

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée

Rédaction

Milaine Alarie
Isabelle David
Mélanie Ruest

Collaboration

Brigitte Côté

Coordination scientifique

Annie Tessier

Direction

Marie-Claude Sirois
Anne Chamberland

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Milaine Alarie, Ph. D.
Isabelle David, M. Sc.
Mélanie Ruest, Ph. D.

Collaboratrices internes

Brigitte Côté, M.D.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M. S. S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc., M. Sc. Adm.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Bin Chen, tech. doc.

Soutien administratif

Sylvie Bisson

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique
Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
Bibliothèque et Archives Canada, 2022
ISBN 978-2-550-91318-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. État des connaissances rédigé par Milaine Alarie, Isabelle David et Mélanie Ruest. Québec, Qc : INESSS; 2022. 94 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Autres contributions

L'Institut tient à remercier les membres de la communauté de pratique des médecins en CHSLD qui, dans le contexte d'une présentation portant sur le mandat reçu de la part du MSSS, ont précisé les besoins de connaissances au regard des questions décisionnelles.

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a nécessité la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins du dossier.

L'usage du masculin dans ce document a pour unique but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VII
GLOSSAIRE	VIII
INTRODUCTION	1
1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	3
1.1 Aspects exclus.....	3
2 MÉTHODOLOGIE.....	4
2.1 Stratégie de repérage de l'information scientifique	4
2.2 Sélection des publications	4
2.3 Extraction de l'information	5
2.4 Analyse et synthèse des données.....	5
3 SOINS ET SERVICES MÉDICAUX EN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	6
3.1 Description sommaire des résidents et des milieux d'hébergement et de soins de longue durée.....	6
3.2 Modèles médicaux.....	8
3.2.1 Modèle avec une dotation ouverte	8
3.2.2 Modèle avec une dotation fermée	11
3.2.3 Modèle hybride	12
3.3 Modalités de prestation médicale.....	13
3.3.1 Encadrement des modalités de prestation médicale	13
3.3.2 Soins et services médicaux en dehors des heures normales de travail et télémédecine	15
3.3.3 Ratios.....	17
4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE CERTAINS MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS	20
4.1 Collaboration entre les membres de l'équipe de soins	20
4.1.1 Formes de chevauchement des compétences	20
4.1.2 Exemples (modèles ou programmes) de collaboration interprofessionnelle	24
4.2 Rôles et responsabilités des médecins.....	27
4.2.1 Formation requise.....	27
4.2.2 Rôles et responsabilités	28
4.3 Rôles et responsabilités des infirmiers.....	31
4.3.1 Formation requise.....	31
4.3.2 Rôles et responsabilités	32
4.4 Rôles et responsabilités des infirmiers praticiens spécialisés et des adjoints au médecin	34
4.4.1 Formation requise.....	34
4.4.2 Rôles et responsabilités	35

4.5	Rôles et responsabilités des pharmaciens	40
4.5.1	Formation requise.....	40
4.5.2	Rôles et responsabilités	40
4.6	Collaboration interprofessionnelle : facilitateurs et obstacles	47
4.6.1	Facilitateurs et obstacles relatifs à la collaboration interprofessionnelle (échelle individuelle)	48
4.6.2	Facilitateurs et obstacles relatifs à la collaboration interprofessionnelle (échelle organisationnelle)	50
5	IMPLICATION DES MÉDECINS SUR LE PLAN DE LA GESTION	53
5.1	Implication générale des médecins dans la gestion.....	53
5.2	Cadre légal entourant l'implication des médecins dans un rôle de gestion	55
5.3	Fonctions du directeur ou du coordonnateur médical	55
5.4	Prérequis pour remplir un rôle de gestion médicale.....	57
5.5	Formation destinée aux médecins appelés à jouer un rôle de gestion	58
	DISCUSSION.....	60
	RÉFÉRENCES	63
	ANNEXE A.....	74
	Stratégie de repérage d'information scientifique	74
	ANNEXE B.....	78
	Sites Web de littérature grise	78
	ANNEXE C.....	81
	Sélection des études	81
	ANNEXE D.1.....	82
	Caractéristiques des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.....	82
	ANNEXE D.2.....	84
	Appellations recensées dans les articles pour désigner les milieux d'hébergement et de soins de longue durée	84
	ANNEXE D.3.....	85
	Caractéristiques des milieux d'hébergement et de soins de longue durée.....	85
	ANNEXE E.....	90
	Composition des équipes professionnelles	90
	ANNEXE F	91
	Facteurs qui influencent l'organisation des rôles et des responsabilités	91
	ANNEXE G	92
	Caractéristiques relatives à l'utilisation du chevauchement des compétences.....	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d’inclusion et d’exclusion 4

Tableau 2 Facilitateurs et obstacles en lien avec l’utilisation du modèle de substitution 23

RÉSUMÉ

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite que soient explorés les modalités de prestation médicale et les modèles de prise en charge pluridisciplinaire en CHSLD qui ont cours au sein d'autres pays. Les objectifs de ce rapport sont donc de documenter, au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : i) l'offre de soins et services médicaux et les modalités de prestation médicale, ii) la composition des équipes de soins et services médicaux ainsi que les rôles et responsabilités de ses membres (médecin, infirmier, infirmier praticien spécialisé et pharmacien) et iii) l'implication des médecins au regard de la gestion.

Méthodologie

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a réalisé un état des connaissances à partir de la littérature scientifique, de sites Web d'organisations, de sociétés savantes et d'organismes gouvernementaux. En tout, 58 études primaires, 9 revues, 9 opinions d'experts publiées dans un journal scientifique, 7 sites Web ou rapports gouvernementaux et 23 sites Web ou rapports d'organisations ont été analysés.

Résultats

Deux modèles organisationnels entourant la pratique médicale en milieu d'hébergement et de soins de longue durée sont fréquemment mentionnés dans la littérature analysée, soit le modèle avec une dotation ouverte et celui avec une dotation fermée. Un troisième modèle, hybride, est également évoqué, mais seulement au Royaume-Uni. Le modèle avec une dotation ouverte permet à tout médecin intéressé par la pratique en milieu d'hébergement et de soins de longue durée d'y travailler. Il implique couramment des engagements explicites supplémentaires en lien avec la pratique médicale et une rémunération à l'acte. Le modèle avec une dotation fermée implique que des médecins, généralement salariés, sont dédiés à un ou plusieurs milieux d'hébergement. Les milieux d'hébergement peuvent donc choisir les médecins qui prendront en charge les résidents. Aucun modèle ne semble avoir été évalué de façon assez rigoureuse pour déterminer lequel serait à préconiser.

À travers le monde, la disponibilité des médecins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est variable. Certains pays ou provinces (p. ex. : États-Unis, Ontario, Colombie-Britannique) encadrent les modalités de prestation par des normes ou des lois. La mise en place de normes aurait comme bénéfices de préciser les attentes médicales et d'offrir davantage de soins et services médicaux au moment opportun. Une variabilité est également observée sur le plan de l'implication des médecins en dehors des heures normales de travail (c'est-à-dire le jour, du lundi au vendredi). Afin de combler les besoins des résidents en dehors de ces heures, l'accès à du soutien téléphonique et la télémedecine entre l'équipe soignante du milieu d'hébergement et un médecin semblent

être des modalités utilisées dans quelques provinces et pays (p. ex. : Ontario, France, Norvège, Australie). Quant au nombre de visites médicales par année par personne hébergée, celui-ci semble varier entre 7 et 10 selon des informations provenant de la Colombie-Britannique, du Manitoba et des États-Unis. En 2015, aux États-Unis, il y avait l'équivalent de 1,37 médecin équivalent temps complet (ÉTC) par 1 000 lits occupés en *nursing homes*. Ce ratio est loin de celui recommandé par des experts américains, soit d'un médecin ÉTC pour 10 lits de *skilled nursing facilities* (milieux avec notamment des lits temporaires affectés à la réadaptation physique) et 100 lits de *nursing facilities*. En Ontario, il est recommandé de consacrer 4 heures par semaine à la pratique médicale en milieu d'hébergement pour tout regroupement de 25 à 30 résidents.

Différentes pratiques et formes de collaboration ont cours entre les différents professionnels travaillant dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, afin d'optimiser l'offre de soins aux résidents. Les trois principales formes de chevauchement des compétences décrites dans la littérature sont : (1) la délégation (le médecin transfère une tâche à un autre professionnel de la santé, mais il demeure responsable de la tâche), (2) la substitution (élargissement des responsabilités d'un professionnel, qui peut alors offrir certains des mêmes services que le médecin et qui devient responsable et autonome dans l'accomplissement de ces tâches) et (3) la supplémentation (augmenter l'étendue du travail d'un professionnel de la santé en lui permettant de fournir des services supplémentaires qui complètent ou prolongent ceux fournis par le médecin). Bien que la combinaison des trois formes de chevauchement soit rapportée dans la pratique, la substitution du médecin par différents professionnels, tels que les infirmiers praticiens spécialisés (IPS) et les adjoints au médecin, est celle qui est la plus documentée dans les écrits analysés.

Beaucoup d'information analysée porte sur les rôles et responsabilités des membres des équipes de soins et services médicaux. Les responsabilités des médecins en milieu d'hébergement incluent l'offre de soins médicaux aux résidents, comme effectuer des évaluations médicales, émettre des références médicales, participer à l'élaboration du plan de soins des résidents, collaborer à la planification des directives médicales anticipées. Bien souvent, le rôle des médecins comporte une dimension psychosociale, notamment dans le cadre de leur participation à la prise de décision concernant les enjeux de nature psychosociale et de leur communication avec les proches des résidents. La coordination avec les partenaires du milieu d'hébergement (p. ex. : centre hospitalier) et le perfectionnement des autres professionnels de l'équipe font également partie des responsabilités fréquemment rapportées. Plusieurs groupes d'experts se sont également prononcés en faveur de l'implication des médecins dans la gestion des milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Selon la littérature consultée, il semble toutefois y avoir peu de lois qui encadrent le rôle de gestion des médecins dans ces milieux. Il est recommandé que les médecins qui occupent ce type de fonction – tels que les directeurs médicaux ou les coordonnateurs médicaux – détiennent une expertise certifiée en gériatrie, ainsi que des compétences en leadership et en gestion de conflits. Les responsabilités les plus communes de ces médecins sont d'évaluer et d'encadrer la pratique médicale, d'agir à titre de conseiller pour l'élaboration de politiques internes, de

soutenir le milieu d'hébergement dans des projets d'amélioration de la qualité et de contribuer au perfectionnement des professionnels.

Les infirmiers cliniciens sont nommés, quant à eux, comme étant au cœur de l'identification des situations qui nécessitent une évaluation médicale. Les IPS participent à l'offre de soins dans le cadre de différentes pratiques collaboratives, particulièrement au sein d'une substitution des compétences. Le degré et l'étendue des rôles et responsabilités des IPS vis-à-vis des tâches médicales varient considérablement d'un pays/État/province à un autre. La répartition optimale du travail entre le médecin et l'IPS dans les diverses pratiques collaboratives demeure inconnue. Un nombre important d'écrits pointent par ailleurs vers l'implication régulière et soutenue du pharmacien en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Compte tenu de l'émergence des rôles et responsabilités des pharmaciens dans ces milieux, différentes recommandations, directives et formations visant à encadrer et perfectionner leurs compétences sont rapportées dans plusieurs pays, tels que les États-Unis, la France et le Royaume-Uni.

Limites

Plusieurs pratiques professionnelles et organisationnelles ont été abordées dans le présent état des connaissances. Les contextes différents relativement à la structure du réseau de la santé et des services sociaux, au financement et à l'organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée influencent l'interprétation de l'ensemble des résultats et la « transposabilité » de ceux-ci au contexte québécois. Bien qu'elles n'aient pas été recensées, d'autres caractéristiques contextuelles, notamment sur le plan législatif, peuvent avoir un impact sur l'organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement.

Perspectives d'avenir

Les résultats présentés dans le cadre de cet état des connaissances fournissent des avenues de réflexion pertinentes en matière d'organisation des soins et services médicaux dans ces milieux d'hébergement. Les différents modèles de dotation existants à travers les pays de l'OCDE, la variabilité du niveau d'engagement (et des modalités de celui-ci) des médecins dans la gestion des milieux d'hébergement, tout comme la présence de plusieurs formes de chevauchement des compétences, permettent d'alimenter les réflexions sur l'organisation des soins et services et le partage des responsabilités entre les divers membres de l'équipe de soins. Compte tenu du vieillissement de la population, de la complexité croissante du profil des personnes hébergées et des difficultés de recrutement d'une main-d'œuvre qualifiée, des efforts devront certainement être déployés afin d'ajuster les façons de faire et, ainsi, continuer à offrir des soins et services de qualité. Ce travail réflexif est d'autant plus nécessaire que les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur le réseau de la santé et des services sociaux sont importants. Enfin, plusieurs tensions existent dans la mission des CHSLD, soit celle d'offrir des soins et services de qualité au sein d'un milieu de vie de qualité. La conjugaison de ces deux orientations dans la réflexion sur l'organisation des soins et services médicaux à préconiser est essentielle pour assurer le bien-être des résidents de ces milieux.

SUMMARY

Organization of medical care and services in long-term care facilities

Introduction

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) would like the medical management arrangements and multidisciplinary care models used in long-term care facilities in other countries to be explored. The objectives of this report are, therefore, to document, in Canada and other OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) member countries, i) the offer of medical care and services and how medical care is provided, ii) the composition of medical care and services teams and the roles and responsibilities of their members (physicians, nurses, specialized nurse practitioners and pharmacists), and iii) physician involvement in the facilities' management.

Methodology

The Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has prepared a state-of-knowledge report based on the scientific literature and websites of organizations, learned societies and government bodies. A total of 58 primary studies, 9 reviews, 9 expert opinions published in a scientific journal, reports from 7 governments and 23 organizations were examined.

Results

Two organizational models for medical practice in long-term care facilities are frequently mentioned in the literature reviewed: the open staffing model and the closed staffing model. A third, a hybrid model, is also mentioned, but only in the United Kingdom. The open staffing model allows any physician interested in practising in a long-term care facility to work there. It commonly involves additional, explicit medical practice commitments and fee-for-service remuneration. The closed staffing model involves physicians, usually salaried, who are dedicated to one or more long-term care facilities. The facilities can therefore choose the physicians who will care for their residents. None of the models appears to have been evaluated rigorously enough to determine which one should be recommended.

The availability of physicians in long-term care facilities varies around the world. Some countries and provinces (e.g., the U.S., Ontario and British Columbia) have standards or legislation governing how care is provided. The implementation of standards appears to create value by clarifying medical expectations and providing more medical care and services in a timely fashion. Physician involvement outside of normal work hours varies as well (i.e., daytime from Monday to Friday). To meet the needs of residents outside these hours, access to telephone support and telemedicine between the facility's care team and a physician seem to be methods used in some provinces and countries (e.g., Ontario, France, Norway and Australia). As for the number of medical visits per

year per resident, it seems to vary between 7 and 10, according to information from British Columbia, Manitoba and the United States. In the United States in 2015, there was the equivalent of 1.37 full-time equivalent (FTE) physicians per 1,000 occupied nursing home beds. This is far from the ratio recommended by U.S. experts of one FTE physician per 10 skilled nursing facility beds (facilities with, among other things, temporary physical rehabilitation beds) and 100 nursing facility beds. In Ontario, it is recommended that 4 hours per week be spent on medical practice in long-term care facilities for every 25 to 30 residents.

Different practices and types of collaboration are used among different professionals working in long-term care facilities in order to optimize the provision of care for the residents. The three main types of skill mix described in the literature are (1) delegation (the physician assigns a task to another health care professional but remains responsible for it), (2) substitution (expanding the responsibilities of a health care professional, who may then provide some of the same services as the physician and becomes responsible and autonomous in performing these tasks), and (3) supplementation (increasing the scope of a health care professional's work by allowing them to provide additional services that complement or extend those provided by the physician). Although a combination of all three types is reported in practice, physician substitution with different professionals, such as specialized nurse practitioners (SNPs) and physician assistants, is the one most documented in the publications reviewed.

Much of the information examined concerns the roles and responsibilities of members of the medical care and services teams. Physicians' responsibilities in long-term care facilities include providing medical care to the residents, such as performing medical evaluations, considering the need for medical referrals, participating in the development of the residents' care plans, and collaborating on advance medical directive planning. Quite often, there is a psychosocial dimension to the physicians' role, such as participating in decision-making regarding psychosocial issues and communicating with the residents' families. Coordination with a facility's partners (e.g., a hospital) and further training of other professionals on the team are some of the other frequently reported responsibilities. In addition, several groups of experts have voiced their support for physician involvement in the management of long-term care facilities. However, according to the literature consulted, there seems to be little legislation governing the management role of physicians at these facilities. It is recommended that physicians assuming this role – such as medical directors and medical coordinators – have certified expertise in geriatrics as well as leadership and conflict management skills. These physicians' most common duties are to evaluate and supervise medical practice, act as advisors in the development of internal policies, support the long-term care facility in quality improvement projects, and contribute to the professionals' further training.

For their part, nurse clinicians are described as being key to the identification of situations requiring a medical evaluation. SNPs participate in providing care through different collaborative practices, especially skill substitution. The degree and extent of SNPs' roles and responsibilities regarding medical tasks vary considerably from one country, state or province to another. The optimal division of labour between the physician and the SNP in

the various collaborative practices remains unknown. A considerable body of literature also points to the regular and sustained involvement of the pharmacist in long-term care facilities. Given the emergence of pharmacists' roles and responsibilities in these settings, various recommendations, guidelines and training courses aimed at providing a framework for their skills and improving them have been reported in several countries, such as the United States, France and the United Kingdom.

Limitations

Several professional and organizational practices are discussed in this state-of-knowledge report. The different contexts in terms of the structure of the health and social services system, funding, and the organization of medical care and services in long-term care facilities influence the interpretation of all the results and their transferability to the Québec context. Although they were not identified, other contextual characteristics, particularly in terms of legislation, may have an impact on the organization of medical care and services in long-term care facilities.

Outlook

The results presented in this state-of-knowledge report provide relevant avenues for reflection on the organization of medical care and services in long-term care facilities. The topics discussed include the different staffing models in place across the OECD countries, the variability in the level of physician involvement in the management of these facilities (and the form of this involvement), and the several forms of skill mix. These results provide insight on the organization of care and services and the sharing of responsibilities among the various members of the care team. Given the aging of the population, the increasing complexity of the residents' profile, and the difficulties recruiting qualified workers, efforts will certainly have to be made to adjust the way things are done and to continue to offer quality care and services. This reflective work is all the more necessary given the significant impact the COVID-19 pandemic has had on the health and social services system. Lastly, there are several tensions in the mission of long-term care facilities, which is to offer quality care and services in a quality living environment. The combination of these two goals in the reflection on the organization of medical care and services is essential for ensuring residents' well-being.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AMDA	American Medical Directors Association
BGS	British Geriatrics Society
CAPA	Canadian Association of Physician Assistants
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFPC	College of Family Physicians of Canada
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSLTCM	Canadian Society for Long-Term Care Medicine
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ÉTC	Équivalent temps complet
<i>EUGMS</i>	European Union Geriatric Medicine Society
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmier praticien spécialisé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RI	Ressources intermédiaires
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial

GLOSSAIRE

Adjoint au médecin

Au Québec, le rôle d'adjoint au médecin (en anglais, *physician assistant*) n'existe pas. Dans la littérature analysée, cette fonction semble davantage répandue aux États-Unis et aux Pays-Bas.

L'adjoint au médecin est « un professionnel de la santé qui possède des connaissances, des compétences pour donner des services médicaux délégués. Il (...) travaille sous la supervision d'un médecin agréé dans une variété de structures et de contextes de soins, conformément à l'acte médical délégué. (...). Les activités de l'adjoint au médecin peuvent inclure la conduite d'entretiens et d'examens physiques avec les patients, l'établissement d'un diagnostic (...) ainsi que l'utilisation d'interventions thérapeutiques et de conseils sur des soins de santé préventifs. La relation entre l'adjoint au médecin et le médecin superviseur constitue le déterminant central pour la définition du rôle clinique de l'adjoint au médecin, dans le contexte des compétences de chaque professionnel, du champ d'exercice de la profession et des compétences reconnues à l'échelle provinciale » [traduction libre de la définition de la CAPA, 2009].

Infirmier

Dans le cadre du présent état des connaissances :

- les infirmiers auxiliaires sont considérés comme l'équivalent d'infirmiers ayant obtenu un diplôme d'études professionnelles;
- les infirmiers techniciens sont considérés comme l'équivalent d'infirmiers ayant un diplôme d'études collégiales;
- les *registered nurses* sont considérés comme l'équivalent d'infirmiers cliniciens (c'est-à-dire infirmiers bacheliers) au Québec.

Infirmier praticien spécialisé

Dans la littérature analysée, il est parfois question de pratique avancée en soins infirmiers, d'infirmiers praticiens spécialisés, d'infirmiers praticiens ou d'infirmiers spécialisés. Aux fins du présent état des connaissances, seule l'expression « infirmier praticien spécialisé » est utilisée.

Selon le Conseil international des infirmières [2014, traduction libre à partir de Chavez *et al.*, 2018], « un infirmier praticien/infirmier de pratique avancée est un infirmier autorisé qui a acquis l'expertise (base de connaissances), les compétences décisionnelles complexes et les compétences cliniques pour une pratique élargie, dont les caractéristiques sont façonnées par le contexte et/ou le pays dans lequel il/elle est habilité(e) à exercer. Une maîtrise est recommandée pour le niveau d'entrée [à l'exercice de la profession] ».

Milieu d'hébergement et de soins de longue durée

Dans le cadre de cet état des connaissances, la définition suivante a été retenue pour décrire de manière générale le milieu d'hébergement et de soins de longue durée : « Établissement doté d'un environnement résidentiel qui offre un soutien fonctionnel et des soins 24 heures sur 24 aux personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et qui ont souvent des problèmes de santé complexes et une vulnérabilité accrue. Le séjour dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée peut être relativement bref à des fins de répit, à court terme (réadaptation) ou à long terme, et peut également fournir des soins de fin de vie. (...) » [Sanford *et al.*, 2015]. En anglais, l'expression *nursing home* est celle privilégiée par l'*International Association of Gerontology and Geriatrics* et l'Organisation mondiale de la Santé [Tolson *et al.*, 2011]. Il est à noter que les termes utilisés dans les différents pays de l'OCDE pour désigner les milieux d'hébergement (p. ex. : *care homes*, *aged care facilities*), tels qu'identifiés dans les études recensées, ne correspondent pas nécessairement à cette définition générale.

Résident

Personne qui réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Bien que la graphie « résidant » [De Villers, 2015] s'impose de plus en plus pour désigner une personne qui habite, entre autres, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la forme « résident » est utilisée dans le présent document par souci d'uniformité avec les autres publications gouvernementales [INESSS, 2020].

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la perte d'autonomie ainsi que la complexité des besoins de soins et services des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (ou autres milieux d'hébergement et de soins de longue durée comparables) ont augmenté, autant au Québec qu'ailleurs dans le monde [MSSS, 2021a; Boyd *et al.*, 2012], et ce, en grande partie en raison de l'augmentation de l'espérance de vie. À titre indicatif, au Québec, pour une population de près de 1 700 000 habitants âgés de 65 ans et plus, 440 milieux d'hébergement et de soins de longue durée sont recensés, soit un total de 40 823 lits (c'est-à-dire 24 lits par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus). Au Canada, ce sont 2 076 milieux de ce type qui sont répertoriés, pour une moyenne de 29 lits par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus [ICIS, 2021a]. Devant les besoins croissants de soins et services au Québec, une politique de soutien à domicile [MSSS, 2003] a notamment vu le jour au cours des dernières décennies. Plus récemment, en conformité avec l'objectif de concilier le milieu de soins et le milieu de vie, l'ouverture de maisons des aînés et alternatives au Québec est l'une des solutions proposées pour faire face à cet enjeu [MSSS, 2021b].

Afin de répondre aux besoins variés et complexes des résidents en CHSLD, l'expertise d'une équipe interprofessionnelle est de mise. Au Québec, l'équipe de base est composée d'infirmiers, d'infirmiers auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires présents en tout temps (c'est-à-dire 24 heures par jour, 7 jours par semaine), ainsi que de médecins, de pharmaciens et de diététistes-nutritionnistes [Collaboration interprofessionnelle, 2016]. Plusieurs autres membres du personnel font partie de l'équipe interdisciplinaire, en services directs ou en soutien-conseil à l'équipe de base (p. ex. : audiologiste, dentiste, ergothérapeute, infirmier praticien spécialisé, orthophoniste, psychologue, psychoéducateur, physiothérapeute, sexologue, travailleur social) [Collaboration interprofessionnelle, 2016].

Une variabilité de l'offre de soins et services médicaux dans les CHSLD à travers la province est observée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment par rapport à leur emplacement géographique (urbain, rural ou éloigné), au nombre total de résidents, à la disponibilité de ressources humaines qualifiées ainsi qu'aux caractéristiques cliniques des personnes hébergées. Des inquiétudes sont rapportées, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, quant à la capacité de répondre aux besoins des résidents. Parmi les enjeux soulevés, on retrouve des transferts de résidents vers les milieux hospitaliers qui auraient pu être évités [Weatherall *et al.*, 2019; Barker *et al.*, 2018], la prescription de médicaments inappropriés [Foley *et al.*, 2020; Kwak *et al.*, 2019; Barker *et al.*, 2018] et la gestion sous-optimale de maladies chroniques [Barker *et al.*, 2018]. En considérant le vieillissement de la population québécoise [Institut de la statistique du Québec, 2021], il est réaliste d'envisager que la pression exercée sur les milieux d'hébergement augmentera. Elle sera plus marquée dans les années à venir, non seulement en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population et de la complexité grandissante de leurs besoins [O'Neill *et al.*, 2020; ICIS, 2017; Weber *et al.*, 2015], mais aussi à cause des difficultés

potentielles de recrutement de la main-d'œuvre qualifiée, un phénomène déjà observé dans plusieurs pays et qui constitue un enjeu plus grand en région rurale [Van Pijkeren *et al.*, 2021; Kroezen *et al.*, 2018; Connell et Walton-Roberts, 2015].

À la lumière de ces enjeux, le MSSS souhaite explorer les modalités les plus prometteuses d'organisation des soins et services en CHSLD. Conséquemment, il a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour effectuer un état des connaissances afin d'acquérir une meilleure compréhension de l'organisation médicale en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ailleurs au Canada et dans le monde.

1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée ailleurs au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) :

- 1- Quelle est l'offre de soins et services médicaux, et quelles sont les modalités de prestation (présentiel, garde médicale, télémédecine)?
 - a. Quels sont les ratios médecin/personnes hébergées?
- 2- Quelle est la composition des équipes de soins et services médicaux, les rôles et les responsabilités de leurs membres (médecin, infirmier, infirmier praticien spécialisé, pharmacien)?
- 3- Quelle est l'implication des médecins au regard de la gestion?

