et provinciaux. Le SIINB reconnaît que le gouvernement provincial doit composer avec des réalités financières difficiles et il appuie les pressions continues visant à accroître les transferts de fonds en matière de santé qui sont exercées par le gouvernement provincial auprès des candidats fédéraux et du nouveau gouvernement fédéral qui sera élu. Le SIINB souhaite également que le financement du programme D'abord chez soi établi par le gouvernement précédent soit accru de façon continue et que d'autres mesures soient prises afin d'intégrer davantage diverses formes de soutien aux personnes âgées dans leurs collectivités. Le système peut être rationalisé pour assurer une meilleure coordination des services en transférant les soins aux aînés du ministère du Développement social au ministère de la Santé. Le SIINB appuie aussi la décision récente du gouvernement provincial de construire de nouveaux foyers de soins, mais il s'oppose à la privatisation des soins dans les foyers de soins.

LE POINT DE VUE DES PATIENTS
PENNY ERICSON

Je crois que nous devrions établir dans l'ensemble de la province des centres de santé communautaires composés de professionnels de la santé qui offrent des programmes de soutien communautaires.

Les centres de santé communautaires devraient être conçus pour faciliter l'accès des aînés aux professionnels capables de les aider à prendre des décisions éclairées dans les domaines de l'exercice, de la nutrition, de la gestion des symptômes non médicaux et de la gestion quotidienne des problèmes de santé. Un médecin ferait partie de l'équipe du centre de santé communautaire. On encouragerait les médecins de famille à appuyer les activités du centre de santé communautaire.

Il y a dans la province des organismes non gouvernementaux (ONG) qui offrent d'excellents programmes pour aider les aînés à mieux gérer leurs problèmes de santé. L'existence d'un conseil des centres de santé comprenant des représentants d'ONG aiderait les aînés de nos collectivités diversifiées. Ce conseil pourrait travailler avec le personnel des cliniques à l'élaboration à l'intention des cliniques de programmes éducatifs axés sur les lignes directrices touchant les pratiques exemplaires et les suggestions de programme élaborées à l'échelle nationale. Il est rare qu'un aîné ait un seul problème de santé; par conséquent, le système serait meilleur si les ONG en cause pouvaient élaborer des programmes axés sur plus d'une maladie. L'éducation nutritionnelle est un bon exemple, car les aînés diabétiques ou atteints d'une maladie cardiaque ont des défis similaires qu'ils pourraient gérer grâce à une seule séance d'information. La saine alimentation des aînés est un sujet générique dont on pourrait parler à tous les participants qui se présentent à une clinique. Pour les aînés, l'exercice est très important, surtout avec l'arrivée des baby-boomers. Beaucoup d'entre eux ont occupé un emploi sédentaire et ont donc une force et une résilience inférieures à celles de leurs parents qui pêchaient, travaillaient dans les bois ou cultivaient.

Nous n'avons pas besoin de technologie coûteuse pour améliorer nos compétences en communication et en évaluation. Nous devons nous efforcer d'écouter ce dont les aînés et leur famille ont besoin et les aider à trouver une solution dans un contexte de centre de santé communautaire.

Le programme de soins infirmiers paroissiaux, qu'on appelle en anglais Parish Nursing, est un programme communautaire en plein essor qui aide les aînés à la maison, à l'hôpital ou en transition vers la maison ou un foyer de soins de longue durée. Semblables à des hospices, les établissements en question offrent les services de bénévoles qui ont reçu une formation de professionnels sur l'empathie et la protection des renseignements personnels. Leur impact grandit au N.-B. Ils redonnent vie au concept de soutien communautaire et en démontrent les bienfaits. C'est une lueur positive de changement pour une province que l'on a persuadée de croire que nos gouvernements prendront soin de nous.

La socialisation est autre bienfait des centres de santé communautaires. Les aînés qui deviennent isolés s'exposent davantage au risque d'une mauvaise santé. Un centre qui encourage les aînés à participer à des séances d'information sur la nutrition, l'exercice et la sécurité des médicaments, etc., fournira le soutien social et l'information nécessaire sur la santé. Les membres des groupes connaîtront des amis et des voisins qui devraient probablement être là, et ils sont dans une meilleure position pour les inciter à participer qu'un professionnel de la santé qui le recommande rapidement.

