

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

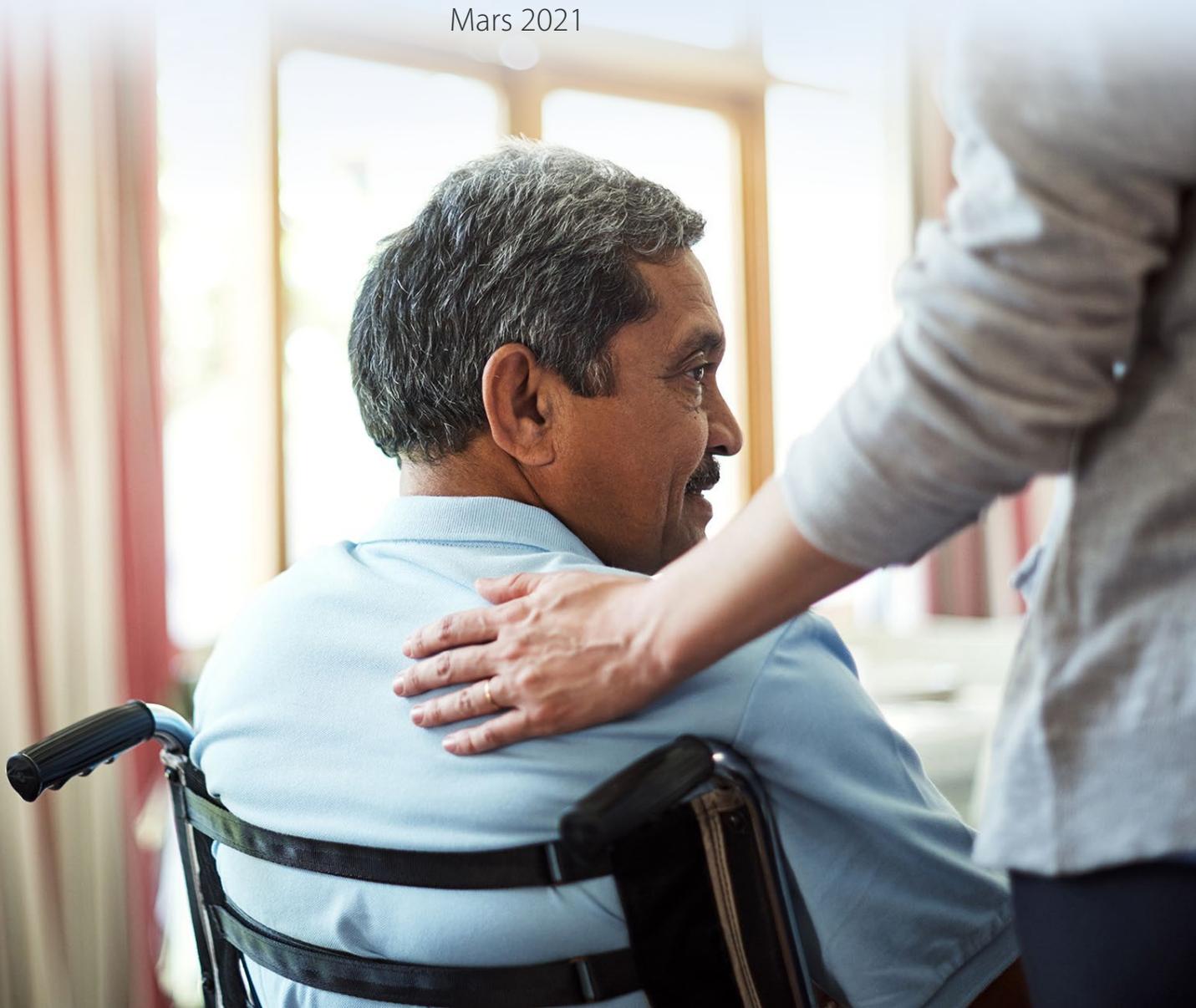


CSLTCM

Canadian Society for
Long-Term Care Medicine

Énoncé de position conjoint sur le rôle des médecins de famille dans les établissements de soins de longue durée

