

Mourir seul : Un regard sur la crise des soins de longue durée au Canada

Milica Ristovski¹

¹Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa, ON, Canada

Date publiée: Août 5, 2025

DOI: <https://doi.org/10.18192/UOJM.15IS2.7538>

Au Canada, les soins aux personnes âgées sont en situation de crise. Le manque de financement et de structure est illustré par l'histoire d'une amie de ma famille. C'est une femme incroyable : non seulement elle est mère monoparentale d'une fille de cinq ans tout en travaillant à temps plein, mais elle a également la responsabilité supplémentaire de s'occuper de ses parents âgés qui vivent avec elle et sa fille. Son père est à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Sa mère ne parle ni français, ni anglais. Bien qu'elle fasse de son mieux, il est extrêmement difficile pour une seule personne d'assumer toute cette responsabilité. Elle essaie de placer son père dans une maison de retraite depuis trois ans.

Selon Statistique Canada, la population âgée de 85 ans et plus a doublé depuis 2001 [1] et devrait tripler dans les 20 prochaines années [2]. Par conséquent, ce problème continuera à croître si rien n'est fait rapidement. Le délai d'attente moyen actuel pour une maison de retraite publique est de 702 jours dans la région de Champlain, le plus élevé étant de 1791 jours [3]. Les maisons privées ne sont pas beaucoup mieux avec un délai d'attente moyen de 602 jours [3].

Sans même aborder les problèmes exacerbés par la COVID-19, le secteur des maisons de retraite a été longtemps négligée [4]. Les patients qui réussissent à avoir une place bénéficient de moins de trois heures de soins par jour. La diversité linguistique, culturelle et religieuse croissante ajoute un fardeau additionnel à ce système [4]. Par exemple, j'ai une proche dans une maison de retraite à Ottawa, qui après avoir subi un AVC, ne parle que le serbe, ce qui pose une barrière linguistique majeure, limitant son progrès. Cependant, j'ai été extrêmement surprise lorsque sa colocataire, une Franco-Ontarienne alitée, essayait d'obtenir de l'aide en français sans succès. En plus de l'isolement et des barrières linguistiques, seulement 6%

des résidents décédés ont reçu des soins palliatifs au cours de leur dernière année de vie en 2016-2017 [4].

Les causes profondes de cette crise sont multiples, notamment un financement insuffisant, une pénurie de professionnels de la santé et un système surchargé. Les conséquences sont vastes, affectant non seulement les patients et leurs familles, mais également les prestataires de soins qui les servent. Les médecins et infirmières souffrent de burn-out professionnel. Les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) travaillent dans bon nombre de ces établissements, et même si l'Ontario en diplôme environ 7200 chaque année, environ 40% ne commencent jamais à travailler dans les maisons de retraite ou partent après un an, même avant la pandémie de COVID-19 [4]. Avec l'exode de PSSP pendant la COVID-19, il faudrait embaucher plus de 6000 nouveaux PSSP pour compenser cette perte [4].

Pour relever ces défis, une approche multidimensionnelle est nécessaire. Tout d'abord, un financement accru pour les maisons de retraite pourrait considérablement atténuer la pénurie actuelle. Même dans les maisons existantes, il est clair que le gouvernement sous-finance par résident. Par exemple, la municipalité de la région de York prend en charge 46 % des soins totaux aux patients, tandis que la subvention provinciale ne couvre que 39 % (le reste étant payé par le résident), ce qui montre que la municipalité estime que les soins prodigués aux résidents ne sont pas suffisants [4].

Pour compenser au manque de médecins, des équipes d'infirmières praticiennes (IP) ont été déployées pendant la pandémie de COVID-19. Selon le Dr McGilton et al., les IP ont pu alléger la charge des maisons de retraite en diagnostiquant et en traitant les affections mineures, en contenant la propagation de la COVID-19 dans les

maisons, en soutenant le personnel et les familles et en assurant un lien entre les prestataires de soins[5]. Cela permet aux médecins de se concentrer sur les problèmes de santé de plus en plus complexes que présentent les patients. Les IP apporteraient un avantage significatif à l'heure actuelle, du moins jusqu'à ce que le problème du manque de médecins.

En outre, les initiatives communautaires représentent une voie prometteuse. En accordant des subventions et des incitations aux groupes communautaires pour qu'ils créent leurs propres maisons de retraite, le gouvernement peut tirer parti de la force des diverses communautés canadiennes pour élaborer un système plus inclusif et accessible. Ces installations communautaires peuvent offrir des soins adaptés aux besoins culturels et linguistiques de leurs résidents, favorisant ainsi le sentiment d'appartenance et améliorant le bien-être général. Cependant, le succès de ces initiatives dépend de l'élaboration de politiques claires visant à garantir que ces maisons répondent à des normes de soins élevées et soient accessibles à tous, quels que soient leurs moyens financiers. En utilisant le modèle Butterfly Home, il a été démontré que, bien que les maisons de soins de longue durée communautaires plus petites puissent être plus coûteuses à mettre en place, elles peuvent fonctionner sans frais supplémentaires une fois instaurées [4,6]. Toutefois, la gestion de plusieurs établissements de soins durée de petite taille pourrait poser des défis pour les médecins car ils devraient consacrer plus de temps aux déplacements entre les établissements, ce qui pourrait augmenter la marge d'erreur en raison des changements de localisation.

En conclusion, la crise de l'accès limité aux maisons de retraite au Canada exige une attention urgente et multisystémique. Parmi les premières mesures à prendre pour améliorer les établissements de soins de longue durée figurent l'augmentation du financement, l'emploi de professionnels de la santé diversifiés et la promotion d'initiatives communautaires. Toutefois, la réalisation de ces réformes nécessite un effort collectif du gouvernement, des prestataires de soins de santé, des communautés et du public. En tant que Canadiens fiers, il est temps d'agir pour que nos aînés ne soient pas considérés comme des laissés pour compte « mourant effrayés, seuls et dans la douleur [4] », mais comme des membres estimés et aimés de notre société.

RÉFÉRENCES

1. "Older adults and population aging statistics." Accessed: Feb. 24, 2024. [Online]. Available: https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/older_adults_and_population_aging
2. S. C. Government of Canada, "A portrait of Canada's growing population aged 85 and older from the 2021 Census." Accessed: Feb. 24, 2024. [Online]. Available: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-x2021004-eng.cfm>
3. "CH-LTCH-Waitlist-April2022-EN.pdf." Accessed: Feb. 24, 2024. [Online]. Available: <https://healthcareathome.ca/wp-content/uploads/2022/09/CH-LTCH-Waitlist-April2022-EN.pdf>
4. "Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission: Final Report".
5. K. S. McGilton et al., "Nurse Practitioners Rising to the Challenge During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Long-Term Care Homes," *The Gerontologist*, vol. 61, no. 4, pp. 615–623, Jun. 2021, doi: 10.1093/geront/gnab030.
6. "Butterfly Approach | Jarlette Health Services." Accessed: Feb. 24, 2024. [Online]. Available: <https://www.jarlette.com/butterfly-approach.php>