Les cliniques et les divers praticiens épauleront les aînés plus efficacement s'ils sont attentifs à la fois au texte et au contexte propres aux enjeux des aînés. Nous vivons dans une province ayant des problèmes déplorables de littératie en matière de santé ainsi qu'un taux d'analphabétisme regrettable. Prendre le temps de vérifier ce que l'aîné comprend, voit, lit et entend s'avère indispensable à « l'observance » du traitement prescrit. Le terme « inobservance » m'en dit plus sur les compétences en communication que sur l'aîné!

Il ne faut pas oublier que les obstacles à la bonne communication sont nombreux. Par exemple, l'aîné pourrait avoir une déficience auditive qui n'a pas encore été diagnostiquée ou une prothèse auditive qui ne fonctionne pas correctement. La vision est un enjeu de sécurité que nous devrions aider les aînés à déceler. Leurs lunettes sont-elles graisseuses ou sales parce que les aînés ne voient pas la différence? À quelle date l'aîné a-t-il subi son dernier examen de la vue? Utilise-t-il les lunettes d'un membre de la famille décédé? Le fait de ne pas voir peut causer une fracture de la hanche aussi facilement que la glace! Dans le cas des personnes qui comptent sur les chèques de Développement social pour leur subsistance, il pourrait être financièrement difficile de changer les enjeux susmentionnés. De plus, ces personnes peuvent difficilement s'occuper de leur hygiène dentaire. Le gouvernement paie les frais d'extraction de toutes leurs dents, mais ne paie pas le coût des dentiers. La nutrition devient un problème réel pour les personnes qui n'ont plus de dents.

Voilà les enjeux importants qui se cachent dans de simples évaluations. Nous n'avons pas besoin de technologie coûteuse pour améliorer nos compétences en communication et en évaluation. Nous devons nous efforcer d'écouter ce dont les aînés et leur famille ont besoin et les aider à trouver une solution dans un contexte de centre de santé communautaire.

À propos de l'auteur

Penny Ericson est une infirmière immatriculée maintenant retraitée, qui encourage depuis toujours l'amélioration des soins aux patients. Elle a eu une carrière professionnelle et universitaire active, qui lui a mérité le titre de doyenne et professeure émérites de la Faculté de science infirmière de l'UNB. Elle est une ancienne présidente et membre à vie de la Canadian Gerontological Nursing Association et de la New Brunswick Gerontological Nursing Association, la coprésidente actuelle du Conseil consultatif des patients et des familles du Réseau de santé Horizon et membre du Conseil d'Hospice Fredericton, de l'Association pulmonaire du N.-B. et de Patients pour la sécurité des patients au Canada. Elle se consacre à son travail communautaire, à son église et à sa famille.

LES MINISTÈRES DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Les aînés souhaitent vivre à domicile le plus longtemps possible. Les statistiques le confirment, alors que 92 % des aînés au Canada demeurent dans des logements privés.[1] Pour vieillir à domicile, les aînés doivent bénéficier de services de santé et de services sociaux qui leur permettent de demeurer à la maison et au sein de leur communauté de façon autonome et en toute sécurité. On observe une tendance dans la majorité des autres pays à investir dans davantage de services communautaires et de stratégies visant à favoriser l'autonomie.

L'analyse des dépenses engagées actuellement montre que le financement accordé aux établissements de soins pour bénéficiaires internes compte pour plus de la moitié du budget du ministère du Développement social et qu'il est 5,5 fois plus élevé que les dépenses en matière de services de soutien à domicile. Au cours des prochaines années, la population d'aînées du Nouveau-Brunswick continuera d'augmenter. Compte tenu de cette croissance démographique et de l'inflation (taux annuel prévu de 2 %), si aucune mesure n'est mise en place, les coûts des services aux aînés augmenteront de près de 300 millions de dollars en 15 ans.

D'abord chez soi est une stratégie qui vise à améliorer la situation des aînés tout au long du continuum des soins et qui permettra de réduire le besoin d'obtenir des services en promouvant le mieux-être et le vieillissement en santé et en incorporant les services de prévention; en fournissant plus de soins à domicile et de services de soutien aux soignants et; en intégrant les services de façon à simplifier la navigation au sein du système.