Mars 2021



Énoncé de position conjoint sur le rôle des médecins de famille dans les établissements de soins de longue durée

Mars 2021

Résumé

Les établissements de soins de longue durée (SLD) sont des milieux où les résidents reçoivent des soins directement des médecins de famille. La pandémie de COVID-19 a révélé d'importantes failles qui minent depuis longtemps le système de SLD. Bon nombre d'initiatives novatrices ont été mises en œuvre pour améliorer les soins dispensés dans ces milieux essentiels^{1,2}, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Un meilleur soutien est toutefois nécessaire pour uniformiser ces efforts. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Canadian Society for Long-Term Care Medicine (CSLTCM) recommandent conjointement les changements urgents qui suivent afin d'améliorer le système de SLD :

- Normes nationales pour les SLD
- Financement accru pour le recrutement de personnel
- Rôle de premier plan pour les médecins de famille dans chaque établissement de SLD à titre de directeur médical
- Communications efficaces et intégrées pour les soins centrés sur le patient

Contexte

Au Canada, les établissements de SLD sont des lieux de résidence pour les personnes qui ne peuvent plus vivre en toute sécurité à leur domicile en raison d'une déficience physique et/ou cognitive. Ces établissements leur offrent sur place et en continu les soins personnels et les services professionnels dont ils ont besoin : soins médicaux et infirmiers, repas et entretien ménager^{3,4,5,6}. Au Canada, 7 pour cent des personnes de 65 ans et plus habitent dans des établissements de SLD, et cette proportion augmente à 74 pour cent pour les personnes de plus de 80 ans⁷. Quatre-vingt-sept pour cent des résidents en SLD souffrent de déficiences cognitives causées par la démence, un AVC ou un traumatisme cérébral⁸. Dans ce contexte, la prestation des soins pose des défis sans précédent, car, en plus de souffrir de déficiences cognitives, 50 pour cent des résidents en SLD ont des comportements réactifs associés à la démence et à d'autres maladies, 31 pour cent manifestent des signes de dépression et 82 pour cent ont besoin de beaucoup d'aide ou dépendent des autres pour les activités de la vie quotidienne⁸, ce qui témoigne du niveau de fragilité élevé de cette population.

Les médecins de famille dispensent des soins complets et globaux dans les établissements de SLD, l'un des principaux contextes de soins décrits dans le *Profil professionnel en médecine de famille*⁹. Ils mettent tout en œuvre pour dispenser aux résidents des soins de qualité supérieure et centrés sur le patient, mais il reste des difficultés d'ordre systémique à aplanir pour s'assurer que ces établissements disposent d'un effectif suffisant et ayant le niveau d'expertise approprié pour offrir aux résidents la qualité de soins dont ils ont besoin¹⁰. Selon des études, la présence d'équipes coordonnées, interdisciplinaires et interprofessionnelles de soins primaires, avec des

médecins de famille attirés assurant un service sur place et sur appel, fait diminuer les appels aux services médicaux d'urgence, les visites aux urgences et les hospitalisations ; elle améliore également l'accès aux soins, continuité des soins et les relations thérapeutiques entre les résidents et leurs prestataires de soins^{11,12}.

Le fait de faciliter l'accès à des soins de qualité supérieure dans les établissements de SLD partout au pays, avec le soutien de services efficaces et bien organisés de soins primaires communautaires et de soins à domicile pour les personnes âgées (65 ans et plus), réduira la pression sur le système de soins de courte durée en priorisant la sécurité des patients et en leur assurant un soutien adéquat, peu importe l'endroit où ils les reçoivent. À cette fin, le gouvernement doit mieux financer la dotation en personnel des établissements de SLD, mettre en œuvre des normes nationales pour les SLD, donner la priorité au leadership des médecins de famille et soutenir la mise en place de systèmes de communication intégrés.

