



PROJET DE LOI No 20

**LOI ÉDICTANT LA LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE
DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET MODIFIANT DIVERSES
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**PAR
LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE**

**PORTE-PAROLE :
ANDRÉ DOIRON, MÉDECIN
PRÉSIDENT**

24 MARS 2015

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES - PARTICULARITÉS.....	2
LA PRATIQUE MÉDICALE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DANS	
DIFFÉRENTS MILIEUX DE SOINS	3
1. Soins à domicile	3
2. Cabinet privé – GMF	4
3. Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	5
4. Centre d’hébergement et de soins de longue durée	6
5. Autres milieux	7
ENSEIGNEMENT.....	7
RECHERCHE.....	8
RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE	8
CONCLUSION	9

INTRODUCTION

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Fondée il y a près de 30 ans, la Société québécoise de gériatrie (SQG) regroupe des médecins du Québec qui ont un intérêt particulier pour les soins aux personnes âgées. Notre société compte actuellement 260 membres : omnipraticiens, gériatres et résidents. Plusieurs de nos omnipraticiens ont complété le programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées (reconnu par le Collège des médecins de famille du Canada).

Nous consacrons notre pratique médicale, par intérêt et humanisme, aux aînés du Québec, sur la base d'un temps partiel ou complet. L'expertise de nos membres est unique et contribue grandement à la dispensation de soins médicaux de qualité aux personnes âgées, tant en milieu urbain qu'en région. Plusieurs sont également impliqués dans l'enseignement et la recherche en gériatrie.

Nous adhérons à l'objectif général qui est l'amélioration de l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Cependant, nous croyons que les moyens proposés dans le projet de loi 20 doivent absolument être modifiés pour tenir compte des particularités de la pratique médicale auprès des personnes âgées.

Nous vous remercions d'accepter notre mémoire et pour l'attention portée à nos préoccupations en lien avec ce projet de loi.

LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES – PARTICULARITÉS

Les données sur la population vieillissante du Québec sont bien connues. Peu d'emphasis est mise sur le fait que depuis 2011, la plus forte croissance démographique se fait aux dépens des personnes de plus de 85 ans. La population âgée du Québec est très hétérogène en termes d'état de santé et d'autonomie fonctionnelle. Une bonne proportion nécessitera une approche de soins spécifique, modulée par la complexité et la précarité de leur condition.

La majorité des professionnels de la santé (tous champs d'expertise confondus) ont reçu peu ou pas de formation en soins aux personnes âgées. Il en découle une méconnaissance des besoins spécifiques de cette clientèle. Plusieurs mythes sont entretenus et il y a souvent confusion entre vieillissement normal et pathologique. Nos pratiques de soins sont souvent peu adaptées à la personne âgée. Compte tenu de leurs caractéristiques propres, l'approche de soins et de traitement est différente de celle prodiguée à la population adulte dans son ensemble.

Au Québec, près de 88% des aînés vivent à domicile, les autres résident en milieu de vie substitut. Le désir du maintien dans leur milieu de vie a bien été mis en évidence par de nombreuses études. Les personnes âgées sont en quête d'autonomie et nous devons réajuster notre philosophie de soins en conséquence.

Globalement, c'est parmi le groupe des plus de 75 ans (et surtout des plus de 85 ans) que l'on retrouve ceux ayant le plus d'incapacités fonctionnelles et de maladies chroniques multiples (comorbidités importantes). C'est également parmi cette clientèle que les grands syndromes gériatriques sont les plus présents (ex. : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, chutes, polymédication, incontinence urinaire, etc.). L'évaluation et la prise en charge de ces personnes sont complexes, demandent du temps et ne peuvent être effectuées dans un contexte de quotas et de débit.

Nous croyons fermement que plusieurs éléments du projet de loi actuel auront l'effet de décourager l'implication des médecins auprès des personnes âgées vulnérables. Au lieu de mesures punitives, des incitatifs devraient être prévus dans la loi pour reconnaître et encourager le travail des médecins auprès des aînés présentant des conditions de comorbidités importantes et complexes.

LA PRATIQUE MÉDICALE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES DANS DIFFÉRENTS MILIEUX DE SOINS

Il est bien démontré que les personnes âgées désirent prendre activement part aux décisions qui les concernent. Au plan médical, nous devons fréquemment initier les discussions en lien avec des sujets plus complexes, telle la planification préalable des soins et la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM). Ces situations sont incompatibles avec un modèle préconisant un « débit élevé ».