La stratégie D'abord chez soi repose sur la somme des résultats obtenus au cours des dernières années dans le cadre de différentes activités réunissant des intervenants, dont le Sommet sur les soins et le vieillissement en santé, le rapport Vivre en santé et bien vieillir, ainsi que d'autres initiatives de consultation. Des citoyens, soignants et fournisseurs de services ont exprimé des messages cohérents quant à la façon d'améliorer les soins aux aînés au Nouveau-Brunswick.

D'abord chez soi est une stratégie qui s'appuie sur des données probantes, dans le cadre de laquelle on a examiné plus de 10 plans provinciaux et pratiques exemplaires du Canada et d'autres pays, ainsi que réalisé une analyse approfondie des données relatives à la situation actuelle des services de santé et des services sociaux du Nouveau-Brunswick.

Un certain nombre d'initiatives s'inscrivant dans la stratégie D'abord chez soi seront conçues et mises en œuvre par l'entremise d'un partenariat entre le ministère du Développement social et les réseaux de santé Horizon et Vitalité, lequel visera à :

- Promouvoir les modes de vie sains et le mieux-être;
- Promouvoir le développement de collectivités amies des aînés sécuritaires qui aident ces derniers à vieillir à la maison et au sein de leur communauté;
- Améliorer la qualité de vie des aînés en les aidant à demeurer à domicile et à gérer de façon efficace leurs limitations fonctionnelles et leurs problèmes de santé;
- Réduire les admissions et les séjours à l'hôpital qui ne sont pas nécessaires; et
- Réduire ou prévenir les admissions prématurées dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes.

---

[1] *Statistiques Canada, La situation des personnes âgées dans les ménages, Recensement de la population de 2011.*

La vision de la stratégie D'abord chez soi **« Parvenir à un vieillissement en santé grâce au soutien et aux soins appropriés offerts dans un système souple, intégré et viable »**, se fonde sur trois piliers de la réussite :

1) Vieillissement en santé,
2) Soutien et soins appropriés et
3) Système souple, intégré et viable.

Les initiatives mises en place de façon active sont les suivantes :

- **Intégration/coordination améliorées des services de santé et des services sociaux**
  - *Intégration améliorée des services de santé et sociaux*
  - *Amélioration du processus d'évaluation des soins de longue durée*
  - *Aiguillage des ambulanciers vers le Programme extra-mural*
- **Davantage de services communautaires et de visites de soins de santé à domicile**
  - *Centres de ressources pour les aînés*
  - *Cliniques de mieux-être pour les aînés*
  - *Soins communautaires aux personnes atteintes de démence, comme le programme d'aiguillage First Link®*
  - *Services rapides de réadaptation et de revalidation*
  - *Développement du service de télésoins à domicile du Programme extra-mural*
- **Coordination de la gestion de cas et de l'orientation en matière de soins**
  - *Initiative relative au navigateur pour les aînés*
  - *Projets pilotes de soins en collaboration*
  - *Collaboration de la ligne d'information sans frais destinée aux aînés*
- **Initiatives de prévention visant à promouvoir le mieux-être, le vieillissement en santé et la sécurité à domicile; lesquelles permettent de prévenir les chutes, les blessures et un mauvais état de santé général**
  - *Examen de la santé, du mieux-être et de la sécurité à domicile des aînés*
  - *Subvention pour réparations domiciliaires mineures*
- **Soutien aux fournisseurs de soins (formels et informels)**
  - *Augmentation du nombre de places en soins de relève dans les centres de jour pour adultes*
  - *Utilisation accrue des technologies de surveillance à distance, comme Carelink*
  - *Soutien amélioré aux fournisseurs de soins informels*
  - *Formation des préposés aux soins des aînés*

Alors que ces plans se concrétiseront et que ces services seront mis en place au sein de la province, nous assurerons un suivi rigoureux non seulement à l'égard du rendement qu'offrent ces services, mais également au regard des résultats que nous souhaitons atteindre. Le succès de la stratégie D'abord chez soi repose sur la diminution du nombre de placements en établissements résidentiels pour aînés et de séjour de courte durée, la réduction du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence pouvant être évitées, la diminution du nombre de jours-lits pour autres niveaux de soins (ANS) des aînés en attente de placement, et l'augmentation du pourcentage d'aînés bénéficiant de services de soutien à domicile et dont le cas est géré au sein de la communauté par une ou des équipes de professionnels de la santé et des services sociaux.

