

# Les Gériatres au Québec

## À l'aube du vieillissement démographique

*En route pour une véritable priorisation des soins spécialisés de la personne âgée...*



Association des  
médecins gériatres  
du Québec

## INTRODUCTION

Le premier document de l'AMGQ sur les gériatres au Québec "*Un défi à relever, un rôle à clarifier*" décrivait la situation actuelle des gériatres spécialistes et celle de la gériatrie au Québec ; il exprimait beaucoup d'inquiétudes.

Le deuxième document affirme ce que doivent faire et veulent faire les gériatres pour que le Québec se dote d'une médecine spécialisée de grande qualité pour les personnes âgées présentant des problématiques multiples et complexes ; ceci implique la collaboration très étroite des principaux décideurs de la société québécoise.

Ces demandes très précises ont pour but que le système de santé d'un côté cesse de simplement "se débrouiller" avec les personnes âgées et de l'autre qu'il se structure avec des professionnels compétents et avec des organisations qui voient et vont au-delà du court terme en intégrant une approche qui priorise l'individu avec ses maladies et non uniquement les maladies par organes.

Donc, ce deuxième document reprend au départ certains éléments forts du premier document. Dans une seconde partie, il exprime clairement et avec force les demandes des gériatres du Québec.

Les références des différentes figures, tableaux et textes se retrouvent dans le document **1**.

## D’OÙ ARRIVENT LES GÉRIATRES DU QUÉBEC ?

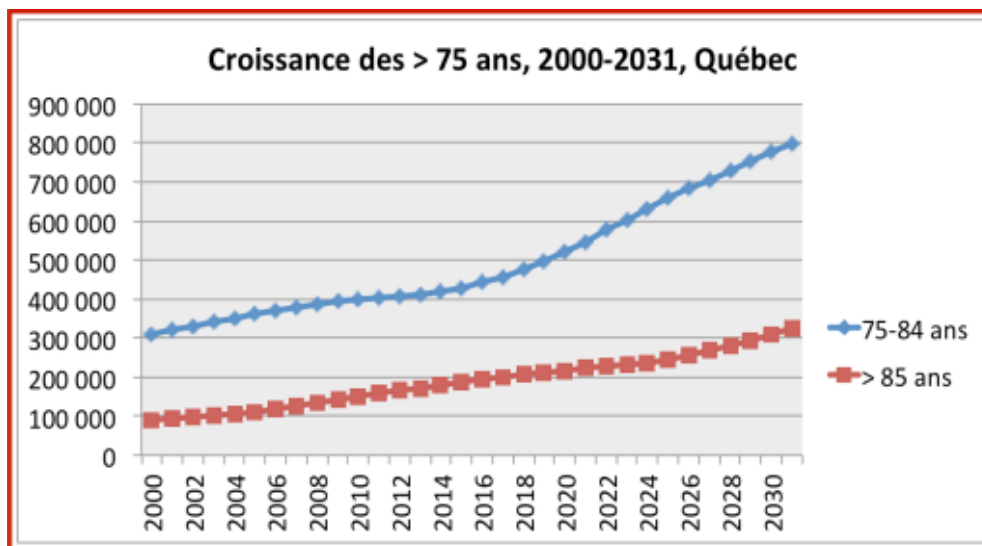
Le vieillissement de la population québécoise s’accélénera au cours des vingt prochaines années. L’impact sur le réseau de la santé de l’arrivée en nombre croissant d’une clientèle souffrant de maladies chroniques multiples et requérant des soins de santé et d’assistance constituera un défi de taille pour le système de santé Québécois.

Les médecins spécialistes en gériatrie seront sans contredit parmi les professionnels les plus sollicités considérant ces changements démographiques et épidémiologiques et pourront sans conteste contribuer positivement à une réponse adéquate au défi du vieillissement de la population. Il conviendra cependant d’utiliser de manière efficiente l’expertise spécifique du gériatre afin d’assurer l’accessibilité, la qualité et la rigueur nécessaires à un système de santé performant puisqu’il y a pénurie de gériatres au Québec. En effet, l’approche gériatrique globale a démontré des bénéfices importants lorsqu’appliquée à des populations ciblées, mais cette démarche d’évaluation gériatrique spécialisée et la place du gériatre dans le continuum de soins ne sont pas comprises de tous les intervenants du monde de la santé. Le rôle du gériatre dans le continuum de soins doit par conséquent être clarifié auprès des différents acteurs du réseau de la santé (gestionnaires et cliniciens).