Dans le secteur des soins et services de longue durée, plusieurs milieux d'hébergement existent au Québec, tels que les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les CHSLD et les maisons des aînés. Cette variabilité est aussi observée à l'international. Dans le cadre de cet état des connaissances, l'information analysée a été limitée, autant que possible, aux milieux similaires aux CHSLD et aux maisons des aînés. Néanmoins, il est à noter que certaines informations relatives à la pratique médicale mise en place au sein des milieux d'hébergement dans les différents pays de l'OCDE peuvent exister dans la pratique, sans que celles-ci aient été documentées. Ainsi, cet état des connaissances ne présente qu'un portrait partiel de l'organisation des soins et services médicaux dans ces milieux.

1.1 Aspects exclus

Les organisations médicales spécifiquement mises en place dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 sont exclues du présent projet. Compte tenu de la question décisionnelle, la revue de littérature a été centrée sur l'organisation des soins médicaux et ne porte pas sur l'ensemble des experts qui travaillent au sein de ces milieux. Ainsi, les données portant particulièrement sur les médecins autres que les médecins de famille, les gériatres ou les internistes, les professionnels de la réadaptation (p. ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés), les diététistes-nutritionnistes, les travailleurs sociaux, les psychologues, les intervenants en loisirs, les préposés aux bénéficiaires, les infirmiers auxiliaires et les intervenants en spiritualité n'ont pas été explorées. Enfin, puisque les questions d'évaluation s'intéressent uniquement à ce qui se fait ailleurs dans le monde, les données provenant du Québec sont exclues.

2 MÉTHODOLOGIE

L'INESSS a réalisé un état des connaissances à partir de la littérature scientifique, de sites Web d'organisations, de sociétés savantes et d'organismes gouvernementaux. La méthodologie de la revue rapide a été retenue afin de répondre aux besoins décisionnels identifiés, et ce, dans un temps opportun. Une revue rapide suit principalement la même méthodologie qu'une revue systématique. Cependant, tout en conservant une démarche systématique et rigoureuse, certaines modifications sont apportées à priori à la méthodologie habituelle en vue de répondre plus rapidement à la demande [Haby *et al.*, 2016].

2.1 Stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de l'information scientifique a été réalisé en collaboration avec une conseillère en information scientifique (voir [annexe A](#)). Les bases de données suivantes ont été consultées en septembre 2021 : MEDLINE, Embase, EBM Reviews et CINAHL (EBSCO). Divers mots-clés relatifs à la pratique médicale (p. ex. : *medical care*, *medical practice*) et aux milieux d'hébergement et de soins de longue durée (p. ex. : *long-term care facilities*, *nursing homes*) ont été utilisés. La recherche s'est limitée aux articles scientifiques publiés à partir de 2015, en anglais ou en français. Cette stratégie de recherche a permis de repérer 827 publications, desquelles 61 ont été retenues. De plus, 15 articles ont été répertoriés en consultant les références bibliographiques de certaines publications trouvées dans les bases de données. La consultation de ces références a mené à l'identification d'autres documents d'intérêt.

Quant à la recherche documentaire effectuée en consultant divers sites Web d'organisations, de sociétés savantes et d'organismes gouvernementaux (voir [annexe B](#)), elle a permis de repérer 30 sites Web ou rapports d'intérêt.

2.2 Sélection des publications

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés au [tableau 1](#).

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Résidents, toutes conditions médicales confondues (p. ex. : trouble neurocognitif majeur)	Personnes âgées de moins de 18 ans
Phénomène d'intérêt	Pratiques organisationnelles en lien avec les médecins traitants (médecin de famille ou gériatre ou interniste) : Organisation des soins et services médicaux + modalités de prestation (p. ex. : présentiel, garde médicale, télémédecine) + ratios (médecin/personnes hébergées)	- Pratiques cliniques - Consultations médicales : neurologue, dermatologue, urologue, cardiologue, etc. - Consultations auprès des intervenants suivants : professionnels de la réadaptation (p. ex. : éducateur spécialisé, ergothérapeute,

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
	- Équipe médicale : composition, rôles et responsabilités des infirmiers (dont les infirmiers cliniciens), des infirmiers praticiens spécialisés et des pharmaciens - Implication médicale dans la gestion	physiothérapeute), diététistes-nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues, intervenants en loisirs, préposés aux bénéficiaires, infirmiers auxiliaires et intervenants en spiritualité Santé bucco-dentaire
Résultats (<i>outcomes</i>)	Tous les résultats ou aucun	-
Type de publication	Revue systématique, étude primaire qualitative, étude primaire quantitative, étude primaire mixte, opinion d'expert et lignes directrices	Histoire de cas, protocole de recherche, éditorial et présentation à une conférence
Contexte (<i>setting</i>)	CHSLD ou équivalent (p. ex.: <i>nursing home, aged care facility, residential aged care home/facility, care home</i> , établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	Centre hospitalier, soins et services externes, soutien à domicile, première ligne, <i>assisted living facility</i>
Pays	Pays membres de l'OCDE	Pays non membres de l'OCDE
Année	2015 et plus	2014 et moins

Un diagramme de flux illustre les étapes de sélection des publications issues de la stratégie de repérage, à l'[annexe C](#). Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été prétestés sur 20 % des titres par deux personnes afin de s'assurer d'une compréhension commune. La sélection des documents sur la base des titres et des résumés a été réalisée par deux professionnelles scientifiques, qui se sont divisé le travail. La coordonnatrice a validé la sélection à partir d'un échantillon aléatoire représentant 20 % des titres. La sélection des publications à partir du texte intégral a, par la suite, été effectuée de façon individuelle par trois professionnelles scientifiques, qui se sont réparti le travail. En cas d'incertitude, la coordonnatrice scientifique a été consultée.

2.3 Extraction de l'information

Les informations clés ont été extraites à la suite d'une lecture complète des publications. Un tableau d'extraction organisé en fonction des trois questions d'évaluation a été utilisé pour consigner ces informations. La coordonnatrice a validé l'extraction de certaines données jugées importantes.

2.4 Analyse et synthèse des données

Dans le cadre de cette revue rapide, la qualité des documents recensés n'a pas été évaluée. Ce choix méthodologique a été fait en raison des besoins décisionnels identifiés ainsi que du type de questions d'évaluation abordées, plus précisément de la nature descriptive de celles-ci. Les résultats sont exposés sous la forme d'une synthèse narrative analytique afin de dégager les tendances présentes dans l'ensemble des publications concernant chaque question d'évaluation.

3 SOINS ET SERVICES MÉDICAUX EN MILIEU D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans cette section, un bref portrait des caractéristiques des résidents et des milieux d'hébergement que l'on retrouve dans les pays de l'OCDE est présenté. Puis, trois modèles d'organisation médicale documentés dans certaines provinces canadiennes autres que le Québec et à travers le monde sont exposés, soit le modèle avec une dotation ouverte, le modèle avec une dotation fermée et le modèle hybride. Enfin, différents thèmes en lien avec les modalités de prestation médicale sont abordés, tels que l'encadrement de celles-ci, la pratique médicale en dehors des heures normales de travail, la télémédecine et les ratios médecins/personnes hébergées.

3.1 Description sommaire des résidents et des milieux d'hébergement et de soins de longue durée

À travers les pays membres de l'OCDE, en 2019, une moyenne de 46 lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus était des lits d'hébergement et de soins de longue durée [OECD, 2021]. Les personnes hébergées ont un profil clinique qui semble similaire d'un pays à l'autre au regard de leur âge, de leur faible niveau d'autonomie, de la présence de multimorbidité et comorbidité, de la prépondérance des troubles cognitifs, de la présence de signes dépressifs et de la polypharmacie [Weber *et al.*, 2015]. Ce profil clinique paraît s'être complexifié au cours des dernières années [Weber *et al.*, 2015]. Davantage de détails sur les caractéristiques des résidents sont disponibles à l'[annexe D.1](#).

De façon générale, des similitudes en ce qui concerne les caractéristiques des milieux d'hébergement dans les différents pays de l'OCDE sont observées. Tout d'abord, dans la plupart des pays, il existe plusieurs types de milieux qui s'adressent à des clientèles distinctes. Généralement, on retrouve, au minimum, des résidences pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes (lesquelles offrent certains services pour faciliter l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne), ainsi que des milieux d'hébergement de soins de longue durée (lesquels offrent, en plus des services de soutien aux activités de la vie quotidienne, des services et soins médicaux sur une base quotidienne) [Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2021; Chadborn *et al.*, 2019; Kwak *et al.*, 2019; Cook *et al.*, 2017; Fosse *et al.*, 2017; Gordon, 2015]. Plusieurs appellations ont également été repérées pour désigner les milieux d'hébergement et de soins de longue durée à travers les différents pays. Les termes recensés dans les études dont les résultats sont présentés dans le cadre de cet état des connaissances sont présentés à l'[annexe D.2](#).

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée au sein de plusieurs pays de l'OCDE se ressemblent notamment par la présence 24 heures sur 24, 7 jours par semaine de personnel infirmier [AIHW, 2020; Kwak *et al.*, 2019; Koopmans *et al.*, 2017; Connolly *et al.*, 2015]. À certains endroits, comme aux États-Unis [Baker *et al.*, 2021], aux Pays-Bas [Fosse *et al.*, 2017] et en Nouvelle-Zélande [Connolly *et al.*, 2015], il existe différents types de milieux d'hébergement et de soins de longue durée, lesquels sont dédiés à des clientèles distinctes. Par exemple, aux États-Unis, on rencontre des *nursing homes* ainsi que des *skilled nursing facilities*. Bien qu'il y ait plusieurs similarités entre les deux types de milieux, les *skilled nursing facilities* se distinguent des *nursing homes*, car elles offrent bien souvent de la réadaptation physique [Baker *et al.*, 2021] et ont des lits temporaires (c'est-à-dire pour des séjours de 100 jours et moins) en plus des lits de longue durée [Baker *et al.*, 2021]. Aux Pays-Bas, on retrouve trois types d'unités en *nursing homes* : 1) les unités pour les patients avec des handicaps physiques, 2) les unités pour les personnes souffrant de trouble neurocognitif majeur, et 3) les unités de réadaptation pour les personnes âgées [Lovink *et al.*, 2019b]. On constate donc que dans quelques pays, certains milieux d'hébergement et de soins de longue durée offrent des soins de réadaptation physique (p. ex. : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie) [Baker *et al.*, 2021; Lovink *et al.*, 2019b], et/ou des soins palliatifs. C'est également le cas au Canada [CFPC et CSLTCM, 2021], en Suède [Kirsebom *et al.*, 2017] et en Norvège [Fosse *et al.*, 2017]. Dans certains pays, comme l'Australie [AIHW, 2020], les milieux d'hébergement peuvent aussi offrir des services de répit temporaire.

Dans plusieurs pays, différents modèles de financement (p. ex. : public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif) de ces milieux co-existent [Hamel *et al.*, 2021; URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021; Martin *et al.*, 2020; CDC, 2016]. La proportion des milieux d'hébergement financés par le secteur privé varie d'un pays à l'autre. Par exemple, en Ontario, 58 % des milieux d'hébergement sont privés à but lucratif, alors que c'est le cas pour 70 % des milieux aux États-Unis [CDC, 2016] et 80 % des milieux en Irlande [Martin *et al.*, 2020].

On constate également un peu partout, au sein d'un même pays, une variabilité en termes de capacité d'accueil des milieux d'hébergement et de soins de longue durée [BGS, 2021; Harris-Kojetin *et al.*, 2019]. Par exemple, aux États-Unis, le nombre moyen de lits en *nursing homes* est de 106, avec une capacité qui varie entre 2 et plus de 1 000 lits [Harris-Kojetin *et al.*, 2019]. Aux Pays-Bas, ces établissements (*nursing homes* et *care homes*) comprennent, en moyenne, 289 lits [Fosse *et al.*, 2017], alors qu'en Norvège on compte en moyenne 61 lits par *nursing home* [Fosse *et al.*, 2017].

Davantage de détails concernant les caractéristiques des milieux d'hébergement dans les différents pays de l'OCDE, abordés dans la littérature consultée, sont disponibles à l'[annexe D.3](#).

En résumé

Les caractéristiques cliniques des personnes hébergées semblent similaires d'un pays à l'autre. La majorité de celles-ci présentent plusieurs conditions médicales et une diminution importante de leur autonomie fonctionnelle, et elles doivent prendre quotidiennement plusieurs médicaments. Souvent, les personnes hébergées le seront jusqu'à leur décès.

À travers les pays de l'OCDE, la présence de soins infirmiers 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine semble être une caractéristique commune à l'ensemble des milieux d'hébergement et de soins de longue durée.

Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée offrent parfois de l'hébergement temporaire via des services de réadaptation ou du répit.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, des modes de financement tant privés que publics sont retrouvés.

Le nombre de lits d'un milieu d'hébergement à l'autre est très variable.

3.2 Modèles médicaux

Ci-dessous, trois modèles médicaux généraux sont présentés : le modèle avec une dotation ouverte, le modèle avec une dotation fermée et le modèle hybride. Selon la littérature analysée, celui avec une dotation ouverte semble davantage répandu dans les pays de l'OCDE. Au Canada, aux États-Unis et en Australie, les deux premiers types sont rapportés [Agotnes *et al.*, 2019]. Quoiqu'une variété de modèles médicaux existe en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, aucun d'entre eux ne semble avoir été évalué de façon assez rigoureuse pour déterminer lequel serait à préconiser [Katz *et al.*, 2021].

3.2.1 Modèle avec une dotation ouverte

Le modèle avec une dotation ouverte permet à tout médecin intéressé par la pratique en milieu d'hébergement et de soins de longue durée d'y travailler en plus de travailler dans d'autres milieux. Il implique fréquemment des engagements explicites en lien avec la pratique médicale et une rémunération à l'acte [Agotnes *et al.*, 2019].

Ce modèle peut permettre (ou non) une continuité relationnelle entre le médecin et le résident, d'où sa subdivision en deux catégories, soit : 1) le modèle traditionnel (le résident admis en milieu d'hébergement est pris en charge par un nouveau médecin) et 2) le modèle de continuité relationnelle (le résident est pris en charge par le médecin qui le suivait avant son admission). Dans les deux cas, les médecins pratiquent également à l'extérieur du milieu d'hébergement.

D'après la littérature, un accès plus limité aux soins et services médicaux est observé dans un modèle avec une dotation ouverte [Agotnes *et al.*, 2019]. De plus, les soins et services médicaux offerts dans un tel modèle seraient moins intégrés aux autres soins et services obtenus à l'extérieur du milieu d'hébergement [Agotnes *et al.*, 2019]. Dans une étude réalisée dans six pays, des médecins rapportent des limites associées à la pratique rémunérée à l'acte en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, dont le fait que ce mode de rémunération incite peu à la réalisation de visites puisque ces dernières sont faiblement rétribuées [Banerjee *et al.*, 2018].

3.2.1.1 Modèle traditionnel

Le modèle traditionnel repose sur l'attribution, à l'admission de nouveaux résidents, d'un médecin travaillant en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que dans d'autres milieux de pratique. Ce modèle est notamment documenté au Canada [Lacny *et al.*, 2016], aux États-Unis [Jung *et al.*, 2021; Katz *et al.*, 2021; Ryskina *et al.*, 2021], en France [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021], en Allemagne [Müller *et al.*, 2018; Fleischmann *et al.*, 2017], en Suède [Kirsebom *et al.*, 2017] et en Australie [Reed, 2015].

En Alberta et au Manitoba, presque tous les médecins qui travaillent en *long-term care settings* et en *nursing homes* sont aussi médecins de famille dans la communauté [Parmar *et al.*, 2021; Agotnes *et al.*, 2019]. En Colombie-Britannique, il est fréquent que les résidents se fassent assigner un médecin par la *nursing home* [Agotnes *et al.*, 2019]. Ces médecins proviennent d'un regroupement de médecins que le milieu d'hébergement a identifié comme étant en mesure d'accepter de nouveaux patients.

Aux États-Unis, la pratique des médecins en *nursing homes* ne représente souvent qu'une petite partie de leur pratique. Ainsi, le temps dédié à ce lieu de travail est limité. Entre 2014 et 2017, 1 % des médecins américains avaient une pratique presque uniquement (≥ 90 % de leurs visites annuelles) en *nursing homes* ou en *skilled nursing facilities*; 11 % y travaillaient occasionnellement et 87 % ne pratiquaient pas du tout dans ces milieux [Jung *et al.*, 2021]. Toujours aux États-Unis, comparativement aux médecins avec une pratique occasionnelle, ceux avec une pratique presque exclusive en *nursing homes* ou en *skilled nursing facilities* sont davantage des femmes, d'âge avancé et peu présents en région rurale [Jung *et al.*, 2021].

En Allemagne, ce sont principalement des médecins de l'externe qui viennent visiter les résidents [Fleischmann *et al.*, 2017]. En effet, dans une même *nursing home*, plusieurs médecins de l'externe peuvent se retrouver pour offrir leurs services de façon occasionnelle [Müller *et al.*, 2018], ce qui peut complexifier les efforts de communication et de collaboration interprofessionnelles. Quatre types de visites médicales sont décrits en *nursing homes* [Fleischmann *et al.*, 2017] :

- les visites périodiques : rencontres planifiées pour effectuer le suivi de la condition médicale de résidents;
- les visites sur demande : rencontres non planifiées qui sont l'initiative de l'infirmier lors d'un changement dans la condition médicale d'un résident;

- les *nursing home rounds* : rencontres structurées de façon similaire aux tournées en milieu hospitalier, durant lesquelles le médecin visite, un après l'autre, tous les résidents dont il a la responsabilité;
- les visites ad hoc : rencontres hybrides entre les visites périodiques et celles sur demande.

En Suède, il est rapporté que les médecins travaillent comme consultants dans les *nursing homes* et jouent un rôle important au regard des soins médicaux offerts [Kirsebom *et al.*, 2017].

En Australie, les écrits indiquent que les médecins peuvent, à leur discrétion, choisir d'offrir (ou non) des soins aux résidents de *nursing homes* [Magin *et al.*, 2017]. Selon un sondage réalisé par l'Association médicale australienne, seulement 21 % des médecins de famille pratiquent régulièrement en *residential aged care facilities* [Australian Medical Association, 2012, cité dans Reed, 2015]. Pour pallier le manque de médecins, un incitatif financier est donné aux médecins australiens lorsqu'ils offrent plus de 140 services en *residential aged care facilities* par année. Pour obtenir l'entièreté de cet incitatif, un groupe de 8 à 12 résidents par médecin serait requis [Reed, 2015]. Des incitatifs financiers similaires semblent être utilisés dans certaines *care homes* au Royaume-Uni afin de favoriser des visites médicales régulières [Gordon *et al.*, 2018].

3.2.1.2 Modèle de continuité relationnelle

Le modèle de continuité relationnelle fait référence au maintien de la prise en charge médicale par le même médecin, c'est-à-dire celui qui suivait la personne avant son admission en milieu d'hébergement et de soins de longue durée [Reed, 2015].

Ce modèle est notamment documenté en Ontario [Staykov *et al.*, 2020], au Danemark [Weatherall *et al.*, 2019] et en Australie [Pearson *et al.*, 2021].

En Ontario, l'analyse de banques de données révèle qu'entre 2014 et 2017, 12 % des résidents ont conservé leur médecin de famille lors de leur transition en *nursing homes*. Les personnes en milieux d'hébergement ruraux étaient plus susceptibles de conserver leur médecin que celles en milieu urbain (22 % c. 11 %) [Staykov *et al.*, 2020]. Une plus grande proportion de résidents avec une atteinte fonctionnelle moindre conservaient leur médecin, comparativement à ceux avec une atteinte plus sévère (18 % c. 9 %) [Staykov *et al.*, 2020]. Les distances moyenne et médiane entre la clinique médicale familiale et le milieu d'hébergement étaient plus petites pour les résidents qui avaient conservé leur médecin de famille (en milieu tant rural qu'urbain) [Staykov *et al.*, 2020].

Au Danemark, les résidents de *nursing homes* ont le droit de choisir leur médecin traitant [Weatherall *et al.*, 2019]. La plupart d'entre eux conservent généralement le médecin qui les suivait avant leur admission en milieu d'hébergement [Weatherall *et al.*, 2019]. De ce fait, la majorité des médecins au Danemark ne sont pas spécialisés dans la prise en charge de résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

3.2.2 Modèle avec une dotation fermée

Le modèle avec une dotation fermée implique que des médecins sont dédiés à un ou plusieurs milieux d'hébergement. Les milieux peuvent donc choisir les médecins qui prennent en charge leurs résidents. Conséquemment, une entente entre le médecin et le milieu d'hébergement est normalement établie. Dans le modèle avec une dotation fermée, les médecins sont généralement salariés [Agotnes *et al.*, 2019]. Ce modèle est notamment documenté au Canada [Agotnes *et al.*, 2019], aux États-Unis, dans quelques pays européens (Allemagne, Norvège et Pays-Bas) [Lovink *et al.*, 2019a; Bell *et al.*, 2017; Fosse *et al.*, 2017; Koopmans *et al.*, 2017] et en Australie [Haines *et al.*, 2020; Reed, 2015].

Aux Pays-Bas, des médecins spécialisés en soins gériatriques sont employés par les *nursing homes*. Ceux-ci sont fortement impliqués dans les soins médicaux offerts aux résidents [Koopmans *et al.*, 2017]. Plus de 90 % d'entre eux ont un salaire fixe et moins de 9 %, une rémunération à l'acte [Fosse *et al.*, 2017]. Afin de développer une expertise et de pouvoir travailler dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, ces médecins ont suivi un programme de formation d'une durée de trois ans.

En Norvège, les médecins peuvent travailler directement pour une *nursing home* ou avoir une entente avec la municipalité. Les ententes avec la municipalité imposent une présence de 7,5 heures par semaine dans le réseau public. Les *nursing homes* sont l'une des nombreuses options de lieux de pratique [Agotnes *et al.*, 2019]. La plupart des *nursing homes* sont publiques, une minorité sont privées à but non lucratif et encore moins sont privées à but lucratif. Plus de 95 % des médecins qui travaillent notamment dans ces milieux en Norvège ont un salaire fixe et moins de 4 %, une rémunération à l'acte [Fosse *et al.*, 2017].

En Allemagne, dans certains cas, des médecins sont embauchés par une *nursing home* et y travaillent à temps plein [Fleischmann *et al.*, 2016].

En Australie, un modèle avec une dotation fermée a été implanté dans 20 *aged care homes*. Le médecin donne des services individualisés dans une salle de consultation sur place qui permet d'effectuer des interventions simples [Reed, 2015]. L'Association médicale australienne a publié des prises de position qui sont conformes à ce modèle.

Selon une étude qualitative réalisée dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Allemagne, Norvège, Royaume-Uni et Suisse), un modèle avec une dotation fermée peut contribuer au sentiment d'isolement des médecins, ce qui peut avoir une influence sur leur satisfaction au travail ainsi que leur rétention [Banerjee *et al.*, 2018]. La participation à des communautés de pratique médicales peut mitiger cet isolement et contribuer à l'intégration de nouvelles connaissances et compétences ainsi que de pratiques prometteuses [Banerjee *et al.*, 2018].

3.2.3 Modèle hybride

Le modèle *Enhanced Health Care in Nursing Homes*, au Royaume-Uni, combine certaines caractéristiques du modèle avec une dotation ouverte (soit la présence de médecins travaillant à la fois en milieu d'hébergement et dans d'autres milieux) et d'autres caractéristiques s'apparentant à celles du modèle avec une dotation fermée (responsabilité médicale formelle du médecin envers le milieu d'hébergement) [Cook *et al.*, 2017]. Ce modèle implique que chaque *care home* ait un médecin qui agit à titre de « liaison » (nommé *link GP*), en collaboration avec d'autres professionnels qui offrent des soins et services médicaux virtuels. Le *link GP* effectue une visite par semaine dans le milieu. Le modèle hybride s'inscrit également dans une vision collaborative avec un infirmier praticien spécialisé (IPS), qui travaille sur place deux ou trois jours par semaine, et d'autres consultants à distance (p. ex. : gériatre, psychiatre).

En résumé

Deux modèles organisationnels entourant la pratique médicale en milieu d'hébergement et de soins de longue durée sont fréquemment observés dans la littérature analysée, soit le modèle avec une dotation ouverte et celui avec une dotation fermée. Un troisième modèle, hybride, est mentionné au Royaume-Uni.

Le modèle avec une dotation ouverte permet à tout médecin intéressé par la pratique en milieu d'hébergement et de soins de longue durée d'y travailler en plus de travailler dans d'autres milieux. Ce modèle implique fréquemment des engagements explicites en lien avec la pratique médicale et une rémunération à l'acte.

Le modèle avec une dotation fermée implique que des médecins, généralement salariés, sont dédiés à un ou plusieurs milieux d'hébergement. Les milieux d'hébergement peuvent donc choisir les médecins qui prennent en charge leurs résidents. Conséquemment, une entente entre le médecin et le milieu d'hébergement est normalement établie. Certaines données indiquent que ce modèle peut contribuer à un sentiment d'isolement chez les médecins. Des modalités de mitigation, telles que la mise en place d'une communauté de pratique, peuvent être envisagées.

Des avantages et des inconvénients associés à chacun de ces modèles sont notés. Aucun modèle ne semble avoir été évalué de façon assez rigoureuse pour déterminer lequel serait à préconiser.

3.3 Modalités de prestation médicale

Cette section présente des exemples de normes liées aux modalités de prestation médicale. Elle aborde également des modalités de prestation en dehors des heures normales de travail, la télémédecine et les ratios médecin/personnes hébergées, selon la littérature analysée. Il sera aussi question de l'encadrement de la pratique médicale sur le plan clinique, alors que la section 5 traite plus spécifiquement de l'encadrement relatif à la gestion clinico-administrative.

3.3.1 Encadrement des modalités de prestation médicale

La littérature met en lumière des exemples de normes qui encadrent la pratique médicale et les impacts de l'absence d'encadrement.

Par exemple, en Ontario, des normes juridiques (*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*¹ et *Règlement de l'Ontario 79/10*²) régissent la formation et encadrent la pratique médicale, telles que le nombre requis de visites ou l'obligation de faire un examen médical à l'admission. En réaction à la pandémie de la COVID-19, des regroupements d'experts ontariens ont émis certaines recommandations. Parmi celles-ci, il est demandé que les médecins soient physiquement présents dans le foyer de soins de longue durée en cas de besoin dans les 24 heures suivant la demande de soins [Marrocco *et al.*, 2021], et qu'ils prévoient l'équivalent de 4 heures par semaine pour tout regroupement de 25 à 30 résidents, afin de permettre la gestion des maladies aiguës et chroniques, la révision trimestrielle de la médication, la participation aux discussions portant sur les objectifs de soins et la prise de notes médicales [Collins *et al.*, 2020].