La pandémie de COVID-19 a fait ressortir des vulnérabilités du secteur des SLD auxquelles il faut s'attaquer de toute urgence au niveau systémique. Divers facteurs — les bâtiments délabrés, les effectifs insuffisants, la grande proportion de personnel à temps partiel, l'insuffisance des fournitures, le manque de préparation en cas de pandémie et l'incohérence des politiques de prévention et de contrôle des infections, de même que les vulnérabilités particulières des personnes âgées face à la COVID-19 — ont mené à des taux de transmission de la COVID-19 dans et entre les établissements de SLD plus élevés que dans la population générale ainsi qu'à des éclosions importantes dans ces établissements partout au pays^{13,14,15}. Malgré ces vulnérabilités, les médecins de famille assument de nouveaux rôles de premier plan dans les établissements de SLD, collaborant activement avec leurs collègues au traitement et à la prévention des infections et établissant des partenariats pour trouver des façons de maintenir les résidents en santé et en sécurité^{16,17}. Ce travail s'effectue souvent bénévolement, sans soutien du système. Même si ces efforts des médecins de famille et des équipes de soins ont à juste titre été louangés, ils doivent bénéficier d'un soutien et de fonds qui leur sont spécialement consacrés si l'on veut qu'ils se poursuivent, soient reproduits et soutenus.

Par cet énoncé de position, le CMFC et la CSLTCM déclarent leur intention de s'attaquer ensemble aux problèmes que la pandémie de COVID-19 a révélés dans le milieu des SLD, et ils soulignent les efforts importants et soutenus des médecins de famille dans ce domaine. Ce travail s'appuie sur la vision du Centre de médecine de famille (CMF) proposée par le CMFC pour l'avenir de la pratique de la médecine de famille¹⁸. Le CMF met l'accent sur les soins centrés sur le patient, la capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et la collaboration interprofessionnelle dans les cabinets de médecine de famille et dans le contexte plus vaste du voisinage médical du patient¹⁹, avec les autres prestataires et services impliqués dans les soins des patients (comme les établissements de SLD).

Recommandations

1. Des normes nationales doivent être mises en œuvre pour pallier l'absence des SLD dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Lors de sa création en 1984, la *Loi canadienne sur la santé* visait explicitement la prestation des services hospitaliers et médicaux et n'incluait pas la couverture universelle pour les SLD ni pour les médicaments^{20,5}. Par conséquent, le secteur des SLD n'est pas entièrement financé par le gouvernement et doit compter sur un financement mixte privé-public, dont la structure et l'organisation varient selon la province ou le territoire⁵. En général, les gouvernements provinciaux et territoriaux assument les coûts des soins de santé et des soins médicaux dispensés dans les établissements de SLD tandis que, dans plusieurs juridictions, les résidents et leurs familles paient des frais d'hébergement pour couvrir les dépenses de subsistance et certains soins non médicaux²⁰. D'une province ou d'un territoire à l'autre, cependant, on observe des différences marquées sur le plan du financement et de la réglementation des SLD ainsi que des modèles de soins qui sont dispensés dans ces établissements.

Ces disparités ont des conséquences marquées, qui ont été mises en lumière dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, il y a eu moins de cas de COVID-19 et moins de décès imputables à la pandémie dans les pays où l'organisation du secteur des SLD et la réglementation qui le régit sont centralisées⁷. Au Canada, des études ont révélé que les points forts du secteur des SLD dans certaines provinces ont renforcé la capacité d'intervention en cas de pandémie et contribué aux succès obtenus dans la lutte contre la COVID-19. Ces points forts comprennent une meilleure coordination entre les établissements de SLD, la santé publique et les hôpitaux^{16,18}; un financement plus substantiel pour les SLD; plus d'heures de soins pour les résidents; moins de chambres partagées; plus d'établissements appartenant à des organisations sans but lucratif et plus d'inspections complètes²¹. **Ces normes et d'autres normes fondées sur les données probantes doivent être mises en place partout au pays pour résoudre les problèmes systémiques des SLD et améliorer la situation dans ce secteur.**

2. Le financement de la dotation en personnel doit être accru pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les résidents.

Le Canada consacre aux soins de longue durée publics relativement moins d'argent que d'autres pays à revenu élevé. Selon les plus récentes données publiées en 2019, le Canada leur consacre 1,3 pour cent de son produit domestique brut alors que la moyenne est de 1,7 pour cent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique²². Par conséquent, les effectifs sont insuffisants pour répondre à la totalité des besoins des patients. Plusieurs études ont montré une relation inverse entre les niveaux de dotation/le nombre d'heures de soins et des résultats médiocres, y compris à l'égard des taux d'infection et d'hospitalisation parmi les résidents²¹. Des études récentes ont démontré un lien entre le manque de personnel et le nombre de cas de COVID-19 dans les établissements de SLD²¹.