Ultimement, ces changements nécessiteront une adaptation de l’organisation structurelle du système de santé sur plusieurs plans, dont celui des ressources humaines dédiées aux soins à la personne vieillissante.

Selon la banque de données des statistiques officielles sur le Québec, la population âgée de 65 ans et plus va doubler d’ici 2031, de sorte qu’elle représentera le quart (1/4) de la population totale à ce moment. Ainsi, le Québec comptera 2,2 M de personnes âgées de 65 ans et plus en 2031.

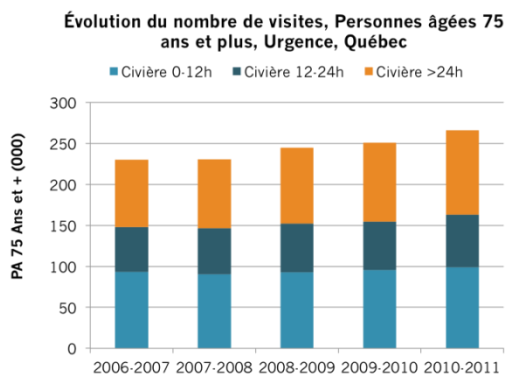
Au sein du groupe des 65 ans et plus, la croissance sera plus élevée parmi les 75-84 ans. En effet, tel qu’illustré à la **figure 1** l’arrivée des premiers baby-boomers au sein de cette tranche d’âge entre 2015 et 2020 entraînera un vieillissement rapide de la population âgée. Bien que l’état de santé soit hétérogène chez les aînés, c’est dans cette tranche d’âge que se retrouve la prévalence la plus élevée de comorbidités et d’incapacités fonctionnelles.



**Figure 1.** Croissance de la population âgée de 75 ans et plus, par tranche d'âge, 2000-2031. À partir de 2015, on note l'arrivée des premiers baby-boomers âgés de 75 ans et plus.

(Source: voir texte; ©2012 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC)

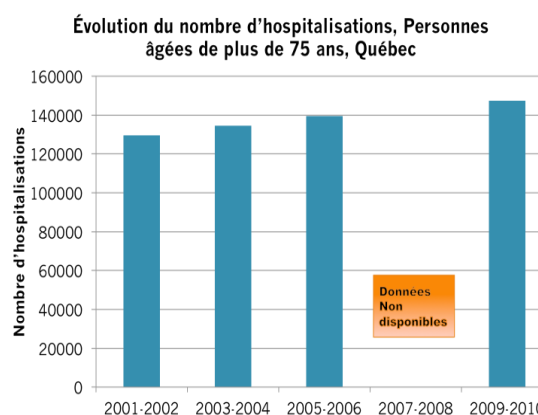
Le vieillissement de la population a un impact important sur tous les éléments du continuum de soins. L'impact est majeur à l'urgence (**figure 2**) et en soins aigus (**figure 3**), qui demeurent encore le centre névralgique du système de santé. On constate la croissance continue, depuis les années 2000, du nombre de visites de personnes âgées de 75 ans et plus consultant à l'urgence. De plus, les données québécoises témoignent d'une hausse de leur proportion sur civière à l'urgence : près de 25% des patients sur civière sont maintenant âgés de 75 ans ou plus. Le défi est d'autant plus grand que la complexité des situations cliniques et sociales et la pénurie de ressources entraînent des durées de séjour à l'urgence qui avoisinent régulièrement, et même dépassent, les 24 heures. Une telle durée de séjour n'est pas sans conséquence sur le statut fonctionnel de la personne âgée.