Ce type de changement transformateur nécessitera une nouvelle façon de comprendre, de valoriser et d'intégrer – par les particuliers, les familles, les fournisseurs de soins et les professionnels – les soins communautaires et à domicile dans les systèmes de soins et de services sociaux plus généraux.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la stratégie D'abord chez soi, veuillez consulter le document en ligne : http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/DabordChezSoi.pdf

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Point de vue sur les soins aux aînés du Nouveau-Brunswick

Parfois, un petit geste peut donner un résultat incroyable.

Je le vois pratiquement tous les jours, dans mon travail à la pharmacie. Les exemples sont nombreux. Pensons à une simple modification de la dose d'un médicament pour soulager les vertiges d'une patiente et éviter qu'elle fasse une chute dangereuse, ou encore, au fait de dire à un patient de ne pas consommer de pamplemousse avec certains médicaments pour prévenir d'importantes interactions médicamenteuses et peut-être une hospitalisation. Même le simple geste d'aider une personne à organiser ses médicaments peut l'aider à rester en santé plus longtemps et lui éviter une hospitalisation.

Que pourrait-on faire autrement pour vraiment aider les aînés du Nouveau-Brunswick? Ce que je propose en réponse à cette question, ce n'est pas un nouveau « Grand Plan général ». Au contraire, je propose des mesures spécifiques qui permettraient d'améliorer considérablement les conditions de vie de nos aînés.

Commençons par quelques faits :

- Près des deux tiers des aînés (65 ans et plus) prennent cinq médicaments sur ordonnance ou plus.
- Plus de 40 % des personnes de 85 ans et plus prennent 10 médicaments et parfois plus.
- Au Nouveau-Brunswick, les effets indésirables des médicaments sont la première cause d'hospitalisation des aînés.

De simples petits gestes pour aider les aînés à mieux gérer leurs médicaments et peut-être à en prendre moins, produiraient des résultats importants. Voici quelques suggestions :

Élargissement du programme PharmaConsulte[MC] – Les aînés qui sont assurés par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et qui prennent trois médicaments sur ordonnance ou plus pour des troubles chroniques ont droit, chaque année, à une revue subventionnée de leurs médicaments, avec leur pharmacien, dans le cadre du programme PharmaConsulte[MC]. Les Néo-Brunswickois détenteurs d'une carte de services de santé valide du ministère du Développement social peuvent aussi s'en prévaloir. Pourquoi ne pas étendre ce programme aux 55 ans et plus, aux personnes qui quittent l'hôpital et à celles qui sont atteintes de maladie chronique? La revue

Plus de 40 % des personnes de 85 ans et plus prennent 10 médicaments et parfois plus.

permet aux patients de mieux connaître leurs médicaments, ce qui les incite à les prendre régulièrement et correctement. Il en résulte un accroissement des bienfaits potentiels des traitements et une réduction des risques qui y sont associés. J'ai moi-même constaté à quel point ces revues de médicaments étaient utiles.

Déprescription – Envisager l'établissement de lignes directrices pour la déprescription fondées sur des preuves cliniques. Notre système de soins de santé met l'accent sur le diagnostic et la prescription de médicaments, mais il faudrait s'intéresser à la réduction des médicaments inutiles et à l'arrêt des traitements inadéquats, en particulier chez les aînés. Ces lignes directrices viendraient compléter la revue des médicaments de manière à fournir aux pharmaciens les protocoles nécessaires pour éliminer des traitements qui ne sont plus nécessaires ou qui entraînent des effets secondaires.

Système électronique d'information sur les médicaments – Mettre en place un système électronique d'information pharmaceutique qui recueille des renseignements sur tous les médicaments donnés aux patients, notamment aux aînés, qui font souvent exécuter leurs ordonnances dans plusieurs pharmacies. Un tel système permettrait aux pharmaciens de constater tous les médicaments que prend une personne et ainsi aider à prévenir les interactions médicamenteuses et à gérer les effets secondaires. C'est également un outil important dans la prévention des abus de médicaments. Ce système est en train d'être conçu par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, mais il faudrait l'achever et l'implanter le plus tôt possible.

Emballages subventionnés par l'État facilitant l'observance – Les aînés qui prennent plusieurs médicaments pourraient grandement profiter d'un emballage de leurs comprimés, organisé par leur pharmacien. Ces « plaquettes aide-mémoire » facilitent le suivi des doses multiples et la prise correcte de leurs médicaments. Ils profitent ainsi de tous les avantages de leur médication et évitent les réactions indésirables. Depuis peu, l'Île-du-Prince-Édouard subventionne ce service pour les aînés admissibles. Le Nouveau-Brunswick devrait faire pareil.