La qualité des soins médicaux dans les établissements de SLD reflète les efforts de tout le personnel médical qui y travaille et la manière dont ces établissements gèrent les soins²³.

Un financement accru et de nouvelles politiques visant à soutenir le personnel des SLD, en particulier les travailleurs actuellement sous-payés qui sont susceptibles de travailler à temps partiel dans plusieurs établissements (comme les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires), sont des moyens d'appuyer le travail des équipes de soins interprofessionnelles et de faire diminuer le risque de transmission dans les établissements de SLD²¹. **Une augmentation du financement fédéral, provincial et territorial pour le personnel fera en sorte que les résidents en SLD auront en temps opportun un meilleur accès à des soins interprofessionnels de grande qualité et que le personnel verra ses conditions de travail s'améliorer**^{9,20}.

3. Dans chaque établissement de SLD, un médecin de famille doit assumer un rôle de premier plan à titre de directeur médical.

Les médecins de famille jouent des rôles essentiels de premier plan dans les établissements de SLD. Ils dirigent les soins dispensés à des résidents de plus en plus fragiles qui requièrent des services médicaux complexes. On attend également d'eux qu'ils demandent des tests diagnostiques, consultent d'autres spécialistes, demandent des traitements, planifient les soins et prennent les décisions concernant les hospitalisations, les soins de fin de vie et les questions d'ordre psychosocial²³. Outre son rôle en tant que prestataire de soins, un médecin de famille devrait occuper le poste de directeur médical dans les établissements de SLD dans les provinces et territoires où ce poste existe. La création de ce poste dans les années 1970 avait pour but d'améliorer la participation des médecins dans les établissements de SLD ainsi que la qualité des soins médicaux qui y sont dispensés. Il n'y a toutefois pas de description de fonctions standard pour ce poste au Canada²⁴.

Dans des provinces comme l'Ontario, où le poste de directeur médical est décrit dans la législation, certaines des responsabilités les plus importantes de son titulaire sont d'assurer le suivi et l'évaluation des services médicaux ; de donner des conseils sur les politiques et procédures cliniques ; de participer aux comités interdisciplinaires et aux activités d'amélioration de la qualité ; et de communiquer les attentes des médecins traitants¹³. Lorsque les façons de faire en SLD seront réévaluées pour les adapter au contexte d'après la COVID-19, il sera crucial de soutenir comme il se doit le leadership exercé par les médecins de famille afin d'assurer des soins de qualité à la population âgée du Canada. Un médecin de famille agissant comme directeur médical dans un établissement de SLD peut contribuer à la prestation de soins de qualité en assumant des fonctions liées au leadership, à l'administration, à l'amélioration de la qualité, à la gestion du personnel médical, aux services aux résidents et aux droits des résidents²⁴. **Les gouvernements peuvent soutenir ce rôle et s'assurer que les médecins de famille assument un leadership approprié en SLD en établissant des normes, en instaurant d'efficaces politiques de rémunération et en veillant à la mise en place de programmes de formation au leadership.**

4. Il faut soutenir et financer la mise en place de systèmes de communication efficaces et intégrés pour les soins centrés sur le patient.

En raison de leurs problèmes de santé, les résidents en SLD doivent souvent être pris en charge par un médecin de famille, en partenariat avec d'autres intervenants : spécialistes médicaux, fournisseurs de soins de santé interprofessionnels et ressources communautaires. Les défis associés à la transition des soins entre les milieux, à la capacité de dotation en spécialistes, à la

prévalence des maladies chroniques (en particulier de la démence) et au manque d'aidants peuvent rendre plus difficile l'accès aux soins d'autres fournisseurs de soins spécialisés. La situation se complique lorsque les soins sont dispensés hors site (p. ex., transfert à l'hôpital), ce qui est devenu de plus en plus fréquent avec la pandémie de COVID-19^{6,25}. Ces facteurs peuvent également limiter la capacité des résidents à réclamer les soins dont ils ont besoin, ce qui les rend vulnérables aux erreurs de communication durant le transfert entre deux milieux de soins⁶.