**Figure 2.** Nombre de visites de personnes âgées de 75 ans et plus sur civière à l'urgence, en millier, Québec.

(Source : MSSS)

©2011 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC



**Figure 3.** Nombre d'hospitalisations de personnes âgées de 75 ans et plus, Québec, depuis 2001.

(Source : BDSO)

©2011 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC

De plus, selon Gruneir :

- 45 % consultent pour des conditions nécessitant une intervention urgente, alors que ce ratio est de 30 % chez les plus jeunes ;
- 19% des diagnostics posés chez les aînés qui consultent à l'urgence étaient liés à une perte d'autonomie : chutes, déshydratation, manque d'apport, troubles de l'humeur, etc.;
- Jusqu'à 50% nécessiteront une hospitalisation ;
- Vu leur condition clinique, **moins de 6% auraient pu recevoir leurs soins initiaux dans une autre ressource.**

Enfin, les personnes âgées sont une des clientèles principales en soins aigus. En 2010-11, les 75 ans et plus représentaient 25% des patients hospitalisés et contribuaient pour 40% des jours d'hospitalisation et ces pourcentages sont en croissance constante depuis les 25 dernières années (Info Med-Echo, février 2012).

En effet, de nombreuses études ont mis en évidence que la clientèle âgée est souvent sous-traitée (entraînant des conséquences fonctionnelles négatives), ou encore sur-traitée. Ainsi, l'âgeisme, encore très présent au sein de notre société, se retrouve invariablement dans notre réseau de la santé et dicte souvent les conduites thérapeutiques davantage que les connaissances scientifiques.

L'expertise de l'interniste-gériatre quant aux soins à la personne âgée par une approche biopsychosociale devient essentielle non seulement dans le continuum de soins directs aux patients, mais également dans l'enseignement, la recherche appliquée et l'expertise auprès des instances administratives.

Compte tenu que les personnes âgées représentent 40% des personnes hospitalisées et jusqu'à 70 % dans certains secteurs (neurologie, cardiologie, orthopédie, chirurgie, ...), il est donc du devoir de tous les professionnels de la santé œuvrant en médecine adulte de mettre à niveau leurs connaissances afin d'offrir des soins adaptés aux particularités physiologiques de la personne âgée en concordance avec les standards de pratique. Ainsi, les soins à la personne âgée deviennent l'affaire de tous les professionnels œuvrant en médecine, en psychiatrie et chirurgie adulte.

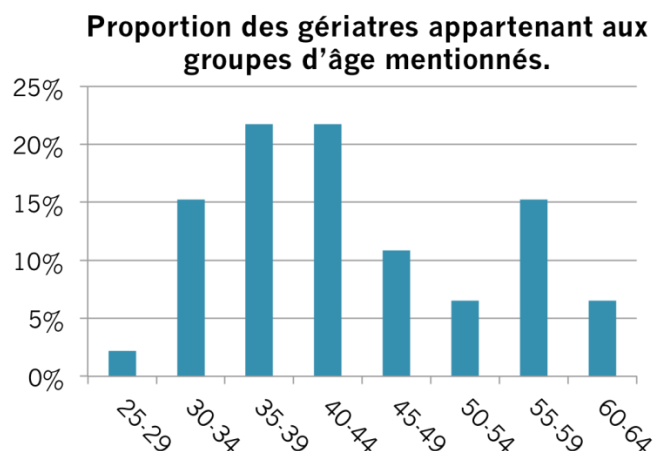
Dans l'optique de répondre aux besoins cliniques, académiques et d'expertise en soins aux personnes âgées, le regroupement de gériatres en masses critiques doit être privilégié. De plus, les programmes de formation universitaires de tous les professionnels de la santé, ainsi que des différentes spécialités médicales, devront s'ajuster à la réalité de la clientèle que notre système de santé dessert et s'assurer que les diplômés aient les connaissances nécessaires en soins à la personne âgée. Présentement, un faible pourcentage seulement de la formation des différents professionnels de la santé, incluant celle des médecins, est consacré aux connaissances sur le vieillissement normal et les particularités dans les soins aux personnes âgées. **Dans certaines facultés de médecine, le stage de gériatrie n'est même pas obligatoire dans la formation.**