Aux États-Unis, des normes fédérales exigent que le *primary care provider*³ soit informé de tout changement dans la condition médicale d'un résident. Les milieux d'hébergement doivent également communiquer avec ce professionnel lorsqu'un résident est transféré dans un autre milieu [RTI International, 2017]. Il est rapporté que les exigences fédérales et régionales en ce qui concerne la fréquence des visites et de la prise de notes ont augmenté au fil des années [Agotnes *et al.*, 2019]. Toujours aux États-Unis, à la suite d'un processus délibératif réalisé auprès de médecins, un référentiel de compétences a été élaboré afin d'offrir, en milieu d'hébergement, des soins de qualité centrés sur la personne (*skilled nursing facilities, assisted living, hospice, home health*) (p. ex. : assurer une couverture médicale continue 24 heures par jour, 7 jours par semaine) [Morton *et al.*, 2021].

¹ Gouvernement de l'Ontario. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108>.

² Gouvernement de l'Ontario. *Règlement de l'Ontario 79/10*. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079>.

³ Aux États-Unis, l'expression *primary care provider* est souvent employée pour désigner la personne ayant un rôle central dans la prise en charge du résident. Cette personne est souvent un médecin, mais ce rôle peut également être rempli par un IPS ou un adjoint au médecin [Mays *et al.*, 2018].

Bien qu'aucune norme n'ait été répertoriée en Europe, la European Union Geriatric Medicine Society (*EUGMS*), qui représente les organisations nationales en gériatrie, a publié en 2012 des propositions de normes en lien avec les soins médicaux en *nursing homes*, formulées à partir de consultations réalisées auprès d'experts [Briggs *et al.*, 2015]. La crise de la COVID-19 a amené une révision provisoire de ces normes en attendant qu'une revue systématique de la littérature et qu'un processus de consultation avec la méthode Delphi soient effectués [O'Neill *et al.*, 2020]. Cette révision a consisté spécifiquement à formuler des principes portant sur la pratique médicale en *nursing homes*. Ces principes sont présentés comme une étape préliminaire dans l'élaboration d'un programme clinique, académique et politique qui vise l'amélioration des soins médicaux prodigués aux personnes hébergées en *nursing homes*.

- Avant l'admission en *nursing home*, toute personne devrait être évaluée par un médecin ayant une spécialité en gériatrie ou en gériopsychiatrie.
- La répartition du leadership entre les niveaux local et régional doit être clarifiée, en raison de la complexité associée à la coordination des soins, notamment en ce qui concerne les soins primaires, les soins secondaires, la santé publique et les tests de laboratoire.
- Les soins médicaux offerts en *nursing homes* doivent être soutenus par d'autres disciplines, incluant minimalement la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la nutrition, la pharmacie, la médecine dentaire, l'ophtalmologie et l'audiologie. Au besoin, d'autres professionnels doivent également être accessibles (p. ex. : psychologue, travailleur social).
- Les soins médicaux dispensés en *nursing homes* doivent être soutenus par des services spécialisés en gérontologie (p. ex. : gériatre, gériopsychiatre, IPS, spécialiste en soins palliatifs).
- Les dossiers médicaux devraient être adaptés au contexte gérontologique, de manière à refléter les besoins des résidents et à soutenir la prise de décision.
- Un suivi adéquat doit être réalisé en lien avec les interventions préventives (p. ex. : vaccination), les maladies chroniques, l'examen clinique et la médication.

L'absence d'encadrement au regard des modalités de prestation peut engendrer des inconvénients. Par exemple, au Royaume-Uni, les résidents de *care homes* qui sont incapables de se rendre à une clinique médicale ont de la difficulté à accéder à des examens médicaux et à une révision régulière de leur médication [Cook *et al.*, 2017]. L'absence de normes peut contribuer à ce que les besoins médicaux des résidents soient difficilement comblés au moment opportun [Dwyer *et al.*, 2017].

D'après la littérature analysée, aucune norme provinciale ou nationale ne précise la couverture médicale minimale à offrir en milieu d'hébergement et de soins de longue durée dans deux provinces canadiennes (Colombie-Britannique et Manitoba) [Agotnes *et al.*, 2019], plusieurs pays européens (France, Norvège, Suède) [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021; Agotnes *et al.*, 2019; Kirsebom *et al.*, 2017] et en Australie [Dwyer *et al.*, 2017]. Par exemple, au Royaume-Uni, les visites médicales en

care homes serviraient à offrir aux résidents davantage de soins réactifs que de soins planifiés [Cook *et al.*, 2017]. Selon une étude qualitative réalisée en Australie, la procédure type pour joindre le *primary care provider* est par fax, par courriel ou par téléphone, après qu'un IPS ou un secrétaire médical a fait un triage parmi les demandes.

En résumé

À travers le monde, la disponibilité des médecins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est variable.

Certains pays ou provinces (p. ex. : États-Unis, Ontario) encadrent les modalités de prestation par des normes ou des lois. Certains principes existent également (p. ex. : Europe) pour améliorer les soins médicaux offerts aux personnes hébergées.

La mise en place de normes aurait comme bénéfice de préciser les attentes médicales en milieu d'hébergement et d'offrir davantage de soins et services médicaux au moment opportun.

3.3.2 Soins et services médicaux en dehors des heures normales de travail et télémédecine

La présente section aborde les sujets suivants : la médecine de garde, certaines initiatives de soutien téléphonique ainsi que la télémédecine en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. À travers les divers modèles de soins et services médicaux, la disponibilité médicale dans ces milieux est variable en dehors des heures normales de travail. Parfois, un médecin est disponible sur place 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, tandis que dans d'autres situations, le médecin travaille principalement à distance (sur appel) et effectue des visites à l'occasion [Baranska *et al.*, 2020].

En Australie, en raison de la surcharge de travail, des médecins traitants répondent parfois à certaines demandes dans un plus long délai, ce qui fait en sorte qu'il arrive que d'autres professionnels se voient dans l'obligation de répondre aux besoins des résidents [Dwyer *et al.*, 2017]. En Colombie-Britannique, la continuité des soins et la prestation de ceux-ci en dehors des heures normales de travail lors de situations urgentes sont une attente du collège médical [Agotnes *et al.*, 2019].

3.3.2.1 Médecine de garde

Dans la littérature analysée, diverses modalités sont documentées pour joindre un médecin en dehors des heures normales de travail (c'est-à-dire soir, nuit, fin de semaine, congés et vacances). Par exemple, en Norvège, il est rapporté que la moitié des médecins qui travaillent en milieu d'hébergement sont disponibles les soirs et les fins de semaine. Aux Pays-Bas, ce sont plus de 92 % des médecins qui sont impliqués dans un service organisé en dehors des heures normales de travail [Fosse *et al.*, 2017]. En Suède, un système de médecins de garde est en place en milieu d'hébergement [Kirsebom *et al.*, 2017]. Une étude qualitative réalisée dans ce pays auprès de 15 médecins de garde souligne divers enjeux qu'ils ont vécus [Kirsebom *et al.*, 2017]. Il est possible, par

exemple, que le médecin ne connaisse pas le résident et que l'information disponible dans le dossier médical ne permette pas une prise de décision éclairée (p. ex. : transfert ou non à l'urgence). Il peut également arriver que certaines recommandations médicales ne soient pas respectées. Par ailleurs, certaines décisions entrent parfois en contradiction avec les volontés du résident ou de ses proches. Afin de prévenir de telles difficultés, certaines *nursing homes* s'assurent que les directives médicales anticipées sont mises en évidence dans le dossier des résidents.

3.3.2.2 Soutien téléphonique

L'implantation d'un soutien téléphonique entre l'équipe soignante du milieu d'hébergement et un médecin semble être une autre modalité utilisée dans quelques provinces et pays (p. ex. : Ontario, Norvège, Australie), afin de combler les besoins en dehors des heures normales de travail [Pearson *et al.*, 2021; Women's College Hospital, 2020; Kirsebom *et al.*, 2017]. Certaines de ces lignes téléphoniques sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, tandis que d'autres le sont uniquement durant les jours ou les soirs de semaine, et la fin de semaine.

3.3.2.3 Télémédecine

En plus de la médecine de garde et du soutien téléphonique, la télémédecine est une modalité potentielle en milieu d'hébergement. D'ailleurs, plusieurs formes de télémédecine existent déjà, soit la téléconsultation⁴, la téléexpertise⁵, la télésurveillance⁶ et la téléassistance⁷. Aucune information n'a été repérée en lien avec la téléassistance, la téléexpertise et la télésurveillance. Il faut toutefois rappeler qu'aucun mot-clé spécifique à ces concepts n'a été intégré dans la stratégie de recherche. En ce qui concerne la téléconsultation médicale en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, étant donné qu'une réponse rapide récente de l'INESSS [2021] a porté spécifiquement sur ce sujet, seules quelques données publiées à la suite de celle-ci (c'est-à-dire en 2020 et en 2021) ont été retenues. De façon générale, les nouvelles informations analysées corroborent les constats de la réponse rapide.

En Ontario, durant la pandémie de la COVID-19, un changement est survenu en lien avec la présence médicale dans les milieux d'hébergement. Plusieurs médecins ont travaillé en mode virtuel, en raison de leurs multiples responsabilités dans différentes *long-term care homes* [Vellani *et al.*, 2021; Collins *et al.*, 2020]. Cependant, comme il est mentionné dans la réponse rapide de l'INESSS [2021] concernant le Québec, les soins à

⁴ « La téléconsultation est une consultation médicale qui met en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé » [CMQ, 2015].

⁵ « La téléexpertise est une forme de téléconsultation suivant laquelle un acte médical est posé à distance par un médecin sans la présence du patient à des fins diagnostiques ou thérapeutiques en réponse à une demande de consultation par un collègue médecin ou un tiers » [CMQ, 2015].

⁶ « La télésurveillance est le monitoring à distance par un médecin de données cliniques, radiologiques ou biologiques d'un patient transmises par une technologie de l'information et de la communication, qu'elles soient recueillies par le patient lui-même, un médecin ou un autre professionnel de la santé à des fins de diagnostic ou de traitement » [CMQ, 2015].

⁷ « La téléassistance est un acte médical posé par un médecin lorsqu'il assiste à distance un autre médecin ou un autre professionnel de la santé en train de réaliser un acte médical ou chirurgical » [CMQ, 2015].

distance ont des limites. La télémédecine peut être utile lors de situations non urgentes, mais une évaluation en personne devrait toujours être considérée pour des maladies aiguës ou des changements importants dans la condition médicale du résident [Collins *et al.*, 2020]. En télémédecine, une procédure standardisée encadrant le matériel et les logiciels à utiliser, la confidentialité et la sécurité ainsi que le transfert d'informations cliniques est requise [Collins *et al.*, 2020].

En France, la téléconsultation peut être réalisée avec divers outils de télémédecine validés par les institutions et respectant la législation en vigueur sur les données de santé. La région Hauts-de-France utilise le programme PREDICE, qui permet entre autres de réaliser ces téléconsultations. PREDICE est une plateforme régionale mise en place par l'Agence régionale de santé, le GIP Sant&Numérique et ses membres, qui propose plusieurs services de e-santé [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

En conformité avec les constats de la réponse rapide publiée par l'INESSS [2021], l'accès à distance aux dossiers médicaux des résidents est essentiel afin de permettre des interactions efficaces et de réduire potentiellement le nombre de transferts à l'extérieur du milieu d'hébergement [CFPC et CSLTCM, 2021].

En résumé

L'implication des médecins dans les milieux d'hébergement en dehors des heures normales de travail varie d'un pays à l'autre.

La télémédecine et l'accès à un soutien téléphonique entre l'équipe soignante du milieu d'hébergement et un médecin semblent être des modalités utilisées dans quelques provinces et pays (p. ex. : Ontario, Norvège, Australie), afin de combler les besoins en dehors des heures normales de travail.

Les médecins qui effectuent des gardes en milieu d'hébergement peuvent être confrontés à divers enjeux, dont la difficulté à accéder à des informations à jour permettant de soutenir une prise de décision éclairée.

3.3.3 Ratios

Quoique la littérature rapporte des ratios médecin/personnes hébergées, il est difficile d'établir des équivalents temps complet, car le nombre d'heures dédiées au travail en milieu d'hébergement n'est souvent pas précisé. Les informations analysées en lien avec de tels ratios proviennent de quatre provinces canadiennes (Ontario, Manitoba, Nouvelle-Écosse et Alberta), des États-Unis et de deux pays européens (Norvège et Pays-Bas). Les données les plus précises sont issues des États-Unis et d'Europe.

3.3.3.1 Ailleurs au Canada

En Ontario, l'organisation du personnel médical est variable. Certains milieux ont plusieurs médecins responsables d'une quantité limitée de résidents, alors que parfois un seul médecin a la charge de 100 résidents ou plus [Collins *et al.*, 2020]. Cette variabilité peut s'expliquer par des difficultés de recrutement, principalement dans certaines régions rurales. Selon une étude ontarienne publiée en 2012, le nombre médian de résidents par médecin était de 27 (moyenne de 42) [Lam *et al.*, 2012, cité dans Collins *et al.*, 2020]. De plus, les médecins effectuaient 2,6 visites par mois, par milieu d'hébergement. Au sein de cette province, environ 900 médecins de famille rapportent qu'une proportion importante de leur pratique est réalisée dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée (environ 115 000 résidents, au total) [Mulhall *et al.*, 2020].

En 2013, en Colombie-Britannique, la fréquence des visites médicales variait de 5,3 à 8,7 par résident par année, soit une moyenne provinciale de 7,2 visites annuelles [Agotnes *et al.*, 2019].

Au Manitoba, selon les informations analysées, 81 % des résidents seraient visités par un médecin au moins 10 fois par année [Doupe *et al.*, 2016, cité dans Agotnes *et al.*, 2019].

Dans deux établissements en Nouvelle-Écosse, deux ou trois médecins de famille sont responsables d'environ la moitié des résidents, avec un ratio médecin/personnes hébergées qui varie de 1 pour 15 à 1 pour 100 [Lacny *et al.*, 2016]. Les autres médecins ont seulement la responsabilité d'un ou deux résidents. Les médecins sont normalement présents dans la *nursing home* un jour par semaine [Lacny *et al.*, 2016].

Selon une étude réalisée en Alberta, 211 médecins sont associés à 39 *long-term care settings*, où vivent environ 5 000 résidents au total. En moyenne, cela équivaut à un ratio d'un médecin pour 24 résidents [Parmar *et al.*, 2021].

3.3.3.2 Aux États-Unis

Aux États-Unis, parmi un total de 319 264 médecins de famille, 50 227 (16 %) ont facturé des soins en *nursing homes* entre 2012 et 2015 [Ryskina *et al.*, 2017]. En 2015, il y avait l'équivalent de 1,37 médecin (c'est-à-dire médecins de famille, gériatres ou internistes) par 1 000 lits occupés en *nursing homes* [Ryskina *et al.*, 2017]. Selon l'opinion d'experts américains, un médecin équivalent temps complet (ÉTC) peut prendre soin efficacement de 10 résidents de *skilled nursing facilities* (milieux avec notamment des lits temporaires dédiés à la réadaptation physique) et de 100 résidents de *nursing facilities* [Katz *et al.*, 2017]. Toujours entre 2012 et 2015, le nombre moyen de visites par lit, par année, par les médecins responsables est resté globalement stable à neuf, en plus de deux visites annuelles effectuées par un autre médecin. Une grande variabilité est notée entre les États. En 2010, le nombre moyen de visites par résident, par année variait entre 2,5 en Oregon et 35 au New Jersey [Intrator *et al.*, 2015].

3.3.3.3 En Europe

Selon un sondage réalisé auprès de plus de 400 médecins en Norvège et de plus de 200 médecins aux Pays-Bas, entre 0,56 et 0,62 heure par lit, par semaine, est consacrée au travail en *nursing homes* [Fosse *et al.*, 2017].

Aux Pays-Bas, plus de 1 500 *elderly care physicians* travaillent en *nursing homes*, et le taux de postes vacants est de plus de 10 % [Capaciteitsorgaan, 2016, cité dans Lovink *et al.*, 2019b]. Des directeurs médicaux, sans formation spécifique pour prendre en charge les résidents, occupent en partie ces postes vacants [Capaciteitsorgaan, 2016, cité dans Lovink *et al.*, 2019b]. Une autre étude rapporte plus de 1 900 médecins, dont 345 en cours de formation, à travers 2 057 *nursing homes* (soit approximativement 130 000 lits) [Visser, 2017, cité dans Fosse *et al.*, 2017].

Une équipe norvégienne ayant la responsabilité de 24 personnes hébergées dans une *nursing home* et de 23 personnes vivant dans un *assisted living apartment* était composée de 0,23 médecin ÉTC, 13 infirmiers ÉTC et 15,5 infirmiers auxiliaires ÉTC [Baines et Armstrong, 2019].

En résumé

Quoique la littérature rapporte des ratios médecin/personnes hébergées, il est difficile d'établir des équivalents temps complet (ÉTC), car le nombre d'heures dédiées au travail en milieu d'hébergement n'est souvent pas précisé. De plus, la façon de comptabiliser les ratios diffère d'un endroit à l'autre, ce qui complexifie leur comparaison.

Au regard du nombre de visites médicales par année, par résident, celui-ci varie entre 7 et 10 selon des informations provenant de Colombie-Britannique, du Manitoba et des États-Unis.

Aux États-Unis, il y avait l'équivalent de 1,37 médecin par 1 000 lits occupés en milieu d'hébergement en 2015. Ce ratio est loin de celui recommandé par des experts américains, soit d'un médecin ÉTC pour 10 lits de *skilled nursing facilities* (milieux avec notamment des lits temporaires dédiés à la réadaptation physique) et 100 lits de *nursing facilities*. En Norvège et aux Pays-Bas, entre 0,56 et 0,62 heure par lit, par semaine est rapportée pour quantifier le travail effectué en milieu d'hébergement.

4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE CERTAINS MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

La composition des équipes qui œuvrent en milieu d'hébergement et de soins de longue durée varie d'un pays à l'autre. En effet, elles sont constituées de différents professionnels et intervenants en santé et en services sociaux, tels que les médecins, les infirmiers praticiens spécialisés (IPS), les infirmiers cliniciens, les infirmiers techniciens, les infirmiers auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires/aides-soignants/aides-infirmiers de même que différents professionnels en réadaptation (p. ex. : ergothérapeutes, physiothérapeutes), en travail social, en nutrition, etc. Différentes pratiques et formes de collaboration ont cours entre ces divers professionnels et intervenants afin d'optimiser l'offre de soins aux personnes hébergées. Le partage des rôles et responsabilités ainsi que l'élargissement des compétences des multiples professionnels mobilisés en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, pour des tâches professionnelles auparavant réservées aux médecins, sont notamment au cœur des pratiques étudiées [Lovink *et al.*, 2019b; Kirsebom *et al.*, 2017].

Cette section de l'état des connaissances présente quelques pratiques de collaboration et de répartition des rôles et responsabilités entre les médecins, les infirmiers techniciens, les infirmiers cliniciens, les IPS, les adjoints au médecin et les pharmaciens. Il est à noter que les informations relatives à la composition des équipes œuvrant dans les milieux d'hébergement, à travers les différents pays, ne sont pas systématiquement rapportées dans les écrits recensés. Les informations disponibles à ce sujet sont toutefois répertoriées dans l'[annexe E](#).

4.1 Collaboration entre les membres de l'équipe de soins

L'organisation des équipes responsables de l'offre des soins médicaux au sein des milieux d'hébergement et de soins de longue durée varie considérablement entre les pays [Kirsebom *et al.*, 2017]. Il existe donc plusieurs pratiques de collaboration et de répartition du travail entre les médecins et les autres professionnels. La distinction entre ces différentes pratiques est d'ailleurs rapportée comme un déterminant crucial pour la clarification des rôles de chacun et la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle réussie [Chavez *et al.*, 2018].

4.1.1 Formes de chevauchement des compétences

En raison de l'introduction d'IPS, d'adjoints au médecin et d'infirmiers cliniciens dans la prestation de soins médicaux au sein de différents pays, le recours croissant au chevauchement des compétences et des rôles se traduit à travers diverses formes de collaboration. Lovink et ses collaborateurs [2019b] en détaillent trois :

1. **délégation de tâches de la part des médecins** : transférer une tâche à un autre professionnel de la santé (le médecin demeure responsable de la tâche);

2. **substitution du médecin** : élargir l'étendue d'un travail en offrant les mêmes services que le médecin (le nouveau fournisseur est responsable/autonome);
3. **« supplémentation » du médecin** : augmenter l'étendue du travail d'un professionnel de la santé (p. ex. : IPS) en lui permettant de fournir des services supplémentaires qui complètent ou prolongent ceux fournis par le médecin.

Le choix des pratiques collaboratives est influencé par une diversité de facteurs d'ordre individuel, social, professionnel et organisationnel (voir l'[annexe F](#)) [Lovink *et al.*, 2019a; Lovink *et al.*, 2017]. La manière dont les facteurs individuels et contextuels influencent la répartition des tâches entre les professionnels ainsi que la qualité des soins de santé rendus aux personnes hébergées demeurent toutefois peu étayées [Lovink *et al.*, 2019a; Lovink *et al.*, 2017]. L'introduction des modèles de collaboration auprès des professionnels est notamment opérationnalisée en fonction des directives fournies par les gestionnaires et les instances gouvernementales [Lovink *et al.*, 2019b].

Dans le cadre de leurs travaux, Lovink et ses collaborateurs [2019b] ont dégagé trois thèmes afin de résumer les éléments qui contribuent à expliquer la variation dans la manière dont s'opérationnalise le chevauchement des compétences entre les médecins, les IPS, les adjoints au médecin et les infirmiers cliniciens :

1. facteurs relatifs à la variation dans l'utilisation du chevauchement des compétences;
2. facteurs relatifs à la variation dans l'organisation du chevauchement des compétences;
3. impact des variations observées.

La description des caractéristiques documentées pour chacun de ces facteurs est présentée dans l'[annexe G](#).

Quoique l'utilisation des trois formes de chevauchement des compétences (c'est-à-dire délégation, substitution et « supplémentation ») soit rapportée dans la pratique au sein de certains écrits [Bakerjian, 2008; Bedin, Droz-Mendelzweig et Chappuis, 2013; Rantz *et al.*, 2014, cités dans Lovink *et al.*, 2019b], seules la délégation et, plus particulièrement, la substitution sont ici détaillées à la lumière des articles recensés pour cet état des connaissances. Selon l'examen de la portée de Chavez [2018], le modèle de substitution est celui qui est principalement rapporté pour encadrer la pratique des IPS en milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

4.1.1.1 Délégation de tâches de la part des médecins

Quelques études permettent de dégager des éléments spécifiques à la délégation de tâches de la part des médecins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Le faible nombre d'écrits recensés portant précisément sur cette forme de chevauchement des compétences peut notamment s'expliquer par la nature des documents extraits, qui ne portaient pas spécifiquement sur les lois qui encadrent la pratique des professionnels de la santé exerçant dans ce type de milieu.

L'étude de Maier et Aiken [2016 citée dans Lovink *et al.*, 2017] à propos de la délégation (transfert) des tâches médicales aux infirmiers dans différents pays de même que celle de Lovink et ses collaborateurs [2019b] rapportent toutes deux qu'une diversité considérable est notée dans la façon dont celle-ci se déploie.

Aux Pays-Bas, les infirmiers cliniciens peuvent se voir déléguer certaines tâches médicales dites « réservées » lorsqu'ils détiennent les qualifications relatives à celles-ci et après avoir reçu des instructions de la part d'un médecin, d'un adjoint au médecin ou d'un IPS [Lovink *et al.*, 2019b].

Au Canada (en Ontario), dans le cadre d'une étude qualitative (ethnographique) réalisée en centres hospitaliers et en milieux d'hébergement et de soins de longue durée, il est rapporté que les médecins qui font preuve d'un leadership strict et dominant vis-à-vis des IPS entravent l'actualisation d'une prise de décision partagée. Dans ces situations, il est noté que le modèle de délégation des tâches est davantage susceptible d'être utilisé comme pratique de collaboration entre ces professionnels [Hurlock-Chorostecki *et al.*, 2015].

Enfin, des travaux de recherche cités dans un rapport récent de l'OCDE [2020] indiquent quelques inconvénients liés à la délégation de tâches médicales aux infirmiers techniciens (*licensed nurses*). Ceux-ci peuvent ressentir de la pression, notamment lorsqu'ils rencontrent des difficultés à joindre le médecin en cas de question urgente à propos d'une tâche déléguée. Ce sentiment de pression peut aussi s'expliquer par l'absence d'expérience suffisante ou de formation supplémentaire, quoique des responsabilités additionnelles leur soient confiées. La délégation de tâches peut donc entraîner un risque plus élevé d'épuisement professionnel [Edward *et al.*, 2018, cité dans OECD, 2020].

4.1.1.2 Substitution du médecin

Selon un examen de la portée sur la pratique des IPS dans les milieux d'hébergement dans certaines provinces canadiennes (c'est-à-dire Manitoba et Nouvelle-Écosse) et aux États-Unis, ceux qui occupent un rôle de substitution fonctionnent de manière autonome et dispensent les mêmes soins que les médecins qui travaillent seuls [Chavez *et al.*, 2018]. Généralement embauchés par un médecin ou un groupe de soins de santé, les IPS peuvent alors être mobilisés au sein de plusieurs milieux d'hébergement afin de fournir des soins intermittents, ou être employés à temps plein pour un milieu d'hébergement spécifique et fournir différents services, tels que l'évaluation directe du patient ou l'amorce d'un traitement, ainsi que participer à la coordination et la gestion des soins. Les études primaires analysées, qui ont comparé des milieux d'hébergement où un IPS est impliqué dans l'équipe de soins avec des établissements sans IPS, ont rapporté dans l'ensemble des résultats liés aux soins aux patients (p. ex. : indices de santé tels que le statut fonctionnel) ou aux finances (p. ex. : utilisation des services) meilleurs ou égaux, à l'exception du coût. L'implication d'IPS dans l'équipe de soins permettrait une réduction de l'utilisation de certains services [Chavez *et al.*, 2018].

Aux Pays-Bas, la substitution des médecins par les IPS et les adjoints au médecin est l'un des moyens utilisés pour faire face à la pénurie des *elderly care physicians* [Lovink *et al.*, 2019b]. L'introduction de ces professionnels dans les milieux d'hébergement et de soins

de longue durée évolue. Une grande variation est rapportée dans la façon dont la substitution est définie et s'articule dans la pratique [Lovink *et al.*, 2019a]. Cette forme de chevauchement des compétences est celle pour laquelle des facteurs d'influence sur les plans social (p. ex. : ressources humaines et financières), professionnel (p. ex. : formation, réglementation) et organisationnel (p. ex. : vision et valeurs) sont plus particulièrement documentés [Niezen et Mathijssen, 2014; Intrator *et al.*, 2015; Martin-Misener *et al.*, 2015; Lovink *et al.*, 2017; Lovink *et al.*, 2018, cités dans Lovink *et al.*, 2019b].