Programme de prescription pilote – Un programme d'essai de 14 à 30 jours des nouveaux médicaments d'ordonnance connus pour provoquer d'importants effets secondaires réduirait le gaspillage de médicaments et ferait réaliser des économies substantielles. Trop souvent, des patients commandent leurs médicaments sur ordonnance pour les trois prochains mois, avant de réaliser au bout d'une dizaine de jours qu'ils souffrent d'effets secondaires impossibles à gérer. Et si le médecin ou le pharmacien opte pour un médicament de substitution, le patient se retrouve avec des centaines de comprimés inutiles. Ce programme permettrait de réduire ce gaspillage en diminuant la quantité accordée pour une première prescription de médicaments reconnus pour avoir d'importants effets secondaires. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Québec ont déjà réalisé d'importantes économies en mettant en œuvre ce type de programme.

Élargissement de la vaccination financée par l'État – Cette suggestion ne concerne pas les médicaments, mais profiterait grandement aux aînés. Le fait de permettre aux pharmaciens d'administrer tous les vaccins subventionnés, comme ceux contre la coqueluche et les infections à pneumocoque, améliorerait l'accès des patients à ces injections importantes. Les médecins auraient ainsi plus de temps pour s'occuper d'autres problèmes des patients. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables à la pneumonie et au zona. Le vaccin contre le zona serait aussi financé par l'État et administré par les pharmaciens.

Nous, les pharmaciens du Nouveau-Brunswick, sommes des spécialistes en médicaments et des professionnels de la santé de première ligne. Chaque jour, nous utilisons notre formation et nos connaissances pour aider les aînés à rester en santé. Cependant, nous pouvons faire beaucoup plus et c'est même notre devoir. Pour y arriver, nous désirons vivement collaborer avec d'autres professionnels de la santé – même si c'est un petit geste à la fois.

À propos de l'auteur

Daniel Pike, B.Sc. (phm), est président de l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick en plus d'exercer au Medicine Shoppe (Fredericton) et à la Guardian Pharmacy (Nackawic).

LE RÉSEAU DE SANTÉ **VITALITÉ**

Respect, Autonomie, Protection, Sécurité

À l'instar des autres provinces canadiennes et de la plupart des pays industrialisés, le Nouveau-Brunswick fait face à des défis démographiques importants. La province doit donc transformer et moderniser un système de santé qui est bien peu adapté aux besoins d'une population vieillissante.

Selon les statistiques, les aînés veulent demeurer dans leur milieu; par contre, les nombreux obstacles auxquels ils doivent faire face les empêchent souvent d'y arriver. Par ailleurs, les données démontrent que l'institutionnalisation et les séjours prolongés dans un établissement de soins de courte durée après un épisode de soins aigus nuisent au maintien de l'autonomie et à la récupération, en plus d'entraîner des coûts beaucoup plus élevés que des soins et des services à domicile.

La réponse à la question « Que pourrions-nous faire différemment pour améliorer le mieux-être des aînés au Nouveau-Brunswick? » a suscité de nombreuses suggestions de la part des intervenants, du personnel cadre et des médecins responsables des services aux personnes aînées du Réseau de santé Vitalité. La présente réflexion s'inscrit dans une perspective visant à améliorer les pratiques actuelles et à intégrer les apprentissages acquis au fils des ans. Elle est aussi effectuée dans le cadre d'une connaissance approfondie des besoins de cette clientèle; de plus, elle fait suite au constat selon lequel le modèle traditionnel de prestation des services doit être revu en profondeur afin que les intervenants soient mieux préparés à composer avec les défis futurs qui s'annoncent.

1. Mise en place d'une véritable politique de services intégrés aux personnes aînées, fondée sur des principes d'accès, d'équité, de qualité, d'efficience, de respect et de libre choix et tenant compte de la diversité linguistique des communautés, des milieux urbains et ruraux ainsi que de la capacité financière de la province.