Contrairement à ce qu'on constate dans plusieurs spécialités, on dénote une variabilité significative entre les établissements et régions quant au rôle attendu du gériatre, généralement en réponse aux impératifs contextuels propres à ces derniers :

- Insuffisance de formation au niveau des divers professionnels de la santé en ce qui a trait au vieillissement normal et pathologique, la vulnérabilité physiologique de l'aîné, la prise en charge des syndromes gériatriques et les connaissances sur les soins adaptés aux besoins de cette clientèle ;
- Manque d'infirmières spécialisées en clientèle personnes âgées ;
- Pénurie de médecins « hospitalistes », particulièrement dans les grands centres urbains ;
- Difficultés d'accès à un médecin de famille en communauté ;
- Déficience dans l'organisation du continuum des soins et services de santé aux populations âgées vulnérables, résultant en des écarts de service significatifs ;
- Méconnaissance des médecins et des instances administratives quant au rôle et aux spécificités du gériatre dans le réseau de la santé, entraînant fréquemment une confusion entre les compétences des gériatres, internistes et omnipraticiens avec formation complémentaire en gériatrie ou intérêt professionnel envers cette clientèle.

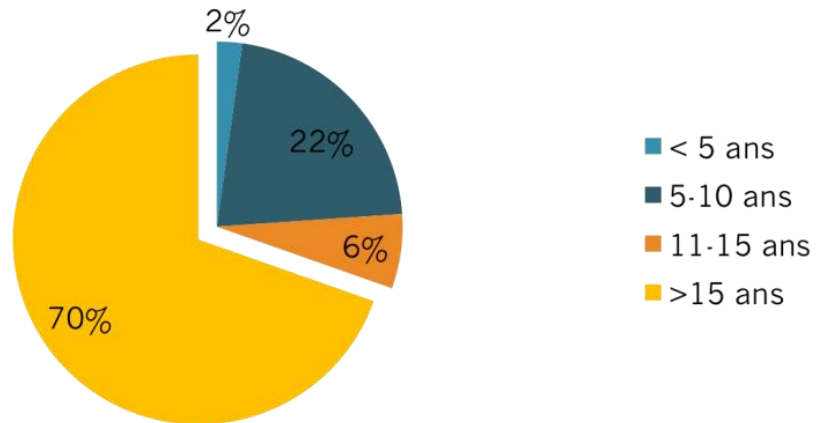
***Ainsi, plusieurs des milieux ont exprimé ouvertement à l'AMGQ lors de l'enquête sur les besoins en vue de planifier les PREM, qu'ils ne voyaient pas la pertinence d'avoir l'expertise d'un gériatre dans leur institution.***

Le Québec compte en 2012 à peine 63 internistes-gériatres actifs. La moyenne d'âge est de 46 ans et on note une distribution bimodale des effectifs (**figure 5**). Ainsi, une proportion non négligeable des gériatres se rapproche de la retraite (**figure 6**) : **le quart des gériatres comptent prendre leur retraite au cours des dix (10) prochaines années**, soit au moment où le Québec verra se concrétiser l'accélération du vieillissement de sa population.



**Figure 5.** L'âge des gériatres présente une distribution bimodale.  
Source: AMGQ-sondage 2011. ©2011 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC

## La retraite chez les Gériatres québécois...



**Figure 6.** Les retraites des gériatres québécois commenceront prochainement, au moment même où le vieillissement de la population s'accélénera.