Dans le cadre d'une revue systématique sur les effets de la substitution des médecins par les IPS, les adjoints au médecin ou les infirmiers pour certains actes réalisés dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, Lovink et ses collaborateurs [2017] rapportent que les services rendus semblent atteindre des résultats (état de santé et capacité fonctionnelle) au moins aussi bons que lorsque les soins étaient dispensés exclusivement par des médecins [Lovink *et al.*, 2017].

Le [tableau 2](#) présente quelques-unes des caractéristiques mentionnées dans les écrits, qui agissent à titre de facilitateurs ou d'obstacles à l'échelle organisationnelle dans l'actualisation du modèle de substitution [Lovink *et al.*, 2019b; Lovink *et al.*, 2017].

Tableau 2 Facilitateurs et obstacles en lien avec l'utilisation du modèle de substitution

Facilitateurs	Obstacles
▪ Planification d'une période d'ajustement (ou d'adaptation) pour le professionnel (p. ex. : IPS) ▪ Attribution d'un emploi à temps plein dans le milieu d'hébergement au professionnel (p. ex. : IPS) ▪ Attributs du professionnel qui réalise les actes substitués : – être proactif, décisif, communicatif et responsable de sa propre unité; – détenir une expérience de travail dans des milieux de soins complexes et/ou aigus ▪ Lien de collaboration avec un seul <i>elderly care physician</i> basé sur la confiance ▪ Être soutenu par le(s) <i>elderly care physician(s)</i> et la direction de l'établissement pour travailler en tant que professionnel autonome ▪ Tenue de réunions structurées et ad hoc avec l'<i>elderly care physician</i> et échange de points de vue sur la bonne prise en charge des personnes hébergées ▪ Changements de pratique basés sur les meilleures données probantes disponibles	▪ Financement nécessaire pour l'embauche des IPS et des adjoints au médecin ▪ Rémunération moindre offerte aux professionnels (p. ex. : IPS) qui œuvrent en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, comparativement à ceux qui pratiquent en milieu hospitalier ▪ Difficultés dans le recrutement des IPS ainsi que connaissances limitées de leurs rôles et de la législation relative à leur pratique ▪ Rotation des IPS sur une base régulière (p. ex. : tous les trimestres) à travers les différents milieux d'hébergement ▪ Manque de compréhension des rôles de l'IPS, de l'adjoint au médecin ou de l'infirmier clinicien ▪ Réticence des médecins à partager la responsabilité des soins : – peur des fautes professionnelles; – crainte d'être tenus responsables des actes de l'IPS, de l'adjoint au médecin ou de l'infirmier clinicien; – peur de perdre leur identité professionnelle ou de devenir moins essentiels pour l'offre de soins de santé auprès de la population vieillissante

Aux Pays-Bas, l'étude de cas multiples de Lovink et ses collaborateurs [2019a] a détaillé différents mécanismes relatifs à l'utilisation d'un modèle de substitution des médecins par des IPS, des adjoints au médecin ou des infirmiers cliniciens. Certains professionnels (c'est-à-dire IPS et adjoint au médecin) travaillaient de manière entièrement autonome, tandis que d'autres (c'est-à-dire infirmiers cliniciens) œuvraient sous la supervision d'un *elderly care physician*. Bien que cette étude ne rapporte pas de modèle optimal, elle précise que les IPS et les adjoints au médecin sont capables d'offrir des soins de qualité similaire à ceux offerts par les *elderly care physicians*, à condition qu'une collaboration entre ces derniers et les professionnels qui les substituent soit préalablement établie.

Toujours aux Pays-Bas, un système de triage a été mis en place afin de soutenir la réorganisation et la priorisation des demandes de services dans les infrastructures régionales de soins de santé. Ce système a également pour objectif d'utiliser plus judicieusement les ressources médicales régionales limitées ainsi que les places disponibles en *nursing homes* [Van Pijkeren *et al.*, 2021]. Par ailleurs, il donne aux infirmiers et aux aides-infirmiers, qui offrent de l'assistance quotidienne aux résidents, un rôle central dans l'interprétation des demandes de soins et la prestation de ceux-ci [Greatbatch *et al.*, 2005; Johannessen, 2017, cités dans Van Pijkeren *et al.*, 2021]. Ces membres de l'équipe soignante ont pour mandat de collecter, catégoriser et prioriser les besoins en soins de santé de manière à (re)distribuer le travail et les responsabilités médicales entre les autres professionnels.

Quelques préoccupations ont toutefois été rapportées par les médecins au sujet du système de triage en milieu d'hébergement, telles que le fait de ne plus visiter régulièrement les résidents et de ne pas savoir si les aides-infirmiers possèdent les connaissances et les compétences médicales suffisantes pour signaler les problèmes médicaux (de manière à les présenter clairement à l'infirmier de triage) [Van Pijkeren *et al.*, 2021]. Ces préoccupations soulignent l'importance, pour les différents professionnels de la santé, d'utiliser un langage commun quant à ce qui est ou n'est pas un problème médical qui nécessite la présence d'un médecin afin d'optimiser l'utilisation du système de triage dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée.

4.1.2 Exemples (modèles ou programmes) de collaboration interprofessionnelle

Au Canada, dans le cadre d'une étude mixte au sein de différentes *nursing homes* [Martin-Misener *et al.*, 2015], les participants ont noté que les IPS nouvellement diplômés travaillent en étroite collaboration avec les médecins et qu'au fil de l'acquisition de leur expérience professionnelle, le temps de collaboration avec ceux-ci diminue et porte davantage sur des situations spécifiques. Alors que certains médecins et IPS disent collaborer sur une base ad hoc, d'autres le font à des moments préétablis, dans le cadre de rencontres en personne ou par téléphone. La collaboration y est décrite comme bidirectionnelle, les médecins pouvant également, à titre d'exemple, prendre l'initiative d'une consultation avec l'IPS au sujet d'un traitement de plaies complexe [Martin-Misener *et al.*, 2015].

Aux États-Unis, une étude rétrospective a comparé trois groupes de personnes hébergées (total de 433 résidents) [Abdallah *et al.*, 2015]. Les trois groupes se distinguaient ainsi : résidents uniquement pris en charge par un médecin, résidents principalement pris en charge par un IPS ou un adjoint au médecin (72 % des visites conjointes avec un IPS ou un adjoint au médecin et un médecin) et résidents essentiellement pris en charge par un médecin (27 % des visites conjointes avec un IPS ou un adjoint au médecin et un médecin). Aucune différence statistique n'est notée pour ce qui est de l'âge moyen des personnes hébergées (entre 86 et 88 ans) ainsi que pour leur genre et leur ethnicité. Selon les données analysées, la santé et l'état fonctionnel des personnes hébergées sont comparables dans les trois groupes. Une meilleure orientation spatio-temporelle de même qu'un meilleur niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne sont observés chez les résidents principalement pris en charge par les IPS et les adjoints au médecin, mais il n'est pas possible de statuer si ces améliorations s'expliquent par leur implication.

En Norvège, un programme de sécurité des résidents a été implanté entre 2011 et 2013 dans tout le pays, dans le cadre duquel des équipes interprofessionnelles composées d'un médecin, d'un infirmier et d'un pharmacien ont été mises en place afin de procéder à la révision des médicaments au sein de différents milieux de soins, dont les milieux d'hébergement [Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2011, cité dans Bell *et al.*, 2017]. Ce programme, basé sur le modèle de gestion intégrée des médicaments (modèle *Integrated Medicines Management*) [Andersen *et al.*, 2014, cité dans Bell *et al.*, 2017], comprend quatre étapes. Dans un premier temps, l'infirmier fait une recension des médicaments du résident et fait la demande des tests pertinents. Par la suite, ces informations sont transmises au pharmacien afin d'identifier les problèmes potentiels liés à la médication. Une discussion de cas entre le médecin, l'infirmier et le pharmacien s'ensuit pour convenir du meilleur programme. Finalement, les informations sont mises à jour dans le dossier du résident, et un suivi sur l'évolution de ce dernier est réalisé [Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2011, cité dans Bell *et al.*, 2017].

Lors de leur participation aux rencontres interprofessionnelles, à la fois les infirmiers et les pharmaciens ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances et compétences. Les infirmiers ont notamment appris à devenir plus critiques en ce qui concerne leurs routines de gestion des médicaments. De leur côté, les pharmaciens rapportent avoir passé d'un rôle de « contrôleur » des routines de gestion des médicaments à celui de partenaire de discussion pour que les personnes hébergées aient une pharmacothérapie appropriée. Ils ont toutefois constaté que les infirmiers avaient du mal à trouver le temps nécessaire pour leur faire part du travail effectué. Ils se sont alors parfois retrouvés à ne transmettre que des conseils généraux aux résidents. Par ailleurs, certains enjeux de communication et de pouvoir vis-à-vis du rôle du médecin ont été soulignés. Les pharmaciens ont perçu les désaccords survenus avec des médecins comme un levier qui a servi à optimiser la qualité de la pharmacothérapie choisie. Bien que les médecins aient parfois refusé certaines suggestions des pharmaciens à la lumière de leurs connaissances approfondies des dossiers de résidents, ils ont reconnu que ces rencontres les ont parfois amenés à revoir certains choix thérapeutiques. Pour leur part,

des infirmiers ont estimé que les questions des pharmaciens pouvaient faire écho à des questions qu'ils ont eux-mêmes précédemment soulevées auprès des médecins et qui n'étaient pas prises en compte lorsque partagées en dehors des rencontres interprofessionnelles. La forme et l'intensité de leur participation à celles-ci semblent différer en fonction de la présence (ou non) de médecins [Bell *et al.*, 2017].

Dans la revue systématique de Lee [2019] sur les services procurés par les pharmaciens en *nursing homes*, il est d'ailleurs rapporté que le taux d'acceptation des médecins quant aux recommandations émises par les pharmaciens varie entre 31 et 100 %, soit un taux moyen de 70 %. Il est rapporté que la stratification selon le plan d'étude, l'année et le type de service n'a pas réduit l'hétérogénéité calculée.

En Australie, il est rapporté que peu d'incitatifs existent actuellement pour soutenir la collaboration entre les IPS et les médecins qui œuvrent en *residential aged care facilities*. Une étude mixte a comparé un modèle collaboratif impliquant un médecin avec une équipe de professionnels (dont un IPS) et un modèle où le médecin pratiquait dans une *residential aged care facility*, en plus de ses responsabilités dans d'autres milieux de pratique [Meade *et al.*, 2016]. Dans le modèle collaboratif, les médecins participent à des visites auprès des personnes hébergées deux fois par semaine et effectuent des consultations aux trois semaines (ou davantage au besoin). Les responsabilités sont partagées entre les médecins et les IPS. Dans l'autre modèle, les médecins répondent seuls aux besoins des personnes hébergées (souvent en fin de journée) et font des consultations une fois par mois. Les médecins expriment avoir une meilleure satisfaction au travail grâce au mode collaboratif, avec les IPS qui structurent la charge de travail en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Dans l'étude de Meade [2016], les médecins étaient capables, avec l'aide d'IPS, de répondre aux besoins du milieu d'hébergement en plus de leur pratique régulière.

En résumé

Une variété de pratiques collaboratives sont décrites entre les médecins et les professionnels de la santé qui œuvrent dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée à travers les différents pays.

Trois principales formes de chevauchement des compétences sont décrites afin d'encadrer le partage des rôles et des responsabilités médicales avec différents professionnels de la santé (p. ex. : IPS, adjoint au médecin) : délégation, substitution et supplémentation.

Le niveau de responsabilités des médecins varie en fonction de la forme de chevauchement des compétences utilisée dans le milieu : en cas de délégation, le médecin demeure responsable des actes médicaux demandés au personnel infirmier, alors qu'en cas de substitution, c'est le professionnel (p. ex. : IPS) qui réalise l'acte médical substitué et qui en devient responsable.

Bien que l'utilisation des trois formes soit rapportée dans la pratique, la substitution est la plus documentée dans les écrits recensés.

Dans un contexte où la composition de plus en plus variée des équipes de professionnels responsables de la prestation des soins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (p. ex. : *care homes*) est rapportée dans différents pays [Lane *et al.*, 2020; Gordon, 2015], la définition des rôles et des responsabilités de chaque professionnel impliqué dans les équipes multidisciplinaires est susceptible de contribuer à clarifier les soins offerts aux résidents [Drummond *et al.*, 2012; Xyrichis *et al.*, 2008, cités dans Bell *et al.*, 2017]. Parmi les barrières documentées à la prestation de soins de santé efficaces en milieu d'hébergement et de soins de longue durée se trouvent d'ailleurs les ambiguïtés relatives aux rôles et responsabilités des professionnels qui administrent des soins [Gordon, 2015].

Dans les prochaines sections, la formation ainsi que les rôles et responsabilités pour chacun des professionnels de la santé suivants sont abordés : les médecins, les infirmiers (regroupant les infirmiers techniciens et les infirmiers cliniciens), les IPS et les adjoints au médecin ainsi que les pharmaciens, selon la disponibilité des informations recensées dans les différents pays.

4.2 Rôles et responsabilités des médecins

À travers les pays de l'OCDE, on constate que des médecins ayant différents profils de compétences peuvent travailler auprès des personnes qui résident dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Par exemple, au Canada, les médecins de famille jouent un rôle crucial dans l'offre de soins [CFPC et CSLTCM, 2021]. Aux États-Unis, le tiers des médecins qui pratiquent presque uniquement en *nursing homes* ou en *skilled nursing facilities* sont spécialisés en médecine interne, 27 % en médecine familiale et 7 % en gériatrie [Jung *et al.*, 2021]. En Europe, les soins médicaux sont dispensés notamment par des médecins de famille (*general practitioner*), des médecins-conseils (*medical officers*), des internistes ou des gériatres [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021; O'Neill *et al.*, 2020].

4.2.1 Formation requise

La British Geriatrics Society [BGS, 2021] souligne qu'au Royaume-Uni, aucun programme de formation en soins de première ligne, en médecine gériatrique, en psychiatrie gériatrique, en médecine interne ou en réadaptation ne couvre totalement l'éventail des compétences requises de la part d'un médecin qui travaille en *care homes*. En fait, les Pays-Bas semblent être le seul pays européen qui offre une formation médicale dédiée à la pratique en *nursing homes* [Fosse *et al.*, 2017; Koopmans *et al.*, 2017]. Dans un énoncé résumant ses principales recommandations en termes de normes à établir pour encadrer l'offre de soins et services dans les *nursing homes* en Europe, la EUGMS [O'Neill *et al.*, 2020] suggère d'exiger des médecins travaillant dans ce type de milieu qu'ils détiennent une expertise formelle en médecine gériatrique et en psychiatrie gériatrique. Le comité d'experts envisage différents modèles de formation pour les médecins, comme un programme d'études spécialisées pour devenir médecin

dans les milieux d'hébergement ou des certifications en supplément de la formation de base en médecine [O'Neill *et al.*, 2020].

Comme le soulignent Katz et ses collaborateurs [2017], aux États-Unis, la Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine a élaboré un curriculum de formation continue, divisé en cinq domaines, afin de bien préparer les médecins au travail dans les *nursing homes* : 1) fondements éthiques-communicationnels-professionnels, 2) processus en lien avec les soins et services médicaux, 3) système, 4) connaissances médicales et 5) développement professionnel [The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 2021]. Cette formation est reconnue via des crédits professionnels.

En France, du tutorat entre médecins est offert afin de faciliter l'intégration de médecins au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

Chavez et ses collaborateurs [2018] constatent toutefois un certain manque d'intérêt pour la gériatrie chez une proportion considérable de médecins en devenir aux États-Unis. En effet, les auteurs rapportent que de nombreux programmes de résidence en gériatrie n'arrivent pas à pourvoir les postes ouverts, et qu'un peu plus de la moitié des bourses d'études en gériatrie n'ont pas été attribuées en 2015 [Golden *et al.*, 2015, cité dans Chavez *et al.*, 2018]. Des études menées en Australie et aux États-Unis montrent également que les médecins nouvellement diplômés auraient moins tendance à travailler dans les *residential aged care facilities* et les *nursing homes* que leurs collègues plus âgés [Jung *et al.*, 2021; Pearson *et al.*, 2021].

La formation suivie par les médecins peut influencer leur désir de travailler dans les milieux d'hébergement. Afin de susciter leur intérêt, des incitatifs pourraient être mis en place pour que ceux-ci y effectuent des stages pendant leur formation [Ministère des Soins de longue durée, 2020]. Une étude menée en Australie auprès de médecins ayant terminé leur programme de formation dans les cinq années précédentes [Magin *et al.*, 2017] révèle que le fait d'avoir effectué des visites médicales dans une *nursing home*, dans le cadre de leur formation, est l'un des facteurs qui influencent positivement leur choix de travailler par la suite dans ce type de milieu. Magin et ses collaborateurs [2017] notent que chez ces médecins, d'autres caractéristiques, telles que le sexe, l'âge, le lieu des études, la grosseur du cabinet dans lequel le médecin travaille et le nombre d'années d'expérience cumulée dans son emploi actuel, n'entraînent toutefois pas d'effet statistiquement significatif sur le choix de travailler ou non dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée.

4.2.2 Rôles et responsabilités

Parmi les responsabilités des médecins en lien avec l'offre de soins et services aux personnes hébergées, on note tout d'abord l'évaluation médicale de celles-ci [CFPC et CSLTCM, 2021; Marrocco *et al.*, 2021; Kirsebom *et al.*, 2017]. En Suède, l'évaluation médicale des résidents est la principale responsabilité des médecins qui travaillent dans les *nursing homes*; il s'agit de la tâche qui occupe la plus grande partie de leur temps de travail [Kirsebom *et al.*, 2017]. En Suède, comme en Ontario, les évaluations médicales

sont généralement effectuées lors de l'admission d'un nouveau résident, lorsque son état de santé change ou à une fréquence régulière (p. ex. : une fois par an) pour assurer un suivi [Marrocco *et al.*, 2021; Kirsebom *et al.*, 2017]. Au Canada, les médecins sont aussi appelés à consulter des spécialistes pour les personnes hébergées dont les besoins sont plus complexes [CFPC et CSLTCM, 2021].

Au Canada et aux États-Unis, les médecins participent à l'élaboration du plan de soins des résidents [CFPC et CSLTCM, 2021; Ryskina *et al.*, 2021]. Selon une étude reposant sur l'analyse de banques de données américaines (*Minimum Data Set* et *Medicare*), les médecins qui travaillent principalement en *nursing homes* animent (ou participent) plus souvent les rencontres d'équipe dédiées aux plans de soins, comparativement à leurs collègues qui pratiquent moins fréquemment dans ce milieu [Ryskina *et al.*, 2021].

La prescription de médicaments aux résidents ainsi que la révision des médicaments prescrits font aussi partie des responsabilités des médecins qui travaillent dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée d'un grand nombre de pays de l'OCDE, comme la Norvège [Bell *et al.*, 2017], la Suède [Kirsebom *et al.*, 2017], l'Allemagne [Fleischmann *et al.*, 2016], le Japon [Hashimoto *et al.*, 2018] et la Corée du Sud [Kwak *et al.*, 2019]. En Norvège, depuis 2013, une loi exige que les médecins effectuent une révision de la médication, si nécessaire, pour les personnes qui doivent prendre quatre médicaments sous ordonnance ou plus [Bell *et al.*, 2017]. Compte tenu des besoins particuliers de la clientèle gériatrique au regard de la médication, des écrits soulèvent des préoccupations quant au niveau de connaissances requis par les médecins pour œuvrer dans ces milieux [Kwak *et al.*, 2019; Hashimoto *et al.*, 2018].

Dans plusieurs pays, comme le Canada [CFPC et CSLTCM, 2021], la Suède [Kirsebom *et al.*, 2017], la Norvège et les Pays-Bas [Fosse *et al.*, 2017], les médecins sont appelés à participer à l'offre de soins palliatifs aux résidents en fin de vie. La planification des directives médicales anticipées, en collaboration avec le résident concerné et ses proches, est aussi rapportée comme une des responsabilités des médecins de famille qui travaillent dans les *nursing homes* en Suède [Kirsebom *et al.*, 2017]. Selon la perspective de médecins suédois consultés, le fait de prendre le temps de bien planifier les directives médicales avec les personnes hébergées (et leurs proches) permet de réduire le nombre de transferts et de décès à l'hôpital, en plus de favoriser un sentiment de sécurité [Kirsebom *et al.*, 2017].

Les écrits consultés révèlent que dans certains pays de l'OCDE, comme le Canada [CFPC et CSLTCM, 2021], les États-Unis [Ryskina *et al.*, 2021], la Suède [Kirsebom *et al.*, 2017] et l'Allemagne [Fleischmann *et al.*, 2016], les rôles des médecins comportent également une dimension psychosociale. Le Collège des médecins de famille du Canada, en collaboration avec la Canadian Society for Long-Term Care Medicine [CFPC et CSLTCM, 2021], précise que les médecins participent bien souvent à la prise de décision concernant les enjeux de nature psychosociale qui touchent les personnes hébergées. Fleischmann et ses collaborateurs [2016] notent que plusieurs médecins qui travaillent en *nursing homes* en Allemagne considèrent que leur rôle ne se limite pas aux soins médicaux, mais qu'ils doivent s'intéresser aux résidents et discuter avec eux de leur vie, au-delà de leur état de santé.

Les médecins qui œuvrent dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée sont aussi fréquemment appelés à informer et consulter les proches des résidents [Parmar *et al.*, 2021; Wagner *et al.*, 2019; Kirsebom *et al.*, 2017]. Aux États-Unis, les médecins travaillant principalement en *nursing homes* rapportent plus souvent interagir avec les proches des résidents que ceux qui y exercent rarement [Ryskina *et al.*, 2021]. En Suède, les médecins communiquent avec les proches d'une personne hébergée entre autres pour les informer des récents changements dans l'état de santé de cette dernière, pour expliquer les différents types de soins et services qui peuvent être offerts (et ceux qui ne sont offerts qu'à l'hôpital ou dans un autre type d'établissement), pour planifier les directives médicales anticipées ou pour les informer lorsqu'un transfert à l'hôpital est envisagé [Kirsebom *et al.*, 2017]. Selon un sondage effectué auprès de 339 directeurs de soins infirmiers aux États-Unis, ceux-ci apprécient le fait que les médecins établissent des relations solides avec les proches des résidents et le personnel [Wagner *et al.*, 2019]. D'après des consultations effectuées auprès de proches de personnes hébergées [Parmar *et al.*, 2021], ceux-ci désirent que les médecins discutent avec eux du plan de soins et de la médication, et qu'ils les informent en cas de changements au regard de l'état de santé du résident ou des traitements qui lui sont offerts.

La participation des médecins à la coordination des soins avec certains partenaires du milieu d'hébergement et de soins de longue durée, comme les centres hospitaliers, fait également partie des responsabilités rapportées dans plusieurs pays, qui concourent à soutenir la continuité des soins. Par exemple, au Canada, les médecins sont responsables de prendre les décisions en lien avec l'hospitalisation des personnes hébergées [CFPC et CSLTCM, 2021]. En Suède, des médecins de famille recommandent que le médecin traitant responsable d'un résident transféré en milieu hospitalier assure le suivi médical de ce dernier durant son séjour à l'hôpital, ce qui contribuerait de façon positive à la continuité des soins offerts [Kirsebom *et al.*, 2017].

Finalement, dans certains pays, les médecins qui travaillent dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée peuvent également participer au processus de formation et de perfectionnement des professionnels de l'équipe de soins. Les activités peuvent, par exemple, être de la formation informelle ou de la sensibilisation sur des thèmes tels que la bientraitance [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021; Fleischmann *et al.*, 2016].

En résumé

Quelques groupes d'experts recommandent que les médecins appelés à travailler en milieu d'hébergement et de soins de longue durée reçoivent une formation spécifique qui les prépare à œuvrer auprès de ce type de clientèle. Peu de pays, à l'exception des Pays-Bas et des États-Unis, ont toutefois mis sur pied un tel programme.

Parmi les responsabilités des médecins les plus fréquemment rapportées dans la littérature, on note : effectuer les évaluations médicales des personnes hébergées, dicter certaines interventions à visée diagnostique, participer à l'élaboration du plan de soins des résidents, consulter des spécialistes dans les cas plus complexes, prescrire ou réviser les médicaments prescrits aux personnes hébergées et prendre part (en collaboration avec le résident et ses proches) à la planification des directives médicales anticipées et à l'offre de soins palliatifs.

Les médecins sont également appelés à coordonner l'offre de services avec les partenaires du milieu d'hébergement (p. ex. : centres hospitaliers), ainsi qu'à contribuer au perfectionnement des autres professionnels de l'équipe.

Par ailleurs, le rôle des médecins comporte également une dimension psychosociale, puisqu'ils sont encouragés à discuter avec les personnes hébergées de leur vie au-delà de leur état de santé, à participer à la prise de décision concernant les enjeux psychosociaux qui les touchent, ainsi qu'à informer et consulter leurs proches.

4.3 Rôles et responsabilités des infirmiers

Dans cette section de l'état des connaissances, le titre professionnel « infirmier » peut faire référence aux infirmiers cliniciens, aux infirmiers techniciens ainsi qu'aux infirmiers auxiliaires. Selon les écrits recensés, il n'a pas été possible de préciser systématiquement les corps de professionnels infirmiers impliqués lorsque ceux-ci sont abordés de manière générale. Pour les résultats qui portent spécifiquement sur un de ces types d'infirmiers (p. ex. : infirmier clinicien), ceux-ci sont alors spécifiés à cette fin.

4.3.1 Formation requise

Peu d'informations ont été repérées sur la formation requise ou les activités de perfectionnement prévues pour les membres de la profession infirmière (autres que les IPS), qui respectent les critères d'inclusion et d'exclusion de cet état des connaissances. Toutefois, O'Neill et ses collaborateurs [2020] ont recommandé entre autres que les soins médicaux offerts en *nursing homes* soient soutenus par des infirmiers avec une formation gériatrique, qui porte notamment sur les troubles neurocognitifs majeurs et

les soins palliatifs. Ils recommandent également que les préposés aux bénéficiaires aient une formation sur les soins aux personnes âgées.

En Europe, il est rapporté que tous les infirmiers cliniciens qui œuvrent en *nursing homes* reçoivent une formation complémentaire en gériatrie. À titre indicatif, dans le contexte du cadre européen des certifications (CEC; *European Reference Framework*), les infirmiers cliniciens ont un CEC de niveau 4, 5 ou 6, alors que les IPS et les adjoints au médecin ont un CEC de niveau 7 [Lovink *et al.*, 2019b].