Pour répondre à ces préoccupations, il est essentiel d'assurer l'efficacité des communications et la continuité des soins pour que les résidents en SLD reçoivent des soins centrés sur le patient, axés sur la promotion de la santé et la qualité de vie, et conformes aux valeurs de chacun et aux objectifs établis de concert avec le médecin de famille¹³. À cette fin, il faut soutenir les soins virtuels en augmentant la formation et le personnel, en offrant du financement pour les technologies de l'information et en définissant clairement les attentes (dont les obligations juridiques) pour les patients et tous les fournisseurs de soins impliqués afin de déterminer quels services devraient être fournis en ligne ou en personne.

Il est également essentiel de rendre accessibles les données des dossiers médicaux à partir de sites multiples et d'interagir efficacement avec les autres fournisseurs qui font partie du cercle de soins du patient. Cela peut se faire à distance par la télémédecine (connexions vidéo et audio sécurisées, comme les services téléphoniques/services eConsult et consultation vidéo)²⁶, ce qui peut réduire les transferts de patients pour des évaluations à l'extérieur de leur établissement de SLD^{25,27,28}.

Les communications doivent être axées sur des approches de soins intersectionnelles et centrées sur le patient, approches qui peuvent impliquer des membres de la famille et des aidants essentiels au sein du voisinage médical du patient ; ceux-ci pourraient agir en tant que traducteurs ou que liaisons avec le personnel, apporter un complément aux soins et aider le patient à s'y retrouver dans le système^{20,29}. Chacune de ces interventions est absolument essentielle pour assurer l'efficacité des communications et la continuité des soins pour les résidents en SLD.

Le soutien et le financement des gouvernements, qui s'inscrivent dans le cadre d'un engagement plus vaste à l'égard de l'intégration des soins à la grandeur du système, sont nécessaires pour s'assurer que les fournisseurs de soins collaborent efficacement grâce à la mise en place de soins virtuels accessibles et efficaces et que les aidants essentiels reçoivent du soutien.

Références

¹ Porteous A. Long-term care: Where innovation can bloom. *Hospital News*. Le 15 mars 2017. Dans : <https://hospitalnews.com/long-term-care-innovation/>.

² Site Web des Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. 2020. <https://clri-ltc.ca/fr/>.

³ Gordon M. L'humanité dans les soins de longue durée : défis éthiques, cliniques et sociaux. *Le Médecin de famille canadien*. 2004;50:1632-1635.