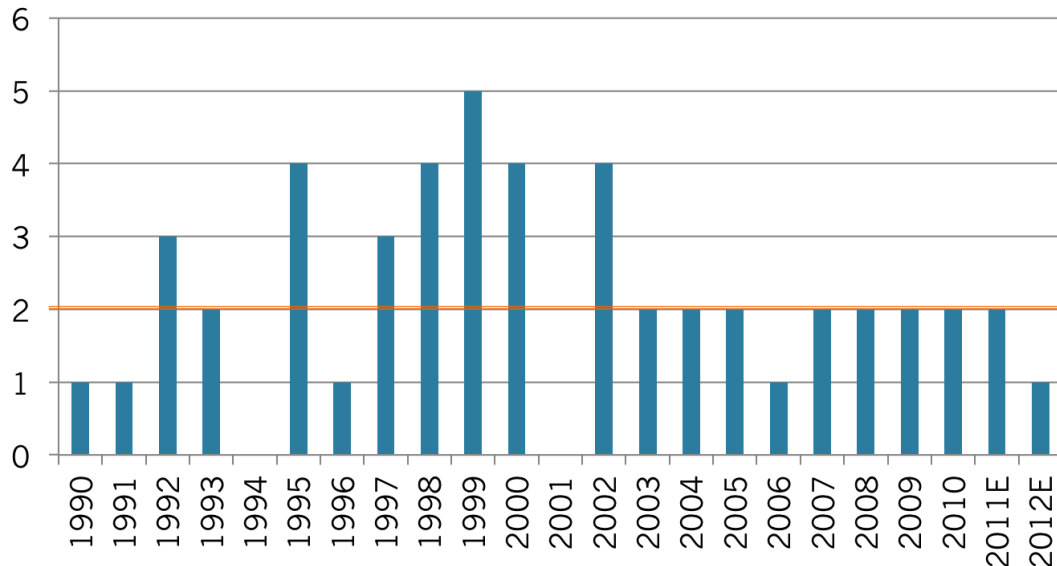
Source: AMGQ-sondage 2011. ©2011 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC

Éléments contribuant au manque de visibilité de la spécialité :

- Le pourcentage élevé de milieux de stages supervisés par des médecins de famille puisque le milieu de stage privilégié demeure les unités de courte durée et que le nombre limité de gériatres ne permet pas d'accueillir l'ensemble des étudiants dans des unités de courte durée pilotées par des gériatres. **Outre la médecine d'urgence, il s'agit de la seule spécialité où les étudiants ne sont pas obligatoirement en contact avec le spécialiste de la discipline du stage durant celui-ci ;**
- Un stage de gériatrie très court, ne permettant pas d'exposer le résident à différents volets de la médecine spécialisée (moyenne de jour/présence du résident = 15 jours de stage vu les absences pour vacances/gardes) ;
- Malgré une exposition au quotidien fréquente aux personnes âgées à travers toutes les spécialités médicales et chirurgicales, les résidents de ces spécialités sont supervisés dans leur rôle par des médecins qui eux-mêmes ont reçu peu ou pas de formation en soins à la personne âgée.

En conséquence, comme le démontre la **figure 7**, le nombre de nouveaux permis de spécialistes en gériatrie émis annuellement est faible (1 à 2 par an) et stable depuis 10 ans alors que la population âgée est en croissance accélérée.

### Nombre de nouveaux permis émis annuellement, Gériatrie, Québec, 1990-2010



**Figure 7.** Nombre de nouveaux permis émis annuellement en gériatrie au Québec  
Source : AMGQ. ©2011 Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC

Tel que le démontre le tableau suivant, déjà en 2005 le Québec accusait un retard en nombre d'effectifs de médecins spécialistes en gériatrie par rapport à l'Angleterre et les États-Unis.

Pays	Angleterre	É.-U.	Canada	Québec
Nombre	1 000 (2002)	7 600 (2004)	198 (2000)	49 (2005)
Ratio par 10 000 > 65 ans	1	2	.46	.50
Croissance annuelle	55 7%	270/151 3.2%	8.8 3.75%	2 4.57%
Années pour le calcul	(1997-2002)	(1991-2004)	(1996-2000)	(1998-2005)

**Tableau 1.** Comparaison des effectifs en médecins spécialistes en gériatrie au Québec au Canada, en Angleterre et aux États-Unis.