4.3.2 Rôles et responsabilités

En France, les infirmiers diplômés d'État sont responsables des soins de nature curative, préventive et palliative dans les EHPAD [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021]. Les infirmiers dits « coordonnateurs », qui possèdent une formation équivalente à un baccalauréat ou une maîtrise, travaillent avec un médecin coordonnateur [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021]. Ces derniers n'ont pas de diplôme spécifique à la gériatrie, mais ont plusieurs années d'expérience. Ils agissent à titre d'interface entre les personnes hébergées, leurs proches et l'équipe de soins; ils veillent à la bonne circulation de l'information et à la continuité des soins. Dans le cadre de la prescription d'antibiotiques, le rôle des infirmiers est limité à l'administration de ceux-ci (la prescription est la responsabilité exclusive du médecin). Cependant, en raison de la présence ponctuelle des médecins dans les *nursing homes*, il est rapporté que les membres du personnel infirmier sont souvent les premiers à détecter toute anomalie dans l'état de santé d'un résident et à la rapporter au médecin concerné [Chaaban *et al.*, 2019].

Au Royaume-Uni, le titre *named nurses* est utilisé. Bien qu'il n'y ait pas de lignes directrices mentionnées au sujet des soins offerts par ceux-ci en milieu d'hébergement et de soins de longue durée dans les écrits recensés [Mitchell et Strain, 2015], certaines données permettent de mieux cerner leur rôle dans ce contexte de soins. En tant que principal responsable des soins attribué à une personne hébergée, de son admission à l'hôpital à sa sortie, le *named nurse* a pour responsabilités d'assurer la continuité et la coordination des soins ainsi que de planifier et convenir des interventions infirmières à réaliser, afin de répondre aux besoins identifiés. À titre de professionnel connaissant le plus la personne hébergée et son plan de soins, il doit s'assurer que cette dernière reçoive les informations nécessaires sur les évaluations, les traitements et les soins généraux en cours. En d'autres mots, il agit comme un point de contact entre la personne hébergée, ses proches et les autres professionnels de la santé.

L'utilisation du modèle de soins impliquant des *named nurses* est associée à des effets positifs sur le plan des résultats cliniques pour la personne hébergée ainsi que sur la satisfaction du personnel et leur autonomie professionnelle. Parmi les bénéfices rapportés, une plus grande contribution des infirmiers à l'examen médical des résidents, une diminution de la charge de travail et de la rotation du personnel [Butler *et al.*, 2011; Aalto *et al.*, 2009, cités dans Mitchell et Strain, 2015] ainsi qu'une augmentation du travail collaboratif et du niveau de confiance entre les acteurs concernés [Duffield *et al.*, 2010; Pearson *et al.*, 2006, cités dans Mitchell et Strain, 2015] sont mentionnées.

En Irlande du Nord, des normes minimales au sujet de la pratique professionnelle des *named nurses* en *nursing homes* sont rapportées [Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPSNI), 2008, cité dans Mitchell et Strain, 2015]. Dans le cadre de cette organisation des soins, la *named nurse* est généralement responsable d'environ six résidents.

Aux Pays-Bas, les soins fournis aux résidents en *nursing homes* sont entre autres offerts par des infirmiers auxiliaires (*certified nurse assistants*) et des infirmiers cliniciens [Backhaus *et al.*, 2018, cité dans Lovink *et al.*, 2019b].

En Allemagne, les infirmiers et les aides-infirmiers (*nurse aids*) travaillent dans les *nursing homes*. Les infirmiers sont autonomes dans la prestation des soins de base quotidiens, mais toute intervention médicale doit être prescrite par un médecin [Müller *et al.*, 2018; Fleischmann *et al.*, 2017]. La profession d'IPS n'existe pas dans ce pays [Müller *et al.*, 2018]. Puisqu'il y a peu de médecins embauchés par les milieux d'hébergement et présents sur les lieux, les infirmiers jouent un rôle central dans la collecte des informations nécessaires à la prise de décision clinique [Fleischmann *et al.*, 2017].

Une étude qualitative [Fleischmann *et al.*, 2017] menée auprès d'infirmiers travaillant dans des *nursing homes* allemandes montre que ces derniers se perçoivent comme le centre de l'information concernant les personnes hébergées. Les infirmiers considèrent en effet jouer un rôle de défenseur des intérêts (*advocacy*) des personnes hébergées. Avec le consentement des résidents, ils jugent essentiel d'être présents et impliqués lors des visites du médecin, car ils estiment mieux connaître leur situation et leurs besoins. Leur implication lors de ces visites leur permet aussi de demeurer à jour quant à l'évolution de l'état de santé des personnes hébergées, d'ajuster rapidement le plan de soins infirmier et de planifier les tâches ultérieures. Cette pratique augmente également leur sentiment de confiance en leurs connaissances et capacités d'agir, jugées importantes afin de bien intervenir advenant une détérioration rapide de l'état de santé d'un résident. Ils rapportent toutefois avoir moins de temps pour effectuer leurs tâches quotidiennes.

En Suède, les infirmiers cliniciens travaillent principalement en semaine, durant le jour. Il est rapporté que certaines *nursing homes* ont des infirmiers cliniciens qui œuvrent le soir, la nuit et le week-end. Ils sont alors les seuls professionnels présents dans le milieu d'hébergement qui soient responsables des médicaments. Typiquement, les infirmiers de garde sont chargés d'effectuer des visites d'urgence dans les milieux d'hébergement auxquels ils sont attitrés : chaque infirmier est responsable de plusieurs installations [Kirsebom *et al.*, 2017]. Selon les perspectives des médecins (*general practitioners*) qui œuvrent dans ces milieux [Kirsebom *et al.*, 2017], les infirmiers cliniciens occupent un rôle clé dans les soins offerts aux résidents. Dans le cadre de leur pratique quotidienne, ces derniers sont décrits comme étant au cœur de l'identification des situations qui nécessitent une évaluation médicale.

Aux Pays-Bas, il est rapporté que les infirmiers cliniciens en *nursing homes* accomplissent les tâches de soins infirmiers telles que définies dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. Sur une base occasionnelle, ils peuvent effectuer certaines tâches professionnelles (p. ex. : en lien avec l'évaluation des personnes hébergées) habituellement réalisées par les médecins, étant donné qu'elles vont au-delà de procédures réservées [Laurant *et al.*, 2018; Bedin *et al.*, 2013, cités dans Lovink *et al.*, 2019b].

En résumé

Dans le cadre de la description des rôles et responsabilités des infirmiers (dont les infirmiers cliniciens), l'accent est placé sur le lien de proximité entretenu avec les résidents des milieux d'hébergement et de soins de longue durée.

Les infirmiers sont considérés comme étant au cœur de l'identification des situations qui nécessitent une évaluation médicale.

Les rôles et les responsabilités des différents membres du personnel infirmier (p. ex. : infirmiers techniciens, infirmiers cliniciens) sont toutefois peu étayés et distingués les uns par rapport aux autres.

4.4 Rôles et responsabilités des infirmiers praticiens spécialisés et des adjoints au médecin

4.4.1 Formation requise

Il est rapporté que le rôle d'IPS est mis en œuvre (ou en cours d'implantation) dans 27 des 39 pays étudiés (c'est-à-dire 35 pays d'Europe, Canada, États-Unis, Australie et Nouvelle-Zélande) [Maier et Aiken, 2016, cité dans Chavez *et al.*, 2018]. Cependant, les exigences de formation et de certification professionnelles varient considérablement d'un pays à l'autre [Maier et Aiken, 2016; Pulcini *et al.*, 2010, cités dans Chavez *et al.*, 2018]. Ces différences, couplées à la variabilité des modes de fonctionnement des systèmes de santé, de la gouvernance et des cultures professionnelles, posent d'importants défis dans l'implantation du rôle d'IPS [Franks, 2014; Rigolosi et Salmond, 2014; ter Maten-Speksnijder *et al.*, 2014; DiCenso *et al.*, 2010a,b; Bryant-Lukosius *et al.*, 2004 cités dans Chavez *et al.*, 2018].

Dans différents pays, tels que le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, les IPS sont décrits comme ceux qui occupent un rôle d'infirmier en pratique avancée [Hamric *et al.*, 2014, cité dans Chavez *et al.*, 2018]. Ils détiennent une formation qui nécessite un diplôme de maîtrise dans la plupart des pays [Chavez *et al.*, 2018]. L'enseignement se concentre sur le développement de connaissances et de compétences en physiopathologie, en pharmacologie et en évaluation physique avancée de pointe.

Aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, les IPS peuvent, moyennant une formation supplémentaire, détenir des responsabilités en lien avec la prescription d'antibiotiques [Chaaban *et al.*, 2019].

Plusieurs études recensées par Chavez et ses collaborateurs [2018] soulignent l'importance de développer des compétences variées chez les IPS. Ceux qui œuvrent au sein d'un modèle de substitution sont appelés à fournir une évaluation avancée de l'état de santé du résident et à ajuster le plan thérapeutique. Selon ces mêmes auteurs [2018], les IPS ont notamment pour tâches d'administrer et de coordonner les soins, de mettre en œuvre des pratiques de prévention et d'éducation ainsi que de plaider en faveur des besoins des résidents, de leurs proches et du personnel.

Au Canada, le rôle d'adjoint au médecin est encadré par une formation accréditée donnée par l'entremise de trois programmes au sein d'établissements d'enseignement, à l'échelle nationale. Une fois le programme terminé, le candidat doit réussir un examen de certification afin de devenir un *Canadian certified physician assistant* [CAPA, 2009].

Aux Pays-Bas, les IPS et les adjoints au médecin ont une formation de niveau maîtrise, et leur titre est protégé par la loi [Lovink *et al.*, 2019b]. Depuis 2012, ces deux types de professionnels (c'est-à-dire IPS et adjoint au médecin) sont autorisés à effectuer de manière indépendante certaines des interventions initialement « réservées » aux médecins (p. ex. : faire des injections) [Freund *et al.*, 2015, cité dans Lovink *et al.*, 2019b].

4.4.2 Rôles et responsabilités

Au Canada et aux États-Unis, la pratique des IPS est encadrée dans chaque province/État [Gardner *et al.*, 2012, cité dans Martin-Misener *et al.*, 2015] au sein de différents modèles de répartition des tâches avec les médecins. D'un système de santé à l'autre, diverses ressemblances et différences sont observées au regard de l'étendue des rôles et responsabilités des IPS, notamment en ce qui concerne la prescription de tests diagnostiques ou laboratoires de même que le degré d'autonomie pour poser certains diagnostics et prescrire différents médicaments [Donald *et al.*, 2010, cité dans Martin-Misener *et al.*, 2015].

Dans le cadre de leur examen de la portée, Chavez et ses collaborateurs [2018] ont recensé dix études qui comparent les *nursing homes (geriatric long-term care)* dont les équipes de soins comprennent ou non un IPS. Bien que la qualité des études retenues soit considérée comme faible, quelques résultats s'en dégagent.

- Les IPS qui exercent en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ont généralement un champ d'exercice plus large par rapport à d'autres milieux de soins, tels que les soins aigus.
- En ce qui concerne les interventions, la majorité des études – lesquelles présentent un modèle de substitution – décrivent un emploi à temps plein ou le mandat d'effectuer une rotation entre plusieurs installations qui fournissent des soins intermittents et continus couvrant un large éventail de besoins.

- En milieu d'hébergement, les IPS actualisent différents rôles et responsabilités dans le cadre de diverses pratiques collaboratives. En effet, il est rapporté qu'ils peuvent effectuer une évaluation avancée en situation aiguë ou chronique et adapter, selon le cas, certains plans thérapeutiques, tout comme participer à la coordination et à l'encadrement des soins auprès des patients et de leurs proches [Chavez *et al.*, 2018].

Au Canada, dans le cadre d'une entente entre les IPS et les médecins les plus présents en *nursing homes* [Lacny *et al.*, 2016; Martin-Misener *et al.*, 2015], il a été convenu que les responsabilités des IPS incluent d'offrir des soins primaires afin de répondre à des besoins spécifiques de certains résidents (p. ex. : soutien en fin de vie, constat de décès) [Martin-Misener *et al.*, 2015]. Leurs responsabilités peuvent impliquer d'effectuer l'évaluation complète de la personne lors de son admission, de demander et d'interpréter des tests de dépistage ou des tests diagnostiques, de diagnostiquer et de traiter des maladies (incluant la prescription de médicaments) [Lacny *et al.*, 2016; Martin-Misener *et al.*, 2015]. Ils peuvent également effectuer des interventions comme des points de suture, le nettoyage des conduits auditifs et le débridement de plaies [Martin-Misener *et al.*, 2015]. Les IPS participent aux rencontres interdisciplinaires et communiquent de façon continue avec les résidents et leurs proches [Lacny *et al.*, 2016; Martin-Misener *et al.*, 2015]. Au sein de ce modèle collaboratif, ils ont soit des périodes d'échanges avec le médecin uniquement au besoin ou à des moments prédéterminés [Martin-Misener *et al.*, 2015]. La méthode choisie dépend en partie de l'expérience de l'IPS. Le duo peut animer conjointement des tournées hebdomadaires [Lacny *et al.*, 2016]. L'analyse comparative coût-efficacité réalisée au Canada, examinant le modèle de soins avec uniquement un médecin de famille et le modèle avec un IPS et un médecin de famille, suggère un bénéfice du modèle avec un IPS [Lacny *et al.*, 2016]. Cependant, cette supposition devrait être confirmée par la tenue d'études longitudinales.

Au sein de la province de l'Ontario, il est rapporté que seulement 60 à 70 IPS œuvrent dans le secteur des soins de longue durée. À 0,6 %, le ratio actuel de personnel infirmier praticien (dont les IPS), par rapport aux résidents des foyers de soins de longue durée, est considéré comme insuffisant [Marrocco *et al.*, 2021]. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommandent que le ratio soit fixé à au moins un IPS à temps plein pour 120 personnes hébergées – une recommandation appuyée par une commission d'enquête menée en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 [Marrocco *et al.*, 2021]. Ce rapport récent mentionne également les rôles et responsabilités suivants pour les IPS : assurer la formation et l'encadrement du personnel infirmier, offrir du soutien direct aux personnes hébergées, communiquer avec les proches de celles-ci et veiller à la gestion clinique [Marrocco *et al.*, 2021]. Ils participent également aux soins palliatifs, aux soins de fin de vie et aux soins liés à l'aide médicale à mourir.

Au Canada, on rapporte que le modèle de substitution est mis à l'essai dans la pratique de certains IPS [Optum Inc., 2013; Roland *et al.*, 2006 cités dans Chavez *et al.*, 2018]. Au Nouveau-Brunswick, l'étude de cas de Cole [2017] décrit la présence d'un IPS à temps plein en tant que chef de la direction d'une *long-term care facility* de 190 lits. Les résidents bénéficient de soins abordables, 24 heures sur 24, qui sont fournis par du personnel qui leur est devenu familier. Dans l'ensemble, les bénéfices en lien avec la présence d'un IPS à temps plein qui interagit avec les autres professionnels, sont :

- accès amélioré et intégré à la prise en charge médicale globale;
- gestion complète des maladies chroniques et des soins palliatifs, et intervention rapide pour les maladies épisodiques aiguës;
- occasions de dialogue, d'éducation et d'établissement de relations continues avec les résidents et leurs proches;
- continuité des soins avec un suivi clinique quotidien « à domicile » (c'est-à-dire dans le milieu d'hébergement et de soins de longue durée) par l'IPS, des visites médicales programmées et une collaboration interprofessionnelle efficace;
- réciprocité du partenariat entre l'IPS et le médecin dans les suivis réalisés auprès des résidents.

Aux États-Unis, bien que les modèles de collaboration soient utilisés de façon variable [Katz *et al.*, 2021], il est rapporté que les IPS œuvrent principalement au sein d'un modèle de soins substitutif en *nursing homes*. Dans certains États, ils ont un large éventail de pratiques, tandis que dans d'autres, leurs rôles sont davantage restreints. La répartition optimale du travail entre le médecin, l'IPS et l'adjoint au médecin demeure inconnue [Katz *et al.*, 2021]. Une autre étude fait également référence à un modèle dans lequel le médecin, l'IPS et l'infirmier travaillent en collaboration dans le cadre de la révision des soins offerts aux résidents, afin de prévenir l'apparition de conditions pouvant mener à des hospitalisations évitables [Unroe *et al.*, 2015].

Au Royaume-Uni, une pratique spécifique de collaboration est décrite par l'entremise d'un programme intitulé « programme de soins améliorés » [Cook *et al.*, 2017]. En place depuis quelques années, il vise à offrir des soins de santé selon une approche systémique, grâce à un travail multidisciplinaire et multisectoriel [Cook *et al.*, 2017]. Il est rapporté qu'au sein de cette pratique de collaboration, l'IPS (*older people nurse specialist*) joue un rôle important dans la prestation de soins en soutenant le partage des connaissances entre les différents services, secteurs et agences. Parmi les éléments évoqués à titre d'enjeux en lien avec la prestation de soins et la durabilité de celle-ci au sein de ce modèle, Cook et ses collaborateurs [2017] nomment les difficultés à mettre en œuvre une formation standardisée, les problèmes logistiques relatifs au développement, au maintien et à l'évaluation des compétences nécessaires des professionnels ainsi que le statut contractuel des membres du personnel. Quelques caractéristiques relatives au mode de fonctionnement du programme de soins améliorés sont aussi rapportées :

- le médecin de famille de liaison de chaque milieu effectue des visites hebdomadaires pour évaluer les résidents;

- chaque milieu a un IPS (*older people nurse specialist*) désigné, qui y fait une visite deux ou trois fois par semaine (ce qui inclut sa participation à la révision hebdomadaire dirigée par le médecin de famille);
- le médecin de famille et l'IPS (*older people nurse specialist*) ont un accès direct à des services de spécialistes et de consultants, au besoin;
- des rencontres régulières sont réalisées entre le personnel du milieu d'hébergement, le médecin de famille et l'IPS (*older people nurse specialist*) :
 - ces dernières sont perçues comme un moyen efficace pour partager leurs connaissances respectives, en vue d'améliorer la qualité de la prise de décision et de la résolution de problèmes, de procéder à un examen continu des besoins complexes de certains résidents et d'évaluer l'efficacité du plan de soins;
 - d'autres professionnels sont intégrés dans ce groupe au cas par cas.

Au Royaume-Uni, l'utilisation du modèle de substitution dans la pratique des IPS est également mise à l'essai [Optum Inc., 2013; Roland *et al.*, 2006 cités dans Chavez *et al.*, 2018]. Une étude mixte a documenté la démarche d'IPS menée au sein de deux « cliniques » hebdomadaires pour la gestion des maladies chroniques en *residential care homes* [Neylon, 2015]. Dans le cadre de ces « cliniques », les tâches des IPS consistaient notamment à réaliser un examen annuel de la gestion des maladies chroniques avec les résidents, entre autres en ce qui a trait à leur compréhension de leur diagnostic et de leur médication. Il est mentionné que les interventions des IPS pourraient contribuer à améliorer la gestion des maladies chroniques de même que la collaboration entre l'IPS, le médecin et le milieu d'hébergement.

En Suisse, les IPS font parfois les visites en *nursing homes* en collaboration avec les médecins. Il leur arrive aussi de se substituer aux médecins dans ce rôle [Josi et Bianchi, 2019].

En Australie et en Nouvelle-Zélande, l'encadrement des IPS en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est d'ordre national [Gardner *et al.*, 2012, cité dans Martin-Misener *et al.*, 2015]. Une étude mixte réalisée en Australie mentionne plusieurs responsabilités assumées par les IPS en *residential aged care facilities* : gérer la transmission de l'information entre le médecin et le milieu d'hébergement, orienter le médecin, faciliter la continuité des soins lors de l'implication de plusieurs médecins, effectuer des tâches administratives, trier les nouveaux besoins cliniques, organiser les équipes de soins lors de nouvelles admissions ainsi que l'offre de soins au moment opportun et enfin, assurer le lien avec les proches des résidents [Meade *et al.*, 2016].

Plusieurs exemples d'initiatives de collaboration entre infirmiers, IPS et médecins mises en place dans les milieux d'hébergement, dans le but de réduire le nombre d'hospitalisations évitables, sont documentés dans la littérature. Aux États-Unis, un projet a été mis sur pied dans 19 *nursing facilities* hébergeant 4 035 résidents [Unroe *et al.*, 2015]. Ce projet a impliqué une révision collaborative des soins auprès d'infirmiers (1 équivalent temps complet [ÉTC] qui travaille 5 jours par semaine, par *nursing facility*),

d'IPS (7 ÉTC qui travaillent du lundi au vendredi de 10 h à 18 h, et de 8 h à 12 h la fin de semaine ayant chacun la responsabilité de 3 ou 4 milieux d'hébergement) et de médecins, cela afin de prévenir que les résidents développent des conditions pouvant mener à des hospitalisations évitables.

En Australie, une équipe mobile a été ajoutée pour offrir un soutien supplémentaire aux équipes de soins dans 10 *aged care facilities* (privées ou publiques) totalisant 773 lits. Cette équipe est composée de 2 IPS (qui travaillent de jour du lundi au vendredi) et de 2,5 infirmiers avec plusieurs années d'expérience clinique (dont un sur appel en dehors des heures normales de travail) [Dwyer *et al.*, 2017]. Les équipes des *residential aged care facilities* contactent directement ce service mobile lorsque : 1) le médecin est en vacances; 2) un résident a besoin de soins palliatifs; 3) le personnel a besoin d'une réponse de l'ordre des soins infirmiers; 4) les proches d'un résident demandent une réponse de la part d'un IPS. Quoique la gouvernance médicale fût assurée par le médecin, l'IPS faisait la liaison entre le résident et le médecin en communiquant les évaluations, les diagnostics, les plans de soins et les traitements en cours. Si le médecin n'était pas disponible lors d'une situation urgente (ou sur recommandation médicale), l'IPS faisait le lien entre le résident et l'urgence hospitalière. Selon cette étude, l'équipe mobile a offert des soins à 240 personnes hébergées annuellement, en plus d'offrir de la formation continue aux équipes.

Aux Pays-Bas, les soins de nature médicale qui sont offerts aux résidents en *nursing homes* peuvent aussi être fournis par d'autres professionnels que les médecins, tels que les IPS et les adjoints au médecin [Lovink *et al.*, 2019a]. Il y aurait environ 1 IPS pour chaque *elderly care physician* [Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan, 2016, cité dans Lovink *et al.*, 2019a]. Bien qu'il soit inconnu, le nombre d'infirmiers cliniciens qui œuvrent dans ces milieux pour soutenir les *elderly care physicians* est rapporté comme étant faible [Lovink *et al.*, 2019b].

En Australie, il est rapporté que les IPS peuvent toutefois contribuer à l'offre de soins en substituant notamment certaines responsabilités généralement attribuées aux médecins. L'association médicale australienne a écrit une prise de position en 2006 faisant la promotion de ce modèle de substitution [Reed, 2015].

En résumé

Initialement présents dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée aux États-Unis, les infirmiers praticiens spécialisés (IPS) se retrouvent maintenant de plus en plus dans ce type de milieux dans d'autres pays, tels que le Canada, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Australie.

Les IPS participent à l'offre de soins dans le cadre de différentes pratiques collaboratives, particulièrement au sein d'un modèle de substitution.

L'étendue des rôles et responsabilités des IPS vis-à-vis des tâches médicales varient considérablement d'un pays/État à un autre.

4.5 Rôles et responsabilités des pharmaciens

4.5.1 Formation requise

Aux États-Unis, les pharmaciens qui exercent en *nursing homes* doivent avoir le statut de « consultant ». Il est rapporté qu'il n'y a pas d'exigences de formation supplémentaires qui soient reconnues à l'échelle nationale, au-delà de la norme de formation (c'est-à-dire doctorat en pharmacie). La Société américaine des pharmaciens consultants offre la possibilité d'obtenir une certification en pharmacie gériatrique. Celle-ci demeure néanmoins officiellement non requise à ce jour pour utiliser le titre de pharmacien consultant en milieu d'hébergement [Wright *et al.*, 2020].

En Suisse, dans le cadre de l'étude des déterminants à considérer afin de promouvoir le processus de « déprescription », les pharmaciens ont exprimé le souhait de peaufiner leur rôle en tant qu'expert en pharmacologie ainsi que de communiquer ouvertement avec les professionnels de la santé et les résidents, et ce, afin d'améliorer la mise en œuvre des démarches à cet égard [Foley *et al.*, 2020].

Dans la recension de Wright et ses collaborateurs [2020], qui détaille différents contextes de soins à l'échelle internationale (p. ex. : américain, australien, britannique, canadien, belge et néerlandais), une zone floue est décrite en ce qui concerne les responsabilités attribuées aux pharmaciens en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Celle-ci est expliquée notamment par différents éléments d'ordre éducatif, tels que l'absence d'exigences nationales en termes de formation supplémentaire ainsi qu'un manque de description de la formation menant au titre de pharmacien pour la pratique en milieu d'hébergement [Wright *et al.*, 2020].

4.5.2 Rôles et responsabilités

Le rôle des pharmaciens en milieu d'hébergement et de soins de longue durée a fait l'objet de deux revues systématiques, parmi les articles recensés [Wright *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2019]. La recension de Lee et ses collaborateurs [2019], qui inclut diverses études en contextes nord-américain, européen et australien, regroupe les services procurés par les pharmaciens en *nursing homes* en trois catégories.

- **Examen clinique (révision) des médicaments** : Décrit comme une activité professionnelle centrale dans plus d'une trentaine d'études, il permet d'aborder notamment le bilan comparatif (mise à jour) des médicaments (particulièrement les psychoactifs et les antipsychotiques), les interactions médicamenteuses spécifiques (p. ex. : surveillance des doses) et les problèmes relatifs à la polypharmacie.
- **Formation (et soutien) du personnel** : Diverses activités de formation (p. ex. : groupe éducatif/interactif) sont décrites dans certaines des études recensées et ont pour objectif d'améliorer les connaissances des professionnels sur la gestion des médicaments (p. ex. : utilisation des antipsychotiques, gestion de la douleur) [Wright *et al.*, 2020].

- **Rencontre d'équipe multidisciplinaire** : Cette réunion, qui regroupe un médecin, un pharmacien et d'autres professionnels de la santé, a été répertoriée dans près d'une vingtaine d'études recensées. Habituellement tenue entre deux et douze semaines après la révision de la médication d'un résident, elle vise à optimiser le plan de pharmacothérapie de ce dernier.

Au Royaume-Uni, l'étude mixte d'Inch [2019] au sujet de la faisabilité d'un processus de prescription mené par un pharmacien prescripteur indépendant (rôle à l'étude), en *care homes*, présente d'ailleurs des thèmes similaires à ceux abordés par Lee [2019]. À ceux-ci s'ajoute notamment celui de la communication avec les acteurs impliqués au sein des milieux d'hébergement et de soins de longue durée, des cabinets de pratique médicale et des pharmacies communautaires.

La présence de modèles de soins qui attribuent des rôles et responsabilités aux pharmaciens en milieu d'hébergement est rapportée dans bon nombre de contextes de soins à l'échelle internationale (p. ex. : américain, australien, britannique, canadien, belge et néerlandais). Toutefois, le niveau de preuve au regard des rôles et responsabilités à promouvoir auprès des pharmaciens demeure globalement faible [Wright *et al.*, 2020].