- Ceci inclut principalement les services de santé, les services communautaires, le logement et le transport. Dans cette optique, les services d'évaluation du ministère de la Santé et du ministère du Développement social devraient être mieux intégrés afin d'assurer une meilleure coordination, de faciliter la transition des personnes entre les divers services, d'accroître l'efficience et l'efficacité et d'accélérer le processus de prise de décisions. Il faudrait aussi revoir la capacité des foyers de soins à recevoir une clientèle qui présente des besoins complexes.

À propos du Réseau de santé Vitalité

Le Réseau de santé Vitalité est une régie régionale de la santé qui assure la prestation et la gestion des soins et des services de santé sur un territoire couvrant tout le nord et le sud-est du Nouveau-Brunswick. Organisation unique au pays de par sa gestion francophone, le Réseau compte près de 70 points de service sur son territoire et offre à la population un ensemble de soins et de services de santé dans la langue officielle de son choix. Le Réseau compte environ 7 390 employés à temps plein et à temps partiel, plus de 550 médecins, dont 250 spécialistes, et près de 930 bénévoles. Le budget du Réseau était de 618,4 millions de dollars en 2014-2015.

2. Mise en place d'une approche centrée sur les personnes aînées incluant des hôpitaux mieux adaptés et organisés pour répondre aux besoins de cette clientèle.

- Adoption de l'approche gériatrique : s'assurer que les ressources humaines sont compétentes, éviter les séjours prolongés à l'urgence et ne plus garder de patients sur des civières dans les couloirs. Afin de réduire les taux et la durée d'hospitalisation, il faudrait mettre en place les services suivants : évaluation gériatrique aux urgences, dépistage précoce de la démence, hôpital de jour, lits de convalescence, de récupération et de répit et services de réadaptation.
- Liaison et communication améliorées entre les foyers de soins et les hôpitaux afin d'assurer la pertinence des soins ainsi que des transferts appropriés des patients vers les salles d'urgence. Une meilleure prise en charge médicale peut réduire le taux d'hospitalisation, en particulier pour les patients en perte d'autonomie et en fin de vie.
- Élaboration et mise en place d'un programme de prévention et de traitement des plaies adapté aux meilleures pratiques.
- Mise en place d'une équipe mobile avec une expertise médicale gériatrique incluant des infirmières du Programme extra-mural qui peuvent intervenir à domicile et dans les foyers de soins.
- Utilisation accrue de la télésanté à domicile : cette technologie est déjà utilisée pour les patients souffrant de MPOC et d'insuffisance cardiaque, mais elle pourrait servir également pour les soins palliatifs et d'autres services.
- Le personnel du Programme extra-mural a développé un outil de dépistage des facteurs de risques de chutes, incluant un document d'information mais ce n'est pas suffisant. Il faudrait encourager les activités physiques, intellectuelles et sociales, en mettant en place des classes d'exercices de prévention des chutes.
- Dépistage et identification précoces des patients à risque d'abus physique, psychologique, verbal ou financier.

3. Mise en place d'une approche et d'une philosophie intégrées visant le maintien des personnes aînées à domicile, en reconnaissant que les personnes aînées peuvent choisir leurs services et leur mode de vie, incluant la possibilité de prendre des risques.

- Offrir au personnel et au corps médical un programme de formation qui assure que les aînés ont le droit de participer à la prise de décisions en ce qui a trait aux différentes options qui s'offrent à eux. Ces décisions portent sur les interventions sociales ou médicales (retour à domicile après une hospitalisation, lieu de résidence, soins de fin de vie, absence de chirurgie, arrêt de traitement, etc.). Il faudrait organiser une campagne de sensibilisation portant sur l'importance pour les aînés de partager leurs désirs avec leur famille en termes de soins médicaux en fin de vie.

4. S'assurer que les personnes aînées aient accès à un médecin de famille et à des soins de santé primaire.

- Il faudrait mettre en place des mécanismes de soutien simples et efficaces pour aider les gens à trouver rapidement un médecin de famille. Afin de répondre aux besoins croissants, il faudrait augmenter le nombre de médecins et de membres du personnel ayant une formation en gériatrie.

New Brunswick Medical Society | Société Médicale du Nouveau-Brunswick

Dedicated to your health • Dévouée à votre santé

Association médicale canadienne | Canadian Medical Association

www.smnb.ca | www.amc.ca | www.exigeonsunplan.ca

CareFirstLasanteenpremier

associationmedicalecanadienne

nb_docs

AMC_Sante