<b>2012 : Le MSSS reconnaît 108 postes dont 45 ne sont pas comblés actuellement</b>
<b>2015 : Le MSSS reconnaît 138 postes</b>
<b>2030 : Le MSSS devra reconnaître plus de 300 postes (voir figure 1 p. 8) Croissance des 2 cohortes des personnes âgées</b>

*Tableau 2.* PREM des gériatres du Québec

Parallèlement, il est urgent que le **Ministère de la Santé et des Services sociaux**, en collaboration avec les différents **Ordres professionnels** et le **Ministère de l'Éducation** et les **Universités**, assure la mise en place des moyens pour améliorer la compétence et l'efficacité des intervenants en première et deuxième lignes en soins à la personne âgée. Ils devront aussi mettre en place les moyens pour que ces intervenants puissent répondre aux besoins de la clientèle vieillissante à travers le continuum de soins et ce de façon intégrée. Il est également impératif de mettre en place des mesures incitatives (financières et autres) pour augmenter de façon significative le nombre de gériatres dans les prochaines années.

Le Ministère de la santé et des services sociaux doit accorder une attention particulière aux milieux universitaires s'il décide d'appuyer la gériatrie comme spécialité en croissance. Le statu quo sur la répartition des effectifs en gériatrie a un impact sur le nombre d'experts disponibles en milieu universitaire pour l'enseignement sur les soins aux personnes âgées au niveau pré et post gradué de même qu'au niveau du développement de la recherche, de la formation continue et de la visibilité de la profession auprès des futurs résidents puisque ces tâches ne sont pas retenues dans le calcul des besoins d'effectifs. Cette pénurie d'effectif a aussi un impact direct sur l'accessibilité et le développement des différents axes cliniques spécialisés en gériatrie comme les différentes cliniques spécialisées où le besoin de services est en croissance ; le MSSS doit tenir compte de ces tâches dans le calcul des besoins d'effectifs. Contrairement à plusieurs spécialités, nous ne devons pas faire les calculs uniquement en fonction des départs à la retraite.

On accepterait mal d'avoir si peu de cardiologues ou d'oncologues avec la prévalence des cancers et maladies cardiovasculaires actuelles. Pourtant, ***le recrutement en gériatrie spécialisée a fait l'objet de très peu d'attention de la part des instances concernées, malgré l'évolution démographique prévisible. Il y a maintenant urgence d'agir !***

Les gériatres, avec la complicité d'autres spécialités médicales et chirurgicales, doivent développer des secteurs d'expertises tels l'oncogériatrie, la cardiogériatrie, l'orthogériatrie à titre d'exemples, et s'assurer d'un financement adéquat pour le plateau professionnel et technique.

### EN ROUTE VERS UNE VÉRITABLE PRIORISATION DES SOINS SPÉCIALISÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Nous recommandons les pistes de solutions suivantes :

- 1) Dans le programme réseau de formation en gériatrie, il doit y avoir au moins douze résidents par année avec le concours structurant des principaux décideurs québécois, et ceci pour les vingt prochaines années.
- 2) Il est nécessaire d'avoir des masses critiques de gériatres dans les hôpitaux universitaires "classiques", dans les récents hôpitaux universitaires "campus extra mural de facultés de médecine, exemple : Trois-Rivières, Chicoutimi, etc.", les CSSS avec désignation universitaire et les centres régionaux qui ont un grand volume d'activités qu'il y ait ou non présence de stagiaire en médecine. Ces masses critiques permettent d'impliquer avec efficacité les gériatres dans les différents secteurs d'activités cliniques :
  - a) Les urgences
  - b) Les différentes unités de soins à titre de consultant
  - c) Les unités d'enseignement de type UCDG
  - d) La médecine ambulatoire et les différentes cliniques "spécialisées" à thématique gériatrique
  - e) Les services externes gériatriques spécialisés à titre de consultant (hôpitaux de jour et équipes ambulatoires de gériatrie et de psychogériatrie)
  - f) Les différents secteurs de réadaptation touchant les personnes âgées quels que soient les établissements
  - g) Les CHSLD publics et privé-conventionnés à titre de consultant
  - h) Certains CLSC et GMF à titre de consultant selon les caractéristiques de la région ou des sous-régions
  - i) Les plus petits établissements de santé à titre de consultant soit par consultation télévisuelle ou par déplacement du gériatre de façon efficace et coordonnée
- 3) Les gériatres veulent et doivent être plus présents dans les facultés de médecine. Ils souhaitent :
  - a) Être le leader de la formation au niveau pré-gradué des étudiants en médecine par rapport au vieillissement et à la gériatrie et ceci avec une certaine homogénéité entre les quatre facultés de médecine.
  - b) Avoir une présence significative dans les postes et processus décisionnels étant donné l'importance croissante de la problématique des personnes âgées de notre société.