Au Canada, dans la province de l'Ontario, une commission sur la sécurité en *long-term care homes* rappelle les responsabilités professionnelles en lien avec la gestion de la médication selon le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [Gillese, 2019] :

- le médecin prescrit la médication aux personnes hébergées et révisé leur plan de soins en fonction de ses connaissances et compétences médicales ainsi que selon la situation clinique de chaque résident;
- le pharmacien prépare la médication pour les personnes hébergées selon les prescriptions du médecin (ou d'autres professionnels autorisés), ainsi qu'en fonction de ses connaissances du résident et des médicaments prescrits;
- l'infirmier assure le lien entre le médecin et le pharmacien par rapport à la gestion de la médication de chaque résident et collabore avec l'équipe soignante pour assurer un processus sécuritaire de gestion de la médication.

Aux États-Unis, il est rapporté que les pharmaciens ne sont pas responsables de la prescription et dépendent du médecin qui œuvre dans la *nursing home* pour la mise en œuvre des changements de médication recommandés [Wright *et al.*, 2020]. Leur implication dans l'optimisation de la médication en milieu d'hébergement est déterminée par des lois [Gonçalves *et al.*, 2021]. En effet, les réglementations fédérales exigent que le traitement médicamenteux de chaque résident d'une *nursing facility* soit exempt de médicaments inutiles et qu'un pharmacien consultant effectue un examen de la médication de toutes les personnes hébergées (p. ex. : dans le cadre du programme *Medication Therapy Management*), au moins une fois par mois [Kane-Gill *et al.*, 2016], de manière que leur traitement soit intégré [Gooen, 2017]. Le pharmacien doit rapporter toute irrégularité au médecin traitant, au directeur médical et au directeur des soins infirmiers de l'établissement. Ce dernier doit avoir des politiques et procédures en lien avec cette révision mensuelle [Madison, 2018]. Selon deux études réalisées en Caroline du Nord,

le programme *Medication Therapy Management* permet une réduction d'environ 20 \$ (US) par personne hébergée, par mois [Gonçalves *et al.*, 2021].

Un essai contrôlé randomisé a été réalisé au sein de quatre *nursing facilities aux États-Unis* (moyenne de 141 lits; étendue [50-179]) afin de documenter l'appréciation (performance et importance) des médecins au regard du suivi offert par des pharmaciens consultants, par l'entremise d'un système de gestion visant à soutenir la surveillance des événements indésirables liés aux médicaments. L'étude rapporte une meilleure appréciation, statistiquement significative, des médecins vis-à-vis des services offerts par les pharmaciens consultants impliqués [Kane-Gill *et al.*, 2016]. À la suite de la réception, via le système de gestion, d'une alerte d'évènement indésirable lié aux médicaments, les pharmaciens consultants avaient pour tâches d'évaluer la situation du résident et de fournir des recommandations au médecin traitant quant à la prise en charge de l'évènement. Tout au long de l'étude de neuf mois, en plus des examens du régime médicamenteux de 30 jours mandatés par le gouvernement fédéral, les pharmaciens consultants ont fourni des recommandations structurées aux médecins, au sujet notamment de la fréquence, de la capacité de prévention et de l'impact (clinique et financier) des événements indésirables liés aux médicaments en milieu d'hébergement.

En Suisse, des services offerts par des pharmaciens et financés par des fonds publics (assurance maladie) sont obligatoires dans toutes les *nursing homes* de certains cantons [Foley *et al.*, 2020]. Ces services, basés sur une collaboration interprofessionnelle entre les pharmaciens, les médecins et les infirmiers, consistent en une analyse annuelle des médicaments consommés par les personnes hébergées, afin d'appliquer les bonnes pratiques de prescription et d'assurer une gestion sécuritaire des médicaments. Contrairement aux médecins et aux infirmiers, qui sont en contact régulier avec les personnes de ces milieux, les pharmaciens y sont décrits comme des intervenants qui approvisionnent en médicaments et soutiennent les professionnels sur place. Dans divers écrits, il est rapporté que les services intégrés offerts par les pharmaciens contribuent à réduire les coûts en médicaments au sein des milieux d'hébergement [Locca *et al.*, 2009, cité dans Foley *et al.*, 2020] et à diminuer l'utilisation des antibiotiques [Pluss-Suard *et al.*, 2020, cité dans Foley *et al.*, 2020].

En France, l'étude de D'Elbée [2017] permet de préciser l'offre de soins des pharmaciens à travers trois « missions de coopération » : 1) mission de pharmacien accompagnant (c'est-à-dire réalisation d'entretiens pharmaceutiques et participation aux programmes d'éducation thérapeutique des patients); 2) mission de pharmacien référent et 3) mission de pharmacien correspondant (dans le cadre de protocoles de coopération avec des médecins qui prévoient les circonstances dans lesquelles un ajustement de posologie et un renouvellement de prescription réalisés par un pharmacien doivent être approuvés au préalable par la Haute Autorité de Santé). Parmi ces missions, celle de pharmacien référent concerne particulièrement les EHPAD qui ne disposent pas de pharmacie à « usage intérieur ». La principale activité d'une majorité de pharmaciens (77 %) participant à l'étude consiste en la préparation et l'approvisionnement des doses de médicaments pour les résidents des EHPAD. Quoique les directives au sujet des

activités du pharmacien référent soient peu décrites, quelques éléments permettent de préciser sa pratique.

- La fréquence des contacts (téléphoniques ou sur place) entre pharmaciens référents et professionnels qui pratiquent en EHPAD est à 85 % hebdomadaire et à 15 % mensuelle.
- Les principales actions des pharmaciens référents sont la préparation des doses à administrer (79 %) et les rencontres avec le médecin coordonnateur (60 %).
- Il existe un nombre restreint de professionnels qui remplissent la mission de pharmacien référent en raison du fait qu'une même pharmacie peut desservir plusieurs EHPAD. Cependant, l'implication dans cette fonction semble plus fréquente lorsque la pharmacie compte davantage de pharmaciens.
- Les pharmaciens travaillant en région rurale exercent plus souvent une telle fonction (26 %), en collaboration avec les EHPAD, en raison de la moindre concurrence entre les pharmacies.

Dans le même ordre d'idées, Weber et ses collaborateurs [2015] ont documenté les risques liés à la prise en charge médicamenteuse au sein des EHPAD conventionnés avec des pharmacies. Leur analyse des risques par sous-groupes d'établissements indique une meilleure maîtrise de ceux-ci lorsque la préparation des doses à administrer est effectuée par un pharmacien plutôt que par le personnel de l'EHPAD. Parmi les éléments problématiques soulevés se trouvent le manque d'implication des médecins traitants, le manque de formation du personnel sur les événements indésirables liés aux médicaments, le manque de formalisation des conditions de prise en charge des résidents en lien avec la médication ainsi que l'hétérogénéité des pratiques en établissements d'hébergement en termes de préparation des médicaments.

En Angleterre, la Royal Pharmaceutical Society [2016] a publié des recommandations sur la pratique des pharmaciens en *care homes*. Ceux-ci devraient notamment :

- être responsable, en collaboration avec un médecin, de la médication (et de son utilisation) dans chaque milieu d'hébergement afin d'assurer des normes de soins de qualité, coordonnées et cohérentes;
- s'assurer d'avoir les compétences nécessaires pour intervenir auprès de certains résidents (p. ex. : trouble neurocognitif majeur);
- mettre en place un programme régulier de révision de la médication et de formation du personnel, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de soins.

Cet organisme considère également que les pharmaciens devraient avoir accès aux dossiers médicaux (avec le consentement des personnes hébergées), faire partie des équipes multidisciplinaires et être impliqués dans différentes tâches (p. ex. : évaluation des risques de chutes, prestation de conseils relatifs aux directives médicales anticipées pour les soins de fin de vie).

Au Royaume-Uni, les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2014, cité dans Lane *et al.*, 2020] recommandent le recours à une perspective holistique dans la gestion des médicaments en *care homes*. Plusieurs enjeux à cet égard dans les milieux d'hébergement sont documentés, tels que les erreurs de médication, de prescription, de surveillance et d'administration [Aldred *et al.*, 2009; Barber *et al.*, 2009 cités dans Inch *et al.*, 2019]. Dans l'étude de Lane [2020], un nouveau rôle de « pharmacien prescripteur indépendant » est décrit. Des changements récents dans la législation britannique permettent à des pharmaciens dûment formés (p. ex. : pharmaciens prescripteurs indépendants) d'assumer le rôle central lié à la prescription dans chacune des *care homes* [Department of Health, 2006, cité dans Inch *et al.*, 2019], en collaboration avec les médecins. Ces pharmaciens prescripteurs indépendants partagent, avec les médecins (*general practitioners*), la responsabilité globale des médicaments et de leur utilisation au sein des milieux d'hébergement auxquels ils sont attitrés. Ils peuvent prescrire de manière indépendante des médicaments et procéder aux changements nécessaires lors d'une révision de médication (plutôt que de *recommander* des changements à un prescripteur médical) [Department of Health, 2006, cité dans Lane *et al.*, 2020].

L'ensemble des participants de l'étude d'Inch [2019] sur la faisabilité d'un processus de prescription mené par un pharmacien prescripteur indépendant en *care homes* ont d'ailleurs exprimé des opinions positives sur leur expérience du service de consultation sur place, notamment en ce qui concerne l'amélioration des soins, de la sécurité et de la qualité de vie des personnes hébergées. Un gain de temps pour le personnel est notamment rapporté quant à la vitesse à laquelle les changements de médicaments et de prescriptions sont mis en œuvre pour les affections aiguës. Le degré de familiarité moins élevé des pharmaciens prescripteurs indépendants avec les résidents du milieu d'hébergement a toutefois suscité des préoccupations quant à leur implication.

L'étude de Lane et ses collaborateurs [2020] aborde quelques perspectives de différents groupes d'intervenants (p. ex. : médecins [*general practitioners*], pharmaciens et autres professionnels) sur l'acceptabilité et la viabilité du rôle de pharmacien prescripteur indépendant en *care homes*. Les intervenants interrogés accueillent positivement ce nouveau rôle. Ils y voient la possibilité d'améliorer l'accès à des connaissances à jour sur les interactions médicamenteuses et les lignes directrices pharmaceutiques, ainsi que de relever les défis du suivi et du traitement des maladies chroniques, pour lesquelles les révisions de médication et la gestion des effets secondaires sont complexes [Lane *et al.*, 2020]. Au regard de l'introduction potentielle de la fonction de pharmacien prescripteur indépendant, le besoin de clarifier les rôles et responsabilités du pharmacien (p. ex. : acquisition de connaissances en médecine gériatrique et sur les personnes hébergées), de même que de préciser son intégration en milieu d'hébergement en tant que membre à part entière de l'équipe de professionnels sont nommés [Lane *et al.*, 2020].

Divers résultats de recherche, notamment en provenance du Canada et du Royaume-Uni, donnent à croire que les pharmaciens prescripteurs indépendants sont en mesure de prescrire en toute sécurité et que leur service est bénéfique pour les patients

(p. ex. : observance du traitement, satisfaction des patients, qualité de vie) [Weeks *et al.*, 2016, cité dans Wright *et al.*, 2020]. Le modèle souhaité du pharmacien qui assume l'entière responsabilité des activités liées aux médicaments dans les milieux d'hébergement apparaît similaire à celui utilisé aux États-Unis, c'est-à-dire dans un contexte où le professionnel fait partie intégrante de l'équipe du milieu, où il élabore, met en œuvre et surveille des plans de soins pharmaceutiques individualisés [Wright *et al.*, 2020].

En Australie, l'implication des pharmaciens dans l'optimisation de la médication en milieu d'hébergement est aussi régulée par des lois (comme aux États-Unis) [Gonçalves *et al.*, 2021]. Le programme *Residential Medication Management Review* constitue un service offert par des pharmaciens aux personnes hébergées, en collaboration avec le médecin de celles-ci. Une évaluation complète est réalisée pour identifier, résoudre et prévenir des problèmes liés à la médication [Department of Health, 2012]. Selon une étude pilote menée en Australie [McDerby *et al.*, 2020], les tâches les plus fréquemment effectuées par un pharmacien dédié à une *residential aged care facility* (104 lits), à raison de 15 heures par semaine, sont les suivantes : opinion pharmaceutique, amélioration de la qualité (p. ex. : audit) et examen complet de la médication. Dans cette étude, il est rapporté que le fait d'avoir un pharmacien sur place a limité les délais d'administration lors de modifications dans la médication prescrite. Selon une autre étude clinique non randomisée réalisée en Australie, l'introduction d'un pharmacien dédié dans une *residential care home* (0,4 ÉTC, soit 2 jours consécutifs par semaine pour 74 résidents) a permis de réduire de 24 % à 0 % les changements inappropriés dans la posologie des médicaments [McDerby *et al.*, 2019]. Cette réduction significative a engendré un gain de temps lors de l'administration des médicaments aux personnes hébergées (passant de 4,8 minutes à 3,2 minutes par résident). En extrapolant, c'est une réduction potentielle de plus de 20 heures par semaine consacrées à l'administration des médicaments.

Plusieurs organisations européennes et internationales valorisent le rôle des pharmaciens en tant que partie intégrante des soins de santé en milieu d'hébergement et de soins de longue durée [Silva *et al.*, 2015]. Toutefois, l'étude de Silva [2015], réalisée au Portugal au sein de six *nursing homes*, rapporte qu'aucun de ces établissements n'avait de collaboration établie avec des pharmaciens. Dans la plupart des cas, le responsable de l'acquisition des médicaments était l'institution elle-même.

Au Japon, les *special nursing homes for the elderly* n'ont pas de pharmaciens dans leur équipe de soins régulière. Un sondage mené par le Japan Pharmaceutical Association révèle que seulement 6 % des résidences avaient, en 2017, accès à un pharmacien travaillant dans la communauté, qui venait les visiter de façon régulière pour assumer la gestion des médicaments sous ordonnance [Japan Pharmaceutical Association, 2017, cité dans Hashimoto *et al.*, 2018]. Les infirmiers de l'équipe de soins des *special nursing homes for the elderly* sont généralement les principaux responsables de la gestion des médicaments au quotidien, alors que les *care workers* (un poste similaire à celui des préposés aux bénéficiaires) se chargent d'administrer les médicaments aux résidents [Hashimoto *et al.*, 2018]. Hashimoto et ses collaborateurs soulignent que, dans bien des cas, les membres de l'équipe de soins travaillant dans ces milieux d'hébergement ont

des connaissances limitées en matière de médicaments, ce qui peut mener à des erreurs lors de leur administration.

Une étude menée auprès de professionnels (médecins, infirmiers et travailleurs sociaux) travaillant dans des *long-term care facilities* en Corée du Sud [Kwak *et al.*, 2019] rapporte des résultats similaires. Deux études indiquent que lorsque les pharmaciens sont intégrés à l'équipe de soins des *special nursing homes for the elderly*, ils peuvent exercer toute une série de rôles, dont ceux d'examiner les dossiers des personnes hébergées, de confirmer la condition de celles dont l'état de santé a changé depuis la dernière visite, d'assurer un suivi et ajuster les médicaments prescrits, d'effectuer des consultations (p. ex. : conseils aux résidents), ainsi que de former les membres du personnel de l'équipe de soins, tels que les infirmiers et les *care workers* [Kwak *et al.*, 2019; Hashimoto *et al.*, 2018]. Les participants de l'étude de Kwak et ses collaborateurs [2019] sont d'avis que l'équipe de soins gagnerait à ce que les pharmaciens jouent un rôle d'éducation et de conseil, afin de s'assurer que le personnel (médecins, infirmiers, etc.) comprend bien les instructions quant au dosage et à l'administration des médicaments prescrits. Les auteurs soulignent d'ailleurs que d'autres études [Hwang *et al.*, 2015; Kim *et al.*, 2015] rapportent une fréquence élevée d'erreurs dans l'administration des médicaments aux résidents de *long-term care facilities* en Corée du Sud.

Selon une étude observationnelle rétrospective menée dans trois *special nursing homes for the elderly* au Japon [Hashimoto *et al.*, 2018], les visites d'un pharmacien communautaire ont entraîné plusieurs effets positifs, tels que :

- amélioration du contenu des prescriptions (types de médicaments prescrits, dosage, etc.);
- meilleure adhésion des personnes hébergées à leur plan de traitement;
- meilleure application des indications relatives à l'administration des médicaments prescrits aux personnes hébergées;
- amélioration des connaissances du personnel quant aux médicaments prescrits;
- amélioration du contrôle des fonctions urinaires et fécales chez les résidents;
- amélioration de la qualité du sommeil des personnes hébergées.

Les auteurs expliquent ces résultats par le fait qu'en se rendant sur place, les pharmaciens communautaires peuvent cerner plus précisément les besoins des personnes hébergées et ajuster leurs médicaments, si requis, ainsi que discuter avec le personnel soignant.

En résumé

Un nombre important d'écrits pointent vers l'implication régulière du pharmacien en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Différentes pratiques collaboratives sont rapportées dans la littérature : certains pharmaciens œuvrent sous la responsabilité complète d'un médecin, alors que d'autres sont autonomes pour réaliser les démarches de prescription.

En contexte de collaboration interprofessionnelle, l'examen clinique (révision) des médicaments figure parmi les principales responsabilités attribuées aux pharmaciens en milieu d'hébergement. Divers rôles et responsabilités en lien avec l'éducation et le soutien aux autres professionnels de la santé, pour les questions d'ordre pharmacologique, sont également décrits.

Compte tenu de l'émergence des rôles et des responsabilités des pharmaciens en milieu d'hébergement, différentes directives et formations visant à encadrer et perfectionner leurs compétences dans ce type de milieu sont rapportées à travers les pays.

4.6 Collaboration interprofessionnelle : facilitateurs et obstacles

Quelques études soulignent des caractéristiques qui facilitent ou font obstacle à la collaboration interprofessionnelle en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. En Suisse, dans le cadre de l'étude des déterminants relatifs à la promotion du processus collaboratif de « déprescription », des infirmiers nomment le souci de garder une bonne relation avec les personnes hébergées, afin que cette démarche constitue d'abord et avant tout un projet thérapeutique. Ils signalent aussi des préoccupations en lien avec la difficulté d'appliquer des recommandations de médecins qui rendent visite aux résidents dans les *nursing homes* sur une base occasionnelle [Foley *et al.*, 2020]. En Allemagne, il est également rapporté que la collaboration interprofessionnelle apparaît utile aux infirmiers, dans la mesure où ils considèrent leurs interactions avec le médecin de famille comme bénéfiques pour les personnes hébergées [Müller *et al.*, 2018].

Outre ces exemples, les caractéristiques qui agissent à titre de facilitateurs ou d'obstacles au sujet de la collaboration interprofessionnelle, sont ici regroupées, à l'échelle individuelle (c'est-à-dire celles concernant les professionnels eux-mêmes dans le cadre de leur pratique respective) et à l'échelle organisationnelle (c'est-à-dire celles liées aux contextes de soins, dont le milieu d'hébergement, responsable de la planification et de l'encadrement de l'exercice des pratiques professionnelles).

4.6.1 Facilitateurs et obstacles relatifs à la collaboration interprofessionnelle (échelle individuelle)

Les médecins, particulièrement lorsqu'ils ne sont pas présents dans la *nursing home* au quotidien, dépendent en partie des connaissances des infirmiers au sujet des résidents pour prendre des décisions quant aux soins médicaux à leur prodiguer lors de leurs visites [Kirsebom *et al.*, 2017; Fleischmann *et al.*, 2016]. La dynamique de travail avec les infirmiers est d'ailleurs fréquemment rapportée par les médecins comme un facteur facilitant ou un obstacle (selon le cas) à leur pratique professionnelle. Par exemple, en Suède, des médecins soulignent qu'il est important pour eux que les infirmiers avec qui ils collaborent aient confiance en eux. Lors des discussions avec les infirmiers, les médecins traitants souhaitent qu'ils soient à l'aise de poser des questions, de soulever des enjeux problématiques et d'identifier les personnes hébergées qui devraient bénéficier d'une évaluation médicale [Kirsebom *et al.*, 2017].

En Allemagne, les perspectives des médecins et des infirmiers à propos des facteurs influençant leur travail collaboratif en *nursing homes* ont été plus spécifiquement documentées [Fleischmann *et al.*, 2017; Fleischmann *et al.*, 2016]. D'une part, les médecins interviewés ont nommé plusieurs facteurs qui influent sur leur sentiment de productivité lors de leurs visites, dont les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmiers avec qui ils interagissent. Les médecins consultés rapportent préférer collaborer avec les infirmiers qui :

- ont de l'expérience de travail en contexte hospitalier (ce qui n'est pas commun pour les IPS en gériatrie de ce pays);
- exercent un rôle de gestion (p. ex. : infirmier en chef) au sein de la résidence;
- ont un haut niveau de qualifications et occupent un poste permanent;
- connaissent bien les personnes hébergées et qui peuvent donc, en cas de besoin, parler pour celles qui ont des difficultés cognitives ou langagières.

Les médecins considèrent comme important que les infirmiers soient aimables, bien préparés et disponibles pour les accompagner lors des visites, qu'ils respectent l'horaire prévu et qu'ils soumettent la documentation nécessaire à la visite préalablement à celle-ci [Fleischmann *et al.*, 2016]. Le point de vue des médecins de famille, rapporté dans l'étude qualitative multicentrique sur la communication et la collaboration interprofessionnelles, va dans le même sens [Müller *et al.*, 2018].

D'autre part, les infirmiers consultés ont souligné que le développement d'une relation de confiance et de coopération étroite avec le médecin est un facilitateur important [Fleischmann *et al.*, 2017]. Ils souhaitent que leurs connaissances à propos des personnes hébergées ainsi que leur jugement clinique soient reconnus et valorisés par le médecin. À l'instar des médecins, les infirmiers souhaitent que ces derniers partagent également à l'avance avec eux les horaires de leurs visites (idéalement à heure fixe), annoncent leur présence lorsqu'ils arrivent à la *nursing home* et prennent le temps de les consulter avant de débiter leurs visites des résidents.

De leur côté, les médecins voient ces préférences des infirmiers comme réduisant la flexibilité. Cela dit, les deux parties croient que les personnes hébergées bénéficient des horaires et des procédures de visite standardisés [Fleischmann *et al.*, 2017]. Une évaluation divergente des symptômes, des instructions de thérapie peu claires ou un comportement stressé du médecin de famille ont été perçus comme des facteurs nuisant à l'établissement d'une bonne communication et d'une bonne collaboration interprofessionnelles, du point de vue des infirmiers interrogés [Müller *et al.*, 2018].

En France, à partir d'une démarche de recherche ethnographique, Chaaban et ses collaborateurs [2019] ont mis en lumière certaines caractéristiques relatives au processus décisionnel qui s'opère entre les médecins et le personnel infirmier dans le cadre de la prescription d'antibiotiques. Il est d'ailleurs rapporté que les médecins ont de plus en plus confiance en l'évaluation effectuée par le personnel infirmier pour la prescription d'antibiotiques. Trois énoncés résument les caractéristiques et enjeux relatifs au rôle du personnel infirmier en collaboration avec le corps médical à cet égard [Chaaban *et al.*, 2019].

- La proximité est tout d'abord importante, car la présence systématique du personnel infirmier lors des visites des médecins permet d'informer adéquatement ceux-ci au sujet des particularités de chaque résident.
- Le manque de connaissances théoriques du personnel infirmier sur l'utilisation adéquate des antibiotiques limite sa participation au processus décisionnel entourant leur prescription.
- Un éventail de compétences techniques ainsi que de capacités de raisonnement et de communication sont nécessaires au soutien et au perfectionnement de la participation du personnel infirmier dans cette tâche clinique.

Dans l'objectif de réduire la prescription de médicaments, la capacité de former des infirmiers plus indépendants vis-à-vis des médecins et de les impliquer davantage dans l'émission de recommandations au sujet d'approches non pharmacologiques sont également des exemples de déterminants rapportés à considérer [Foley *et al.*, 2020].

En ce qui a trait au rôle des IPS, différentes caractéristiques contribuant à l'implantation réussie de leur pratique dans les *nursing homes* sont rapportées [Lovink *et al.*, 2017], telles qu'avoir un esprit pionnier, la capacité à travailler de manière autonome, une soif de connaissances ainsi que la volonté de façonner sa propre pratique [Klaasen *et al.*, 2009, cité dans Lovink *et al.*, 2017].

En contexte de soins de fin de vie, des médecins néerlandais et norvégiens interrogés sur les facteurs qui peuvent influencer négativement leur capacité à offrir des soins palliatifs de qualité nomment un niveau d'expertise limité à cet égard, une surcharge de travail ou un désintérêt personnel pour les soins de fin de vie [Fosse *et al.*, 2017]. Afin d'améliorer ces soins et de mieux les encadrer, ces médecins suggèrent d'offrir de la formation aux médecins (et aux autres professionnels) qui travaillent en *nursing homes*, d'élaborer des protocoles d'évaluation de la douleur et des symptômes ainsi que d'établir des lignes directrices [Fosse *et al.*, 2017].

Parmi les éléments transversaux rapportés dans la revue systématique de Wright [2020] visant à optimiser l'offre de services pharmacologiques en *care homes*, l'importance de détenir de bonnes habiletés de collaboration interprofessionnelle de même que de comprendre les rôles de chacun est précisée en ce qui concerne les pharmaciens et les autres membres des équipes multidisciplinaires. Enfin, les habiletés de leadership et de mentorat du directeur médical sont également soulignées comme étant importantes afin de contribuer à l'implantation réussie du rôle des IPS en *nursing homes* [Lovink *et al.*, 2017].

4.6.2 Facilitateurs et obstacles relatifs à la collaboration interprofessionnelle (échelle organisationnelle)

La littérature analysée met également en lumière le fait que les médecins éprouvent souvent de la difficulté à répondre au moment opportun à des demandes provenant de milieux d'hébergement, par manque de temps [Dwyer *et al.*, 2017; Meade *et al.*, 2016]. En Suisse, dans le cadre de l'étude des facteurs à considérer afin de promouvoir le processus de « déprescription », le temps limité que les médecins peuvent consacrer aux patients de même qu'aux autres professionnels de la santé impliqués (p. ex. : médecins spécialistes) est nommé comme un obstacle [Foley *et al.*, 2020].

En Allemagne, les médecins considèrent qu'il est important de résoudre les problèmes associés à la mise en œuvre inadéquate des instructions, au manque de flux d'informations et à la rotation élevée du personnel. Le système de quarts de travail des infirmiers, qui augmente le nombre de personnes avec qui les médecins interagissent et complexifie le partage d'information, est également nommé comme facteur nuisant à leur productivité [Fleischmann *et al.*, 2016].