-
- ⁴ Jensen PM, Fraser F, Shankardass K, Epstein R, Khera J. Are long-term care residents referred appropriately to hospital emergency departments? *Le Médecin de famille canadien*. 2009;55:500-505.
- ⁵ National Institute on Ageing. *Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada*. Toronto (ON) : National Institute on Ageing ; 2019. Dans : <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>.
- ⁶ Shaver NS, Lapenskie J, Smith GA, Hsu AT, Liddy C, Tanuseputro P. How often, where, and by which specialty do long-term care home residents receive specialist physician care? A retrospective cohort study. *J Appl Gerontol*. 2020; 6 fév. [Publication électronique à l'avance de l'impression].
- ⁷ Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays ?* Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé ; 2020. Dans : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
- ⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *La démence au Canada* [site Web]. 2018. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-en-soins-de-longue>.
- ⁹ Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018. Dans : https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/About_Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf. Date de consultation : le 11 février 2021.
- ¹⁰ Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Vision de 2020 : Améliorer les soins de longue durée pour les personnes au Canada*. Ottawa (ON) : Association des infirmières et infirmiers du Canada ; 2020. Dans : https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/2020-vision_improving-long-term-care-for-canadians_f.pdf.
- ¹¹ Kuo YF, Raji MA, Goodwin JS. Association between proportion of provider clinical effort in nursing homes and potentially avoidable hospitalizations and medical costs of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1750-1757.
- ¹² Marshall EG, Clarke B, Burge F, Varatharasan N, Archibald G, Andrew MK. Improving continuity of care reduces emergency department visits by long-term care residents. *J Am Board Fam Med*. 2016;29(2):201-208.
- ¹³ Collins R, Charles J, Moser A, Birmingham B, Grill A, Gottesman M. Improving medical services in Canadian long term care homes. Blogue du *Médecin de famille canadien*. Le 7 octobre 2020. Dans : <https://www.cfp.ca/news/2020/10/07/10-07>. Date de consultation : le 13 janvier 2021.
- ¹⁴ Dougherty BP, Smith BA, Carson CA, Ogden NH. Exploring the percentage of COVID-19 cases reported in the community in Canada and associated case fatality ratios. *Infect Dis Model*. 2021;6:123-132.
- ¹⁵ Vijn R, Prairie J, Otterstatter M, Hu Y, Hayden AS, Yau B et coll. Evaluation of a multisectoral intervention to mitigate the risk of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) transmission in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;1-8.
- ¹⁶ Grill A. Family physician leadership in long-term care: COVID-19 success and a call to action. Blogue du *JAMC*. Le 28 mai 2020. Dans : <https://cmajblogs.com/family-physician-leadership-in-long-term-care-covid-19-success-and-a-call-to-action/>. Date de consultation : le 10 février 2021.
- ¹⁷ Li W. Markham Stouffville Hospital offered its COVID-19 expertise to nursing homes from the beginning — and it worked. *Toronto Star*. Le 8 juin 2020. Dans : <https://www.thestar.com/news/canada/2020/06/08/stouffville-markham-hospital-offered-its-covid-19-expertise-to-nursing-homes-from-the-beginning-and-it-worked.html>. Date de consultation : le 10 février 2021.
- ¹⁸ Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale — Le Centre de médecine de famille 2019*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019. Dans :

https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_2.pdf. Date de consultation : le 10 février 2021.

¹⁹ Collège des médecins de famille du Canada. Guide Conseil pratique : *Le voisinage médical du patient*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020. Dans :

https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMN_BAG_FRE.pdf. Date de consultation : le 10 février 2021.

²⁰ Barken R, Daly TJ, Armstrong P. Family matters: The work and skills of family/friend carers in long-term residential care. *J Can Stud*. 2016;50(2):321-347.

²¹ Liu M, Maxwell CJ, Armstrong P, Schwandt M, Moser A, McGregor MJ et coll. COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *JAMC*. 2020;192(47):E1540-E1546.

²² Organisation de coopération et de développement économique. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE* [version révisée]. Paris (France) : Organisation de coopération et de développement économique ; 2020. Dans : https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_5f5b6833-fr. Date de consultation : le 12 février 2021.

²³ Lima JC, Intrator O, Karuza J, Wetle T, Mor V, Katz P. Nursing home medical staff organization and 30-day rehospitalizations. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(6):552-557.

²⁴ Rahim-Jamal S, Quail P, Bhaloo T. Developing a national role description for medical directors in long-term care: Survey-based approach. *Le Médecin de famille canadien*. 2010;56(1):e30-e35.

²⁵ Helmer-Smith M, Fung C, Afkham A, Crowe L, Gazarin M, Keely E et coll. The feasibility of using electronic consultation in long-term care homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(8):1166-1170.

²⁶ Women's College Hospital. LTC+: A virtual care program [site Web]. 2021. <https://ltpplus.ca/about-ltc/>. Date de consultation : le 10 février 2021.

²⁷ Walker D. *Caring for Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care: Report submitted to the Minister of Health and Long-Term Care*. Toronto (ON) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée ; 2011. Dans :

http://www.centralesthin.on.ca/~media/sites/ce/uploadedfiles/Home_Page/Board_of_Directors/Board_Meeting_Submenu/walker_2011.pdf. Date de consultation : le 11 février 2021.

²⁸ Archbald-Pannone LR, Harris DA, Albero K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB. COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(7):939-942.

²⁹ Baumbusch J, Phinney A. Invisible hands: the role of highly involved families in long-term residential care. *J Fam Nurs*. 2014;20(1):73-97.