1) Soins à domicile

La dispensation de soins médicaux à domicile par les médecins du Québec est limitée. Cependant, la prise en charge de patients à domicile et la charge additionnelle de travail qui en découle doivent être formellement reconnues. À notre avis, nous devons mettre en œuvre des mesures pour bonifier, valoriser et encourager les soins à domicile des personnes âgées qui le nécessitent.

Le gouvernement du Québec investit beaucoup d'argent et de ressources pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Que ce soit par le volet de soins directs ou par celui du support aux équipes de maintien à domicile, les médecins ne doivent pas être pénalisés par des modalités qui préconisent un haut volume de patients et des quotas.

2) Cabinet privé – GMF

Au cours des prochaines années, les défis à relever pour la prise en charge de la clientèle âgée sont nombreux. Plusieurs nécessiteront une combinaison de plus en plus complexe de services médicaux, sociaux et de soutien. Considérons quelques-unes de ces situations cliniques.

Le suivi en cabinet de patients présentant des troubles cognitifs constitue un défi majeur. Le nombre de personnes affectés par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (MAMA) est en pleine croissance : un nouveau cas toutes les 20 minutes au Québec – un tiers des plus de 85 ans. Il est évident que les ressources spécialisées en gériatrie ne pourront prendre en charge toutes ces personnes. Suite au rapport du Dr Howard Bergman, le gouvernement du Québec investit actuellement dans 17 projets d'implantation ciblés en GMF pour l'évaluation, la prise en charge et le suivi de cette clientèle aux besoins spécifiques.

Pour les médecins en cabinet, une des conditions essentielles de succès est l'accès aux médecins de 2^e et 3^e ligne. Les médecins de 2^e ligne sont souvent des omnipraticiens ayant une expertise spécifique en MAMA ou des gériatres. Ces omnipraticiens de 2^e ligne jouent un rôle essentiel dans plusieurs régions du Québec et leur pratique en gériatrie doit absolument être protégée.

Comme autre exemple de situation nécessitant des plages de consultations plus longues en cabinet, mentionnons l'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile et l'examen médical périodique (EMP) de la personne âgée. Certains éléments de l'EMP chez l'adulte sont actuellement questionnés. Cependant, chez la personne âgée, l'EMP est l'occasion de réviser la médication et de réévaluer les cibles de traitement (ex. : diabète, hypertension artérielle) afin de réduire le risque d'effets indésirables. La planification préalable des soins et la détermination du NIM sont souvent abordées dans le contexte de l'EMP.

Plusieurs autres conditions cliniques nécessitent que le temps alloué pour une consultation médicale soit plus long chez la personne âgée. Toutes mesures qui ne favorisent pas l'adaptation de la pratique à ces situations risquent d'être délétères pour la qualité des soins aux aînés.

3) Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Au Québec, il y a une augmentation constante du nombre d'hospitalisations chez les plus de 75 ans. Ceci s'explique en partie par le vieillissement de la population mais aussi par le fait que plusieurs ne peuvent plus bénéficier des interventions en ambulatoire et de maintien à domicile. Plus de 40% des consultations de personnes âgées à l'urgence se font par ambulance. Les patients âgés admis présentent souvent un état très précaire et instable. Leur prise en charge à l'hôpital ne peut être comptabilisée comme celle d'un adulte « standard », car ils requièrent nécessairement plus de temps.

La personne âgée hospitalisée encoure plusieurs risques durant son séjour. Parmi les plus fréquents, mentionnons le déclin fonctionnel et le delirium. Au congé de l'hôpital, le tiers des patients présentera un déclin fonctionnel par rapport à leur état antérieur. Ce déclin persistera chez 50% d'entre eux après trois mois. Cette situation a, entre autres, des impacts directs sur les taux de réhospitalisation et d'hébergement.

Le delirium est une urgence médicale qui nécessite une évaluation exhaustive et une prise en charge souvent complexe. Les patients atteints requièrent un investissement de temps plus important de la part du médecin.

Suite à la publication du cadre de référence : **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)**, en janvier 2010, le gouvernement du Québec a mis en œuvre un programme pour l'implantation de l'AAPA dans nos hôpitaux. Le leadership médical est essentiel pour en assurer le succès et ainsi réduire l'iatrogénie hospitalière pour la personne âgée. Le travail de ces médecins doit être mieux reconnu et il devra se poursuivre

pour que la pérennité de l'AAPA soit garantie. Ces tâches doivent être incluses dans l'évaluation des activités de médecine de famille (AMF).

Plusieurs de nos hôpitaux ont des unités de courte durée gériatrique (UCDG) qui prennent en charge des patients d'une grande complexité. Comme les gériatres sont concentrés dans les milieux urbains et universitaires, constituant prioritairement les soins gériatriques de 2^e et 3^e lignes, la couverture médicale de plusieurs UCDG est assurée par des omnipraticiens. Leur travail doit être reconnu. Toutes mesures qui auraient un effet dissuasif sur leur présence risquent de compromettre ce type de service.

4) Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Le profil des personnes âgées hébergées s'est également grandement modifié au cours des dernières années. Les gens qui y sont admis ne peuvent plus être maintenus dans d'autres types de ressources. Plus de 80% présentent des troubles cognitifs. Le taux de décès atteint près de 50% par année et la durée moyenne de séjour est d'environ 18 mois (entre l'admission et le décès).

La prise en charge médicale de ces personnes nécessite un investissement de temps de plus en plus important, contrairement à ce que certains pensent. Le Collège des médecins du Québec a élaboré un guide pour l'exercice médical en CHSLD, établissant le cadre pour des soins médicaux de qualité. Une approche de soins palliatifs doit être intégrée à la pratique en CHSLD, ce qui nécessite temps et expertise spécifique.

Les mesures prévues dans le projet de loi 20, en lien avec le nombre de patients à prendre en charge en CHSLD par rapport au nombre d'heures allouées, nous apparaissent insuffisantes. Elles doivent absolument être révisées pour tenir compte de l'évolution de la clientèle hébergée. Nous sommes grandement préoccupés par le fait que les médecins qui travaillent à temps complet en CHSLD soient pénalisés par des limites d'AMF.

5) Autres milieux

Notre réseau de la santé est composé de plusieurs autres services dispensant des soins aux personnes âgées : équipes ambulatoires de gériatrie et de psychogériatrie, hôpitaux de jour gériatriques, unités de réadaptation intensive gériatrique (URFI) et unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF).

Les médecins qui travaillent dans ces services ont développé des expertises spécifiques, dont le réseau ne peut se priver. Plusieurs y exercent à temps complet, en combinant parfois leur présence dans plus d'un service.

La non-reconnaissance d'AMF pour ces secteurs d'activités risque de compromettre la présence des médecins et le maintien de ces services de qualité aux aînés vulnérables.

ENSEIGNEMENT

L'enseignement et le transfert de connaissances figurent dans les priorités des missions de la SQG. La connaissance est un excellent antidote contre les mythes entretenus envers la personne âgée.

Les omnipraticiens pratiquant en gériatrie et les gériatres constituent le noyau fondamental des effectifs médicaux dédiés à l'enseignement, tant pour leurs pairs, que pour les étudiants en médecine et ceux des autres disciplines.

Il est absolument nécessaire que ces médecins soient présents dans tous les milieux où sont dispensés des soins aux aînés. Leurs tâches d'enseignement sont essentielles et doivent être reconnues et considérées comme AMF.

RECHERCHE

Plusieurs de nos membres sont impliqués à différents niveaux. Les chercheurs conjuguent fréquemment des tâches cliniques, d'enseignement et de recherche. La quête de nouvelles connaissances en gériatrie est essentielle à l'amélioration des soins dispensés aux aînés du Québec. Les modalités du projet de loi ne doivent pas compromettre l'implication de nos médecins chercheurs.

RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE

Les membres de la SQG sont profondément inquiets des répercussions potentielles du projet de loi 20 sur la pratique de la médecine en gériatrie. À notre avis, ce projet de loi menace l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins dispensés aux personnes âgées du Québec.

Dans sa forme actuelle, nous ne pouvons pas soutenir ce projet de loi. Nous proposons qu'il soit modifié afin de consolider et de favoriser la pratique de la médecine auprès de la clientèle âgée.

Les modifications devraient permettre :

- 1) D'éviter toute défection de médecins actuellement investis dans les soins aux personnes âgées.
- 2) Aux médecins de famille oeuvrant spécifiquement auprès de patients âgés de pratiquer à temps complet dans leur champs d'expertise.
- 3) Une rémunération adaptée aux particularités et à la complexité de plusieurs conditions cliniques fréquemment rencontrées en gériatrie.
- 4) D'inciter et d'encourager les médecins à poursuivre la dispensation de soins aux aînés dans tous les types de milieu.
- 5) De consolider la présence des médecins au sein des équipes interdisciplinaires, structure essentielle dans l'organisation des soins aux personnes âgées.

- 6) De favoriser l'enseignement, les activités de recherche et d'évaluation, ainsi que le maintien des compétences en gériatrie.
- 7) De soustraire la prise en charge des patients âgés complexes aux pénalités financières et aux quotas prévus.

CONCLUSION

Les défis que pose le vieillissement de la population du Québec sont nombreux. La Société québécoise de gériatrie, fort de ses 260 médecins membres, vous assure de son entière collaboration pour relever ces défis.