Par ailleurs, en Suède, les médecins qui œuvrent en *nursing homes* ont rapporté des enjeux relatifs à la pratique des infirmiers, tels que le ratio infirmier/personnes hébergées, considéré comme trop faible par certains médecins et qui entraîne une détérioration de la planification des soins, ainsi que des enjeux liés à la mise à jour des dossiers. Différents problèmes de recrutement, de roulement ou de pénurie de main-d'œuvre infirmière, qui affectent la qualité des soins médicaux et la sécurité des résidents, sont également nommés. Les infirmiers cliniciens, qui proviennent par exemple d'une agence de placement, rencontrent des défis supplémentaires du fait qu'ils ne connaissent pas les personnes hébergées. Le besoin de standardiser le nombre d'infirmiers autorisés par rapport à celui des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est aussi mentionné [Kirsebom *et al.*, 2017].

Tant les médecins allemands consultés par Fleischmann [2016] que ceux de Suède interviewés par Kirsebom [2017] voient la stabilité du personnel infirmier comme un facteur facilitant le travail des médecins auprès des personnes hébergées, afin de soutenir la continuité des soins. De leur côté, les infirmiers rapportent se sentir parfois limités dans leurs responsabilités, en raison des règlements et des lois qui encadrent leur pratique professionnelle [Fleischmann *et al.*, 2017]. Du côté des pharmaciens, l'absence de directives qui précisent les implications juridiques de la mission du pharmacien réfèrent de même que le manque de connaissances, de rémunération et de temps

appropriés sont nommés dans l'étude de D'Elbée [2017] comme facteurs agissant à titre d'obstacles dans l'actualisation de ce rôle en EHPAD. Les médecins mentionnent comme facteur nuisant à leur sentiment de productivité le fait que la structure organisationnelle diffère d'un établissement d'hébergement à l'autre. Parmi les éléments transversaux rapportés dans la revue systématique de Wright [2020], visant à optimiser l'offre de services pharmacologiques en *care homes*, l'importance de comprendre la culture organisationnelle de chaque milieu est également précisée en ce qui concerne l'ensemble des membres des équipes multidisciplinaires.

Des enjeux d'accès au matériel médical, aux laboratoires et à l'imagerie médicale sont également mentionnés dans la littérature [Collins *et al.*, 2020; Kirsebom *et al.*, 2017]. Des médecins de famille ayant participé à l'étude de Kirsebom [2017], en Suède, considèrent les éléments suivants comme des obstacles à leur travail et à la qualité des soins qu'ils offrent aux résidents : la difficulté de se procurer des médicaments en dehors des heures d'ouverture des pharmacies, l'impossibilité d'obtenir les résultats de tests sanguins la fin de semaine, le manque de certains types de matériel médical (p. ex. : matériel nécessaire aux thérapies intraveineuses ou à l'oxygénothérapie), ainsi que l'efficacité limitée des systèmes informatiques où sont consignés les dossiers médicaux des personnes hébergées. Ces types d'enjeux pourraient être résolus par une collaboration étroite entre les milieux d'hébergement et les partenaires (p. ex. : *Nurse Led Outreach Team, Emergency Medical Services*) [Collins *et al.*, 2020], ou par l'ajout de personnel qualifié et d'équipements [Kirsebom *et al.*, 2017]. Diverses suggestions de la part des infirmiers sont rapportées à cet égard, telles qu'un plus grand partage des responsabilités vis-à-vis de la médication, une meilleure articulation des systèmes de documentation entre les *nursing homes* et les cabinets de médecins de famille ainsi qu'une meilleure réactivité des médecins de famille dans les situations aiguës. Enfin, les infirmiers sont d'avis que la présence à la fois d'un médecin et d'un pharmacien en milieu d'hébergement soutiendrait leur offre de soins aux résidents [Müller *et al.*, 2018].

Afin de tendre vers une meilleure communication et une meilleure collaboration interprofessionnelles, diverses améliorations organisationnelles sont suggérées, telles qu'une meilleure coordination avant de contacter le médecin de famille, la présence d'une personne de contact transversale ou encore une liaison des systèmes de données pour les dossiers médicaux des personnes hébergées, l'établissement d'une culture d'ouverture pour la résolution de problèmes, une meilleure connaissance des services clés ainsi que la tenue de réunions d'équipe [Müller *et al.*, 2018]. Dans le même ordre d'idées, il est souligné qu'une réorganisation des modes de travail permettant aux pharmaciens d'avoir accès aux dossiers des résidents, préalablement aux rencontres, serait souhaitable [Bell *et al.*, 2017].

Différentes initiatives qui peuvent contribuer à l'attraction de médecins et à l'amélioration continue de la pratique médicale en milieu d'hébergement sont mentionnées dans la littérature. Aux États-Unis, un outil de mesure spécifique aux *nursing homes* a été élaboré pour évaluer la communication des médecins et leur reddition de comptes [Lima *et al.*, 2015]. Des indicateurs de qualité décrivent plusieurs responsabilités typiques au *primary care provider* [Wagner *et al.*, 2019]. En Ontario, un outil Web interactif, sous

forme de rapport, permet aux médecins d'avoir un regard critique sur les prescriptions effectuées. Pour ce faire, les médecins peuvent comparer leur pratique avec la moyenne d'autres médecins de leur région ou à travers la province [HQO, 2021].

En résumé

Différents facteurs à l'échelle individuelle (p. ex. : sentiment de pouvoir compter sur les compétences et connaissances des professionnels) et à l'échelle organisationnelle (p. ex. : stabilité de l'équipe de soins, variabilité des structures organisationnelles d'un établissement à l'autre) sont décrits comme ayant une influence sur la collaboration interprofessionnelle, particulièrement du point de vue des médecins.

À la lumière des diverses pratiques collaboratives décrites dans les écrits recensés entre les médecins, les infirmiers, les IPS et les pharmaciens, la répartition optimale du travail entre certains professionnels (p. ex. : entre le médecin et l'IPS) demeure toutefois peu étayée.

5 IMPLICATION DES MÉDECINS SUR LE PLAN DE LA GESTION

Le terme « cogestion » fait référence à un leadership partagé à l'intérieur d'un tandem de gestionnaires qui vise à concilier la pratique médicale et un engagement sur le plan administratif [Joron, 2014]. En concordance avec la notion de responsabilité populationnelle, le médecin a des responsabilités à l'égard des individus, mais également un engagement et un leadership dans l'organisation des soins et services [Fortin, 2020]. Les responsabilités que le gestionnaire médical peut partager avec le gestionnaire clinico-administratif comprennent : gestion des interfaces avec les partenaires externes, dont les trajectoires; planification budgétaire; mécanismes de collaboration interdisciplinaire; tenue d'activités d'assurance de la qualité et formation pour l'ensemble du personnel.

Malheureusement, peu d'information relative à l'implication des médecins dans la cogestion des milieux d'hébergement et de soins de longue durée a été répertoriée par l'entremise de notre stratégie de recherche documentaire. Seuls 11 des 106 documents consultés dans le cadre de cet état des connaissances traitent de ce sujet. La majorité des informations qui suivent concernent les responsabilités du médecin en tant que gestionnaire médical (p. ex. : supervision du travail des autres médecins, évaluation de la qualité des soins offerts).

5.1 Implication générale des médecins dans la gestion

À la suite de la survenue de la pandémie de la COVID-19, plusieurs groupes d'experts se sont prononcés en faveur de l'implication d'un médecin dans un rôle de gestion dans les *nursing homes* [CFPC et CSLTCM, 2021; Martin *et al.*, 2020; O'Neill *et al.*, 2020]. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada et la *Canadian Society for Long-Term Care Medicine* [2021] recommandent que le leadership d'un médecin de famille soit mis à contribution dans un rôle de directeur médical pour chaque milieu d'hébergement.

En Europe, la *EUGMS* [O'Neill *et al.*, 2020] a émis une série de normes relatives aux soins médicaux offerts dans les *nursing homes*. Les experts consultés avancent que la coordination de l'éventail des soins offerts dans ces milieux nécessite un leadership clinique clairement établi, à la fois au sein de chaque *nursing home* ainsi qu'au sein d'une région regroupant plusieurs installations. Selon la *EUGMS*, une structure de leadership clinique reposant sur le rôle d'un directeur médical, à l'instar de ce que l'on retrouve aux États-Unis, serait un modèle dont s'inspirer. Le groupe d'experts affirme qu'un tel modèle doit être convenablement structuré, et indique que les directeurs médicaux devraient être adéquatement formés et soutenus afin qu'ils puissent bien accomplir leurs fonctions.

Similairement, en Irlande, un sous-groupe d'experts du Clinical Advisory Group of the National Clinical Programme for Older People, composé de gériatres, recommande que chaque milieu d'hébergement ait un responsable médical désigné (*designated medical lead*), pour assurer la gouvernance clinique des soins médicaux au sein de l'établissement. Ce groupe suggère également la création de postes de directeurs médicaux régionaux, lesquels auraient un lien avec les responsables médicaux locaux en plus de jouer un rôle de leadership clinique en matière de soins aux résidents des milieux d'hébergement pour l'ensemble d'une région donnée [Martin *et al.*, 2020]. Dans ce modèle de gestion, le responsable médical se rapporterait au directeur médical régional [Martin *et al.*, 2020].

Les écrits consultés mettent en lumière une grande variabilité entre les pays de l'OCDE en ce qui concerne l'implication des médecins dans la gestion des milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Agotnes et ses collaborateurs [2019] constatent que les médecins n'exercent pas de leadership sur le plan de la gestion dans les *nursing homes* en Norvège et en Allemagne. En Australie, des médecins de famille contribuent à la gouvernance clinique de certaines *residential aged care facilities* seulement [Reed, 2015]. Une étude qualitative menée auprès de 18 médecins provenant de six pays différents (Canada, Norvège, Suède, États-Unis, Allemagne et Royaume-Uni) révèle que peu d'entre eux jouent un rôle actif de gestion au sein des *nursing homes* [Banerjee *et al.*, 2018]. Les auteurs constatent également que le niveau d'engagement (ou les modalités de celui-ci) des médecins dans la gestion varie d'un établissement à l'autre, et que l'ouverture de la direction quant à la participation des médecins aux processus de gestion n'est pas la même partout [Banerjee *et al.*, 2018]. Banerjee et ses collaborateurs [2018] notent que les médecins qui participent à la gestion sont généralement ceux qui assument aussi la responsabilité de directeur médical dans le milieu d'hébergement.

Le poste de directeur médical existe aux États-Unis [Nanda, 2015] ainsi que dans certaines provinces canadiennes, comme le Manitoba [Agotnes *et al.*, 2019] et l'Ontario [Ministère des Soins de longue durée, 2020]. Il n'existe toutefois pas de description propre au Canada pour ce poste. La décision de soutenir ce rôle relève des gouvernements à l'échelle provinciale. Il est rapporté que les gouvernements provinciaux peuvent le faire en établissant des normes, en implantant des politiques de rémunération efficaces et en veillant à ce que des programmes de formation en leadership soient disponibles [CFPC et CSLTCM, 2021].

Quoique cela soit peu documenté dans la littérature consultée, les médecins peuvent tout de même participer aux processus de gestion dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée par l'entremise d'un poste ou d'un titre autre que celui de directeur médical. Par exemple, en Colombie-Britannique, les médecins s'impliquent dans la gestion à titre de coordonnateur médical [Agotnes *et al.*, 2019]. La nomination du coordonnateur médical et la signature d'entente avec ce dernier sont généralement effectuées par les autorités de santé publique, et non par l'établissement. En France, on retrouve également dans les EHPAD des médecins coordonnateurs qui jouent un rôle de gestion [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

5.2 Cadre légal entourant l'implication des médecins dans un rôle de gestion

Selon la littérature consultée, il semble y avoir peu de lois qui encadrent le rôle de gestion des médecins dans les *long-term care homes*. Il est toutefois constaté que l'Ontario a mis en place des encadrements législatifs (*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et *Règlement de l'Ontario 79/10*) en matière de gestion dans les milieux d'hébergement. Notamment, tous les établissements doivent avoir un directeur (*administrator*), un directeur des soins infirmiers et du personnel soignant (poste occupé par un infirmier), ainsi qu'un directeur médical (poste occupé par un médecin) [Ministère des Soins de longue durée, 2020]. Le directeur d'établissement est responsable de la gestion globale du milieu d'hébergement, tandis que le directeur médical se charge plutôt de l'assurance qualité en évaluant et en gérant les enjeux en lien avec les pratiques médicales, les procédures cliniques et les soins offerts aux résidents. Une commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 recommande de créer un système de surveillance formelle pour évaluer l'expertise ainsi que les compétences de leadership et de gestion de crise des candidats au poste de directeur médical [Marrocco *et al.*, 2021].

Aux États-Unis, les *nursing homes* sont tenues, par la loi, d'avoir un directeur médical. Cela dit, la façon dont les directeurs médicaux jouent leur rôle varie considérablement d'une personne à l'autre. Certains demeurent relativement peu impliqués dans la gestion du milieu d'hébergement, tandis que d'autres sont fortement mobilisés et ont développé une collaboration étroite avec la direction du milieu [Nanda, 2015].

5.3 Fonctions du directeur ou du coordonnateur médical

Une étude canadienne a relevé diverses fonctions considérées comme essentielles au rôle de directeur médical, dont celles d'assurer un leadership administratif et clinique au sujet de l'amélioration de la qualité, de la gestion du personnel médical et de l'offre des soins et services médicaux aux personnes hébergées [Rahim-Jamal *et al.*, 2010, cité dans Mulhall *et al.*, 2020]. En Ontario, la Loi sur les foyers de soins de longue durée, de 2007, stipule que le directeur médical évalue et encadre la pratique médicale, les procédures cliniques et les soins aux résidents, agit à titre de conseiller pour l'élaboration de politiques internes, participe à des comités interdisciplinaires d'amélioration de la qualité et communique avec les médecins traitants [CFPC et CSLTCM, 2021; Collins *et al.*, 2020; Ministère des Soins de longue durée, 2020]. Selon une commission d'enquête réalisée en Ontario, le directeur médical serait responsable des soins et services médicaux offerts aux personnes hébergées et de la couverture médicale [Marrocco *et al.*, 2021]. En Colombie-Britannique, le médecin qui agit à titre de coordonnateur médical consacre généralement entre une et deux demi-journées par semaine à ce rôle. Dans la plupart des cas, il est également tenu d'offrir des soins médicaux aux résidents, en plus de ses fonctions de gestion [Agothnes *et al.*, 2019].

En France, des médecins coordonnateurs qui travaillent dans les EHPAD participent à l'élaboration et au suivi du projet de soins de l'établissement, à l'évaluation médicale d'entrée des résidents, ainsi qu'à la coordination de l'équipe soignante. Les médecins coordonnateurs veillent également à la qualité de la prise en charge médicale globale des personnes hébergées. Ils n'agissent toutefois pas à titre de médecin traitant de celles-ci, sauf dans les situations d'urgence [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

Dans un énoncé qui résume ses principales recommandations en termes de normes à établir pour encadrer l'offre de soins et services dans les *nursing homes* en Europe, la *EUGMS* [2020b] suggère que le directeur médical assure la liaison avec les partenaires, contribue à la qualité des relations de travail et veille à l'amélioration continue des pratiques et au perfectionnement des professionnels qui travaillent dans le milieu d'hébergement. En Irlande, un sous-groupe d'experts du Clinical Advisory Group of the National Clinical Programme for Older People recommande que le responsable médical joue un rôle de supérieur hiérarchique auprès des autres médecins de famille et médecins-conseils qui travaillent au sein de la *nursing home* [Martin *et al.*, 2020].

Aux États-Unis, l'American Medical Directors Association (*AMDA*) a publié en 2011 [The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 2011] des lignes directrices générales afin d'encadrer et d'harmoniser le travail des directeurs médicaux dans les *nursing homes* [Nanda, 2015]. Les rôles du directeur médical, comme il est indiqué par l'*AMDA*, sont les suivants.

- *Leadership auprès des médecins* : Le directeur médical devrait être un modèle pour les médecins qui offrent des soins et services aux résidents du milieu d'hébergement. Il est responsable de l'ensemble des soins cliniques prodigués aux personnes hébergées dans l'établissement.
- *Leadership en matière de prestation des soins aux résidents* : Le directeur médical devrait guider le milieu d'hébergement dans la prestation de soins de haute qualité. Il devrait aider à la mise en œuvre de pratiques cliniques dans l'établissement et s'assurer qu'elles sont centrées sur les besoins des résidents.
- *Amélioration de la qualité des soins et services* : Le directeur médical devrait soutenir le milieu d'hébergement dans l'élaboration des projets d'amélioration de la qualité.
- *Éducation, information et communication* : Le directeur médical devrait contribuer à la formation et au perfectionnement des professionnels du milieu d'hébergement. Il devrait également jouer le rôle d'agent de liaison avec les partenaires du milieu.

Les responsabilités du directeur médical dans les *nursing homes*, ainsi qu'il est mentionné par l'*AMDA*, sont catégorisées ainsi :

- tâches administratives (p. ex. : participer à l'élaboration de politiques internes et de normes de qualité);
- services professionnels (p. ex. : remplacer un médecin lorsque celui-ci s'absente);
- évaluation de la qualité des services (p. ex. : prendre part à la réunion trimestrielle du comité d'évaluation de la qualité et de l'amélioration de la performance, requise pour chaque milieu);
- promotion du respect des droits des personnes hébergées (p. ex. : participer à la mise en œuvre de politiques internes concernant les droits des résidents);
- promotion des soins centrés sur la personne hébergée (p. ex. : s'assurer que les résidents et leurs proches sont activement impliqués dans les décisions qui les concernent);
- formation du personnel (p. ex. : informer le personnel quant aux normes de qualité existantes en matière de soins et services aux personnes hébergées);
- promotion de la santé au travail chez les employés (p. ex. : participer à l'élaboration de politiques internes qui encouragent les pratiques favorables au maintien de la santé et du bien-être des employés);
- relations publiques (p. ex. : agir en tant que porte-parole pour l'établissement);
- connaissance des enjeux sociaux, légaux, politiques et économiques (p. ex. : connaître les réglementations fédérales et étatiques importantes qui encadrent les actes réservés et les obligations des professionnels qui travaillent en milieu d'hébergement) [Nanda, 2015].

Aux États-Unis, il est rapporté que bien que les directeurs médicaux soient responsables de la qualité globale des soins en *nursing homes*, ceux-ci ont peu d'autorité réelle au sein des établissements (p. ex. : concernant l'embauche et le licenciement du personnel et la mise en œuvre de politiques administratives) et peu d'autorité sur les médecins traitants [Nanda, 2015].

5.4 Prérequis pour remplir un rôle de gestion médicale

Au Manitoba [Agotnes *et al.*, 2019], comme en Ontario [Ministère des Soins de longue durée, 2020], les directeurs médicaux doivent obligatoirement être des médecins. Toutefois, en Ontario, les médecins qui auraient un conflit d'intérêts en raison de leur lien avec l'organisme qui octroie les permis d'exploitation des milieux d'hébergement ne peuvent pas occuper ce poste [Ministère des Soins de longue durée, 2020].

En France, le titre de médecin coordonnateur en EHPAD requiert un diplôme universitaire de médecin coordonnateur, des compétences en gériatrie validées dans le cadre de la formation médicale continue, ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie. Si le médecin n'a pas ces qualifications, il peut être recruté, mais il doit s'engager à remplir les conditions requises dans un délai de trois ans après son embauche [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

Selon le sous-groupe d'experts du Clinical Advisory Group of the National Clinical Programme for Older People, en Irlande [Martin *et al.*, 2020], afin de pouvoir occuper ce poste, le responsable médical devrait être inscrit au registre des médecins de famille du Irish Medical Council et avoir une expertise certifiée en matière de soins de santé en gériatrie, idéalement en contexte de *nursing homes*. Il devrait également avoir l'obligation de conserver un dossier de développement professionnel continu relatif à son travail dans le milieu d'hébergement. Selon le même sous-groupe d'experts [Martin *et al.*, 2020], le directeur médical régional devrait lui aussi avoir suivi une formation pour travailler auprès de la clientèle âgée (p. ex. : spécialisation en médecine gériatrique). Ces experts recommandent que la rémunération du responsable médical, tout comme celle du directeur médical régional, soit en partie liée à sa participation au processus de formation continue, et qu'elle soit convenue selon un modèle de prestation de services supervisé par le Health Services Executive [Martin *et al.*, 2020].

5.5 Formation destinée aux médecins appelés à jouer un rôle de gestion

En Ontario, un cours a été mis au point par l'association qui représente les directeurs médicaux afin de former les médecins sur les règlements entourant le rôle de directeur médical, la gestion du personnel médical et les droits des personnes hébergées. Le cours traite également de l'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et du développement du leadership [Mulhall *et al.*, 2020]. Il est conseillé que tous les directeurs médicaux participent à un tel cours [Collins *et al.*, 2020]. Une commission d'enquête sur la COVID-19 recommande d'ailleurs une modification du Règlement de l'Ontario 79/10, afin de s'assurer que le directeur médical reçoit de la formation continue sur divers domaines cliniques (p. ex. : soins aux résidents atteints de trouble neurocognitif majeur, gestion des comportements problématiques, soins palliatifs) [Marrocco *et al.*, 2021]. Aux États-Unis, l'*AMDA* offre un programme de formation pour les directeurs médicaux qui désirent développer leurs compétences, mais cette certification n'est pas obligatoire [Nanda, 2015].

En résumé

Plusieurs groupes d'experts se sont prononcés en faveur de l'implication d'un médecin dans un rôle de cogestion, à la fois sur le plan médical et sur le plan clinico-administratif, dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. À l'exception des États-Unis, le cadre légal relatif aux rôles de gestion exercés par des médecins semble peu défini.

Il existe une grande variabilité entre les pays de l'OCDE en ce qui concerne l'implication des médecins dans la gestion de ces milieux, tant en termes de leur présence dans des rôles de gestion qu'en termes de responsabilités qui leur sont attribuées.

Les médecins qui exercent un rôle de gestion médicale portent généralement le titre de directeur médical ou de coordonnateur médical. Plusieurs groupes d'experts recommandent que les médecins qui occupent ce type de poste détiennent une expertise certifiée en soins de santé pour les personnes hébergées, ainsi que des compétences en matière de leadership et de gestion de conflits.

Les responsabilités du directeur ou coordonnateur médical les plus communément rapportées sont : évaluer et encadrer la pratique médicale, les procédures cliniques et les soins aux résidents, agir à titre de conseiller pour l'élaboration de politiques internes, soutenir l'établissement dans ses projets d'amélioration de la qualité et contribuer au perfectionnement des professionnels du milieu d'hébergement.

DISCUSSION

Le présent état des connaissances examine diverses dimensions relatives à l'organisation des soins et services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ailleurs au Canada et dans d'autres pays membres de l'OCDE. Deux modèles organisationnels entourant la pratique médicale dans ces milieux sont fréquemment observés dans la littérature analysée, soit le modèle avec une dotation ouverte et celui avec une dotation fermée. Le premier permet à tout médecin intéressé par la pratique en milieu d'hébergement et de soins de longue durée d'y travailler en plus de travailler dans d'autres milieux. Ce modèle implique couramment une rémunération à l'acte. Le modèle avec une dotation fermée implique que des médecins, généralement salariés, sont dédiés à un ou plusieurs milieux d'hébergement. Un troisième modèle, hybride, existe au Royaume-Uni. Aucun modèle ne semble avoir été évalué de façon assez rigoureuse pour déterminer lequel serait à préconiser [Katz *et al.*, 2021]. Toutefois, la synthèse des écrits permet d'identifier des avantages et des inconvénients pour chacun (p. ex. : modèle ouvert : complexification des efforts de communication et de collaboration interprofessionnelles; modèle fermé : possible sentiment d'isolement des médecins). Certaines stratégies peuvent être mises en place pour atténuer les inconvénients.

Dans les divers modèles médicaux présentés, la disponibilité des médecins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est variable. Certains pays ou provinces (p. ex. : Ontario, États-Unis) encadrent les modalités de prestation médicale par des normes ou des lois (p. ex. : nombre de visites, délais maximaux entre la demande de soins et sa réponse), tandis que d'autres ne le font pas. La mise en place de normes semble permettre d'offrir davantage de soins et services au bon moment ainsi que de clarifier les attentes médicales en milieu d'hébergement.

Les façons de comptabiliser les ratios médecin/personnes hébergées diffèrent dans la littérature analysée, ce qui complexifie leur comparaison. Des écarts importants sont observés entre des recommandations émises et la réalité vécue, avec des ratios réels pouvant être jusqu'à 10 fois inférieurs aux ratios nommés. En outre, diverses modalités sont utilisées dans les pays de l'OCDE afin de répondre aux besoins médicaux des résidents en dehors des heures normales de travail (garde, ligne téléphonique et télémédecine). Dans toutes ces modalités, il semble essentiel que le médecin ait accès au dossier médical du résident ou interagisse efficacement avec le personnel, qui détient une connaissance approfondie de l'état de santé de celui-ci. De même, des écrits rapportent l'importance que l'équipe de soins ait accès à l'expertise médicale en temps opportun.

Plusieurs écrits portent sur le partage de responsabilités entre les divers acteurs de l'équipe de soins. La complexité de plus en plus grande des besoins des résidents en milieu d'hébergement force cette tendance. Dans les écrits recensés pour cet état des connaissances, trois principales formes de chevauchement des compétences ont été répertoriées (c'est-à-dire la délégation, la substitution et la supplémentation) pour définir les pratiques collaboratives relatives au partage des tâches professionnelles entre les

médecins et les autres professionnels de la santé. Le modèle de substitution du médecin est particulièrement utilisé et documenté dans certains pays, tels que les États-Unis et les Pays-Bas [Lovink *et al.*, 2019a; Lovink *et al.*, 2019b; Chavez *et al.*, 2018; Lovink *et al.*, 2017]. Les écrits qui décrivent l'utilisation de ce modèle dans certains pays pointent principalement vers l'accroissement des responsabilités des IPS et des adjoints au médecin, même s'il est difficile d'identifier spécifiquement la ou les formes de chevauchement des compétences mobilisées. Bien qu'il semble exister une variabilité dans les rôles des IPS et des adjoints au médecin, les écrits rapportent des avantages quant à l'accroissement des responsabilités de ces professionnels, et ce, à la fois pour les résidents et les médecins. La littérature apporte aussi un éclairage sur les facteurs influençant l'utilisation d'un modèle de substitution.