- c) Collaborer avec les autorités de la faculté au développement de gériatres chercheurs et de gériatres experts en pédagogie médicale.
  - d) Collaborer avec les responsables du post-gradué afin de s'assurer d'une certaine homogénéité entre les quatre facultés sur la durée des stages en gériatrie et sur la notion de stages obligatoires pour les différents stagiaires à différentes étapes de leur formation comme clinicien.
  - e) Obtenir une rémunération appropriée pour les postes et responsabilités offerts dans une faculté de médecine considérant la problématique importante de la médecine dédiée aux personnes âgées pour la prochaine génération.
  - f) Travailler de façon proactive à ce que la gériatrie devienne une spécialité de base, au même titre que la pédiatrie, la psychiatrie et la chirurgie, à court ou moyen terme étant donné le poids énorme de la problématique.
  - g) Redistribuer les cartes de stage pour favoriser le choix de la gériatrie aux dépens des autres spécialités relativement mieux pourvues en effectifs.
  - h) Augmenter le nombre de semaines de stage en gériatrie et les rendre obligatoires pour tous les externes et résidents du tronc commun en médecine du Québec. En effet, avec les gardes et les absences pour vacances et considérant que ce stage est trop souvent ciblé par les résidents pour prendre leurs vacances, le résident fait en moyenne seulement 12 jours de stages dans sa formation. Ceci laisse très peu de temps d'une part pour acquérir les connaissances et d'autre part pour bien connaître la spécialité et y être attiré.
- 4) Dans les organisations hospitalières et les établissements de soins et services. Nous recommandons :
- a) Dans les grandes organisations la gériatrie doit être un département de médecine spécialisée ou un service du département de médecine spécialisée dans les petites organisations.
  - b) L'établissement doit fournir un plateau de différents professionnels de la santé dédiés à la gériatrie ayant une expérience ou une expertise en gériatrie et ayant une formation en approche adaptée à la personne âgée ; et ceci dans les différents secteurs d'activités où les gériatres oeuvrent.
  - c) Les UCDG doivent être protégées grâce à une politique claire encadrant la destinée des patients qui, après une évaluation globale faite par le gériatre, sont jugés incapables de retourner à leur domicile et doivent être relocalisés. Ces patients ne devraient occuper les lits de soins aigus en gériatrie, mais bien être aiguillés rapidement vers d'autres ressources intra ou extra hospitalières.
  - d) Les UCDG doivent être efficaces ce qui implique que seuls les gériatres décident de l'admission ou du refus, selon une politique transparente axée sur des critères d'admission et d'exclusion. Le DSP ou le coordonnateur des admissions doit adhérer à cette politique sauf lors d'une situation exceptionnelle.

- e) Un malade admis en UCDG ne peut séjourner à l'urgence plus de 24 heures après une demande d'admission décidée par le gériatre afin d'éviter toute situation d'iatrogénicité et de perte d'autonomie.
- f) Dans les différentes unités de réadaptation recevant des personnes âgées ayant un profil gériatrique les gériatres doivent être considérés comme des consultants indispensables à l'intérieur d'une politique officielle de l'établissement.
- g) Lorsqu'un ou des gériatres ont été recruté avec une formation supplémentaire, l'établissement doit fournir dans un délai raisonnable les infrastructures physiques et professionnelles pour l'exercice de leurs expertises.
- h) En somme la gériatrie étant une spécialité en développement prioritaire et urgent les établissements doivent avoir un accueil et une approche de rétention spécialement proactifs.

## CONCLUSION

Si la société québécoise balaie sous le tapis l'ensemble de ces recommandations, elle fera de la personne âgée une victime par l'absence d'intelligence sociale ; la personne âgée continuera d'être perçue comme un élément négatif dans le système de santé.

Il faut cesser de discourir dans le salon et passer à la cuisine, les manches relevées, pour agir !