Une variation est observée, entre les pays, dans la composition des équipes de soins et en ce qui a trait aux rôles des professionnels de la santé responsables d'offrir des soins médicaux aux résidents [Lane *et al.*, 2020; Gordon, 2015]. Les résultats des études recensées ne permettent donc pas de faire ressortir de consensus à travers les différents pays quant à l'organisation optimale des rôles et responsabilités des professionnels à préconiser pour l'offre de soins et l'implication des médecins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée apparaît difficile. Ils permettent toutefois d'identifier des facteurs favorables et défavorables à la collaboration interprofessionnelle, et ce, à l'échelle individuelle et organisationnelle. En outre, compte tenu de la complexité du traitement pharmaceutique des résidents (p. ex. : polypharmacie, événements indésirables liés aux médicaments), le rôle et la présence des pharmaciens au sein des milieux d'hébergement sont de plus en plus documentés, notamment en tant que professionnel consultant ou prescripteur indépendant en collaboration avec les médecins [Lane *et al.*, 2020; Wright *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2019; Bell *et al.*, 2017; D'Elbée *et al.*, 2017; Kane-Gill *et al.*, 2016].

Enfin, quoique plusieurs groupes d'experts se soient prononcés en faveur de l'implication de médecins dans des rôles de gestion dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, il existe une grande variabilité dans l'implantation de cette fonction, selon ce qui est rapporté dans les pays de l'OCDE. Ainsi, des médecins jouent un rôle de gestion dans les milieux d'hébergement de certains pays seulement. Lorsqu'ils exercent une telle fonction, les responsabilités qui leur sont attribuées varient d'un endroit à l'autre. Les médecins qui ont un rôle de gestion portent généralement le titre de directeur médical ou de coordonnateur médical. Leurs responsabilités incluent souvent l'évaluation et l'encadrement de la pratique médicale, l'élaboration de procédures cliniques, la mise en œuvre de politiques internes, le soutien dans l'implantation de projets d'amélioration de la qualité et la participation au perfectionnement des professionnels. La clarification de ce rôle et de ces responsabilités ainsi que la détermination de prérequis de formation et d'expertise semblent être des éléments à considérer. Peu d'informations sont rapportées dans la littérature concernant les responsabilités de cogestion qu'auraient les médecins.

Limites

Plusieurs pratiques professionnelles et organisationnelles ont été abordées dans le présent état des connaissances. Au regard des différences constatées entre les pays en termes de modes de gestion des systèmes de santé, des types de professions décrits au sein de ceux-ci et de l'emplacement géographique des milieux d'hébergement et de soins de longue durée, les résultats présentés ici doivent être interprétés avec précaution. Il importe également de souligner que d'autres éléments entourant la pratique médicale au sein de ces milieux, qui n'ont pas été recensés dans le cadre de cet état des connaissances, peuvent néanmoins avoir été mis en place dans les différents pays. Par ailleurs, différentes stratégies de recherche auraient pu être utilisées pour approfondir chacun des modèles et chacune des pratiques documentés, ce qui n'était pas possible compte tenu du délai imparti. Ainsi, les informations rapportées sont limitées par les mots-clés choisis dans la stratégie de recherche adoptée. De plus, il est possible que des informations provenant d'une même référence aient été utilisées en double, étant donné qu'autant des revues systématiques que des études primaires ont été analysées. Finalement, compte tenu des objectifs de l'état des connaissances, l'évaluation de l'efficacité de différents modèles organisationnels ou de certaines pratiques médicales n'a pas été réalisée.

Perspectives d'avenir

Le vieillissement de la population, la complexification du profil des résidents de milieux d'hébergement et de soins de longue durée, conjugués aux difficultés de recrutement de la main-d'œuvre qualifiée rencontrées dans le réseau de la santé et des services sociaux, exercent une pression sur ces milieux. Cette pression est encore plus exacerbée par le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19. Les différents sujets abordés dans cet état des connaissances invitent à la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la révision des façons de faire en matière d'organisation des soins et services médicaux et de partage des responsabilités entre les divers professionnels impliqués dans ces milieux. Si cet état des connaissances s'est principalement intéressé au travail des médecins, du personnel infirmier et des pharmaciens, il faut rappeler que la participation d'autres intervenants et professionnels de la santé – tels que les physiothérapeutes, les préposés aux bénéficiaires, les travailleurs sociaux, etc. – est tout aussi essentielle afin d'offrir des services de qualité aux résidents. Leur présence dans les milieux d'hébergement pourrait être considérée lors d'un exercice de réflexion qui porterait sur la réorganisation des soins et services dans ces milieux. Enfin, comme il a été documenté dans un état des pratiques récent produit par l'INESSS [2020], plusieurs tensions existent dans la mission des CHSLD, soit celle d'offrir des soins et services au sein d'un milieu de vie de qualité. Trouver l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie de qualité est essentiel pour assurer le bien-être des personnes hébergées.

RÉFÉRENCES

- Abdallah LM, Van Etten D, Lee AJ, Melillo KD, Remington R, Gautam R, Gore RJ. A Medicare current beneficiary survey-based investigation of alternative primary care models in nursing homes: Functional ability and health status outcomes. *Res Gerontol Nurs* 2015;8(2):85-93.
- Agotnes G, McGregor MJ, Lexchin J, Doupe MB, Müller B, Harrington C. An international mapping of medical care in nursing homes. *Health Serv Insights* 2019;12:1178632918825083.
- Al-Jumaili AA et Doucette WR. A systems approach to identify factors influencing adverse drug events in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(7):1420-7.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Care needs in permanent residential care [site Web]. Canberra, Australie : AIHW; 2020. Disponible à : <https://www.gen-agedcaredata.gov.au/Topics/Care-needs-in-aged-care#Care%20needs%20in%20permanent%20residential%20care> (consulté le 30 novembre 2021).
- Baines D et Armstrong P. Promising practices in long-term care: Ideas worth sharing. Ottawa, ON : Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA); 2019. Disponible à : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2015/12/Promising%20Practices_online.pdf.
- Baker NR, Schipper L, McCumber S, Payton Fay V. Use of long-term care facilities for primary care nurse practitioner students. *J Nurs Educ* 2021;60(2):99-102.
- Banerjee A, James R, McGregor M, Lexchin J. Nursing home physicians discuss caring for elderly residents: An exploratory study. *Can J Aging* 2018;37(2):133-44.
- Baranska I, Kijowska V, Engels Y, Finne-Soveri H, Froggatt K, Gambassi G, et al. Factors associated with perception of the quality of physicians' end-of-life communication in long-term care facilities: PACE cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(3):439.e1-439.e8.
- Barker RO, Craig D, Spiers G, Kunonga P, Hanratty B. Who should deliver primary care in long-term care facilities to optimize resident outcomes? A systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(12):1069-79.
- Bell HT, Granas AG, Enmarker I, Omli R, Steinsbekk A. Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care – A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):30.
- Boyd M, Bowman C, Broad JB, Connolly MJ. International comparison of long-term care resident dependency across four countries (1998-2009): A descriptive study. *Australas J Ageing* 2012;31(4):233-40.

- Briggs R, Holmerova I, Martin FC, O'Neill D. Towards standards of medical care for physicians in nursing homes. *Eur Geriatr Med* 2015;6(4):401-3.
- British Geriatrics Society (BGS). Ambitions for change: Improving healthcare in care homes. Londres, Angleterre : BGS; 2021. Disponible à : <https://www.bgs.org.uk/resources/ambitions-for-change-improving-healthcare-in-care-homes>.
- Canadian Association of Physician Assistants (CAPA). Scope of practice and national competency profile. Ottawa, ON : CAPA; 2009. Disponible à : http://capa-acam.ca/wp-content/uploads/2012/12/NCP_en_sept20092.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nursing home care [site Web]. Atlanta, GA : CDC; 2016. Disponible à : <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm> (consulté le 24 novembre 2021).
- Chaaban T, Ahouah M, Lombrail P, Febvre HL, Mourad A, Morvillers JM, Rothan-Tondeur M. Decisional issues in antibiotic prescribing in French nursing homes: An ethnographic study. *J Public Health Res* 2019;8(2):1533.
- Chadborn NH, Goodman C, Zubair M, Sousa L, Gladman JR, Denning T, Gordon AL. Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK care homes: Realist review. *BMJ Open* 2019;9(4):e026921.
- Chavez KS, Dwyer AA, Ramelet AS. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2018;78:61-75.
- Cole S. Case study: Realizing the value of nurse practitioners in long-term care. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2017;30(4):39-44.
- Collaboration interprofessionnelle. Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); 2016. Disponible à : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication – Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2015. Disponible à : http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/107487992566/32809.pdf.
- College of Family Physicians of Canada (CFPC) et Canadian Society for Long-Term Care Medicine (CSLTCM). Joint position statement on the role of family physicians in long-term care homes. Mississauga, ON : CFPC; 2021. Disponible à : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/Role-Family-Physicians-Long-Term-Care-March-2021.pdf>.

- Collins R, Charles J, Moser A, Birmingham B, Grill A, Gottesman M. Improving medical services in Canadian long term care homes. Mississauga, ON : College of Family Physicians of Canada; 2020. Disponible à : <https://www.cfp.ca/news/2020/10/07/10-07>.
- Connell J et Walton-Roberts M. What about the workers? The missing geographies of health care. *Prog Hum Geogr* 2015;40(2):158-76.
- Connolly MJ, Boyd M, Broad JB, Kerse N, Lumley T, Whitehead N, Foster S. The Aged Residential Care Healthcare Utilization Study (ARCHUS): A multidisciplinary, cluster randomized controlled trial designed to reduce acute avoidable hospitalizations from long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(1):49-55.
- Cook G, McNall A, Thompson J, Hodgson P, Shaw L, Cowie D. Integrated working for enhanced health care in English nursing homes. *J Nurs Scholarsh* 2017;49(1):15-23.
- D'Elbée M, Baumevielle M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65(3):231-9.
- De Villers M-É. Multidictionnaire de la langue française. 6^e éd. Montréal, Qc : Québec/Amérique; 2015.
- Department of Health. Residential Medication Management Review (RMMR) fact sheet [site Web]. Canberra, Australie : Australian Government, Department of Health; 2012. Disponible à : <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/rmmr-factsheet> (consulté le 12 novembre 2021).
- Dwyer T, Craswell A, Rossi D, Holzberger D. Evaluation of an aged care nurse practitioner service: Quality of care within a residential aged care facility hospital avoidance service. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):33.
- Fleischmann N, Geister C, Hoell A, Hummers-Pradier E, Mueller CA. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits. *Appl Nurs Res* 2017;35:118-25.
- Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract* 2016;17(1):123.
- Foley RA, Hurard LL, Cateau D, Koutaissoff D, Bugnon O, Niquille A. Physicians', nurses' and pharmacists' perceptions of determinants to deprescribing in nursing homes considering three levels of action: A qualitative study. *Pharmacy (Basel)* 2020;8(1):17.
- Fortin A-H. La cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre. Revue de la littérature ciblée. Montréal, Qc : Pôle santé HEC Montréal; 2020. Disponible à : <https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2021/09/Revue-de-la-litterature-Cogestion-VF6.pdf>.

- Fosse A, Zuidema S, Boersma F, Malterud K, Schauffel MA, Ruths S. Nursing home physicians' assessments of barriers and strategies for end-of-life care in Norway and The Netherlands. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(8):713-8.
- Gillese EE. Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée. Volume 3 – Une stratégie pour la sécurité. Toronto, ON : 2019. Disponible à : http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/LTCI_Final_Report_Volume3_f.pdf.
- Gonçalves JR, Ramalhinho I, Sleath BL, Lopes MJ, Cavaco AM. Probing pharmacists' interventions in Long-Term Care: A systematic review. *Eur Geriatr Med* 2021;12(4):673-93.
- Gooen LG. Medication reconciliation in long-term care and assisted living facilities: Opportunity for pharmacists to minimize risks associated with transitions of care. *Clin Geriatr Med* 2017;33(2):225-39.
- Gordon AL. What is the case for care home medicine? The geriatrician's perspective. *J R Coll Physicians Edinb* 2015;45(2):148-53.
- Gordon AL, Goodman C, Davies SL, Denning T, Gage H, Meyer J, et al. Optimal healthcare delivery to care homes in the UK: A realist evaluation of what supports effective working to improve healthcare outcomes. *Age Ageing* 2018;47(4):595-603.
- Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: A rapid review. *Health Res Policy Syst* 2016;14(1):83.
- Haines TP, Palmer AJ, Tierney P, Si L, Robinson AL. A new model of care and in-house general practitioners for residential aged care facilities: A stepped wedge, cluster randomised trial. *Med J Aust* 2020;212(9):409-15.
- Hamel C, Garritty C, Hersi M, Butler C, Esmaeilisaraji L, Rice D, et al. Models of provider care in long-term care: A rapid scoping review. *PloS One* 2021;16(7):e0254527.
- Harris-Kojetin L, Sengupta M, Lendon JP, Rome V, Valverde R, Caffrey C. Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. *Vital and Health Statistics, Series 3, Number 43*. Washington, DC : National Center for Health Statistics; 2019. Disponible à : https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_43-508.pdf.
- Hashimoto R, Fujii K, Yoshida K, Shimoji S, Masaki H, Kadoyama K, et al. [Outcomes of pharmacists' involvement with residents of special nursing homes for the elderly] (*article en japonais avec un résumé en anglais*). *Yakugaku Zasshi* 2018;138(9):1217-25.
- Health Quality Ontario (HQO). MyPractice: Long-term care [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Practice-Reports/Long-Term-Care> (consulté le 25 novembre 2021).

- Hurlock-Chorostecki C, van Soeren M, MacMillan K, Sidani S, Donald F, Reeves S. Nurse practitioner interactions in acute and long-term care: An exploration of the role of knotworking in supporting interprofessional collaboration. *BMC Nurs* 2015;14:50.
- Hwang HJ, Kim SH, Lee KS. Potentially inappropriate medications in the elderly in Korean long-term care facilities. *Drugs Real World Outcomes* 2015;2:355-61.
- Iborra M. Communication de Mme Monique Iborra, rapporteure de la mission « flash » sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Paris, France : Commission des affaires sociales, Assemblée nationale; 2017. Disponible à : https://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/Mission_flash_EHPAD_communication_rapporteure_20170913.pdf.
- Inch J, Notman F, M. Bond C, Alldred DP, Arthur A, Blyth A, et al. The Care Home Independent Prescribing Pharmacist Study (CHIPPS)—A nonrandomised feasibility study of independent pharmacist prescribing in care homes. *Pilot Feasibility Stud* 2019;5:89.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Combien y a-t-il de lits de soins de longue durée au Canada ? [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2021a. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/combien-y-a-t-il-de-lits-de-soins-de-longue-duree-au-canada>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les foyers de soins de longue durée au Canada : combien y en a-t-il et qui en sont les propriétaires ? [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2021b. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/les-foyers-de-soins-de-longue-duree-au-canada-combien-y-en-a-t-il-et-qui-en-sont-les-proprietaires>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Aînés en transition : cheminement dans le continuum des soins. Ottawa, ON : ICIS; 2017. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/seniors-in-transition-report-2017-fr.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Démence en soins de longue durée [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2016. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-en-soins-de-longue>.
- Institut de la statistique du Québec. Vieillesse : réalités sociales, économiques et de santé [site Web]. Québec, Qc : 2021. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/vieillesse/index.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_teleconsultation_CHSLD.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques rédigé par Isabelle David et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2020. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'utilisation des services de santé et la fragilité chez les aînés québécois victimes d'une fracture mineure. Québec, Qc : INSPQ; 2018. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2464_utilisation_service_sante_aines_fracture_mineure.pdf.
- Intrator O, Miller EA, Gadbois E, Acquah JK, Makineni R, Tyler D. Trends in nurse practitioner and physician assistant practice in nursing homes, 2000-2010. *Health Serv Res* 2015;50(6):1772-86.
- Joron P. Le tandem de cogestion dans le réseau de la santé : promis à un bel avenir ! *Effectif* 2014;17(3):31-3. Disponible à : https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/Cogestion/Le_tandem_de_cogestion_dans_le_reseau_de_la_sante_-_promis_a_un_bel_avenir_.pdf.
- Josi R et Bianchi M. Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: A focused ethnography of their professional roles. *BMJ Open* 2019;9(12):e033929.
- Jung HY, Qian Y, Katz PR, Casalino LP. The characteristics of physicians who primarily practice in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(2):468-9.e1.
- Kane-Gill SL, Hanlon JT, Fine MJ, Perera S, Culley CM, Studenski SA, et al. Physician perceptions of consultant pharmacist services associated with an intervention for adverse drug events in the nursing facility. *Consult Pharm* 2016;31(12):708-20.
- Katz PR, Ryskina K, Saliba D, Costa A, Jung HY, Wagner LM, et al. Medical care delivery in U.S. nursing homes: Current and future practice. *Gerontologist* 2021;61(4):595-604.
- Katz PR, Pfeil LA, Evans J, Evans M, Sobel H. Determining the optimum physician-to-resident ratio in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(12):1087-8.
- Kim SO, Jang S, Kim CM, Kim YR, Sohn HS. Consensus validated list of potentially inappropriate medication for the elderly and their prevalence in South Korea. *Int J Gerontol* 2015;9(3):136-41.
- Kirsebom M, Hedström M, Pöder U, Wadensten B. General practitioners' experiences as nursing home medical consultants. *Scand J Caring Sci* 2017;31(1):37-44.
- Koopmans RT, Pellegrom M, van der Geer ER. The Dutch move beyond the concept of nursing home physician specialists. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(9):746-9.

- Kroezen M, Van Hoegaerden M, Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy* 2018;122(2):87-93.
- Kwak A, Lee E, Oh JM, Ji E, Kim K. Perspectives of non-pharmacy professionals in long-term care facilities on pharmacist-involved medication management in South Korea: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(11):1977.
- Lacny S, Zarrabi M, Martin-Misener R, Donald F, Sketris I, Murphy AL, et al. Cost-effectiveness of a nurse practitioner-family physician model of care in a nursing home: Controlled before and after study. *J Adv Nurs* 2016;72(9):2138-52.
- Lane K, Bond C, Wright D, Alldred DP, Desborough J, Holland R, et al. "Everyone needs to understand each other's systems": Stakeholder views on the acceptability and viability of a Pharmacist Independent Prescriber role in care homes for older people in the UK. *Health Soc Care Community* 2020;28(5):1479-87.
- Lee SW, Mak VS, Tang YW. Pharmacist services in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2019;85(12):2668-88.
- Lima JC, Intrator O, Wetle T. Physicians in nursing homes: Effectiveness of physician accountability and communication. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(9):755-61.
- Lovink MH, Laurant MG, van Vught AJ, Maassen I, Schoonhoven L, Persoon A, Koopmans RT. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: A realist evaluation case study. *BMJ Open* 2019a;9(5):e028169.
- Lovink MH, van Vught AJ, Persoon A, Koopmans RT, Laurant MG, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci* 2019b;21(3):282-90.
- Lovink MH, Persoon A, Koopmans RT, Van Vught AJ, Schoonhoven L, Laurant MG. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: A systematic literature review. *J Adv Nurs* 2017;73(9):2084-102.
- Madison M. Drug Regimen Reviews: Yes, there are two DRRs! Clive, IA : Briggs Healthcare; 2018. Disponible à : https://www.simpleltc.com/wp-content/uploads/2018/11/Webinar-Drug-Regimen-Reviews_Slides_12042018.pdf.
- Magin P, Catzikiris N, Tapley A, Morgan S, Holliday EG, Ball J, et al. Home visits and nursing home visits by early-career GPs: A cross-sectional study. *Fam Pract* 2017;34(1):77-82.
- Marrocco FN, Coke A, Kitts J. Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : rapport final. Toronto, ON : 2021. Disponible à : http://www.ltccommission-commissionsld.ca/fr/report/pdf/20210623_LTCC_AODA_FR.pdf.

- Martin A, Boyle N, Cooke J, Kennelly SP, Martin R, Mulroy M, et al. Responding to needs of residents in long term care in Ireland. *Ir Med J* 2020;113(9):P181.
- Martin-Misener R, Donald F, Wickson-Griffiths A, Akhtar-Danesh N, Ploeg J, Brazil K, et al. A mixed methods study of the work patterns of full-time nurse practitioners in nursing homes. *J Clin Nurs* 2015;24(9-10):1327-37.
- Mays AM, Saliba D, Feldman S, Smalbrugge M, Hertogh CM, Booker TL, et al. Quality indicators of primary care provider engagement in nursing home care. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(10):824-32.
- McDerby NC, Kosari S, Bail KS, Shield AJ, Peterson G, Thorpe R, Naunton M. The role of a residential aged care pharmacist: Findings from a pilot study. *Australas J Ageing* 2020;39(3):e466-71.
- McDerby NC, Kosari S, Bail K, Shield A, Peterson G, Naunton M. The effect of a residential care pharmacist on medication administration practices in aged care: A controlled trial. *J Clin Pharm Ther* 2019;44(4):595-602.
- Meade C, Ward B, Cronin H. Implementation of a team model for RACF care by a general practice. *Aust Fam Physician* 2016;45(4):218-22.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent. Québec, Qc : MSSS; 2021a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Maisons des aînés et alternatives – Document d'orientation. Québec, Qc : MSSS; 2021b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile. Québec, Qc : MSSS; 2003. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère des Soins de longue durée. Effectifs des foyers de soins de longue durée. Toronto, ON : Ministère des Soins de longue durée; 2020. Disponible à : <https://files.ontario.ca/mltc-long-term-care-staffing-study-fr-2020-07-31-v3.pdf>.
- Mitchell G et Strain J. The role of the named nurse in long-term settings. *Nurs Older People* 2015;27(3):26-9.
- Morton LJ, Kaplan RG, Nelson DL, Lehner TS, Bach PL, Kassam S, Katz PR. Defining the core skills and activities of the attending physician in post-acute and long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(9):1778-83.e4.
- Mulhall CL, Lam JM, Rich PS, Dobell LG, Greenberg A. Enhancing quality care in Ontario long-term care homes through audit and feedback for physicians. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(3):420-5.

- Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): Development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: A qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):14.
- Nanda A. The roles and functions of medical directors in nursing homes. *R I Med J* (2013) 2015;98(3):20-2.
- Neylon J. Nurse-led management of chronic disease in a residential care setting. *Nurs Older People* 2015;27(9):22-6.
- O'Neill D, Briggs R, Holmerova I, Samuelsson O, Gordon AL, Martin FC. COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. *Eur Geriatr Med* 2020;11(4):645-50.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Chapter 10: Ageing and long-term care. Dans : *Health at a glance 2021: OECD indicators*. Paris, France : OECD Publishing; 2021 : 249-72. Disponible à : <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. *OECD Health Policy Studies*. Paris, France : OECD Publishing; 2020. Disponible à : <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/92c0ef68-en>.
- Parmar J, Anderson S, Charles L, Marion C, Chan K, Bremault-Phillips S, et al. Physicians and family caregivers: Two perspectives of physicians' roles in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(5):1088-95.
- Pearson R, Mullan J, Dijkmans-Hadley B, Halcomb E, Bonney A. Medical care in Australian residential aged care: Perspectives of residents, family, nurses and general practitioners. *Health Soc Care Community* 2021;29(6):e279-87.
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les EHPAD [site Web]. Paris, France : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA); 2021. Disponible à : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad> (consulté le 24 novembre 2021).
- Reed R. Models of general practitioner services in residential aged care facilities. *Aust Fam Physician* 2015;44:176-9.
- Romoren M, Pedersen R, Forde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics* 2016;17:5.
- Royal Pharmaceutical Society. The right medicine: Improving care in care homes. Londres, Angleterre : Royal Pharmaceutical Society; 2016. Disponible à : <https://www.rpharms.com/resources/reports/the-right-medicine-improving-care-in-care-homes>.

- RTI International. Evaluation of the initiative to reduce avoidable hospitalizations among nursing facility residents: Final report. Waltham, MA : RTI International; 2017. Disponible à : <https://downloads.cms.gov/files/cmml/irahnr-finalevalrpt.pdf>.
- Ryskina KL, Song W, Sharma V, Yuan Y, Intrator O. Characterizing physician practice in nursing homes using claims-based measures: Correlation with nursing home administrators' perceptions. *Med Care Res Rev* 2021;78(6):806-15.
- Ryskina KL, Polsky D, Werner RM. Physicians and advanced practitioners specializing in nursing home care, 2012-2015. *JAMA* 2017;318(20):2040-2.
- Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Abbatecola AM, Arai H, Bauer JM, et al. An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(3):181-4.
- Service-Public.fr. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris, France : République française; 2020. Disponible à : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763> (consulté le 24 novembre 2021).
- Silva C, Ramalho C, Luz I, Monteiro J, Fresco P. Drug-related problems in institutionalized, polymedicated elderly patients: Opportunities for pharmacist intervention. *Int J Clin Pharm* 2015;37(2):327-34.
- Statistics Norway. Nursing and care services 2015 – Statistics on services and recipients. Oslo, Norvège : Statistics Norway; 2016. Disponible à : <https://www.ssb.no/en/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2015>.
- Staykov E, Qureshi D, Scott M, Talarico R, Hsu AT, Howard M, et al. Do patients retain their family physicians after long-term care entry? A retrospective cohort study. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(12):1951-7.
- Stocker R, Bamford C, Brittain K, Duncan R, Moffatt S, Robinson L, Hanratty B. Care home services at the vanguard: A qualitative study exploring stakeholder views on the development and evaluation of novel, integrated approaches to enhancing healthcare in care homes. *BMJ Open* 2018;8(3):e017419.
- The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Competencies Curriculum for PALTC Medicine [site Web]. Columbia, MD : American Medical Directors Association (AMDA); 2021. Disponible à : <https://apex.paltc.org/local/catalog/view/product.php?productid=75> (consulté le 25 novembre 2021).
- The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. White paper on the nursing home medical director: Leader and manager. Columbia, MD : American Medical Directors Association (AMDA); 2011. Disponible à : <https://paltc.org/sites/default/files/White%20Paper%20NH%20Medical%20Director%20Leader%20and%20Manager.pdf>.
- Tolson D, Rolland Y, Andrieu S, Aquino JP, Beard J, Benetos A, et al. International Association of Gerontology and Geriatrics: A global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12(3):184-9.

- Unroe KT, Nazir A, Holtz LR, Maurer H, Miller E, Hickman SE, et al. The Optimizing Patient Transfers, Impacting Medical Quality, and Improving Symptoms: Transforming Institutional Care approach: Preliminary data from the implementation of a Centers for Medicare and Medicaid Services nursing facility demonstration project. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(1):165-9.
- URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France. Kit d'accompagnement du médecin libéral intervenant en EHPAD. Lille, France : Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France; 2021. Disponible à : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2021-04/kit%20accompagnement%20m%C3%A9decin%20lib%C3%A9ral%20en%20EHPAD %202020.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2021-04/kit%20accompagnement%20m%C3%A9decin%20lib%C3%A9ral%20en%20EHPAD%202020.pdf).
- Van Pijkeren N, Wallenburg I, Bal R. Triage as an infrastructure of care: The intimate work of redistributing medical care in nursing homes. *Sociol Health Illn* 2021;43(7):1682-99.
- Vellani S, Boscart V, Escrig-Pinol A, Cumal A, Krassikova A, Sidani S, et al. Complexity of nurse practitioners' role in facilitating a dignified death for long-term care home residents during the COVID-19 pandemic. *J Pers Med* 2021;11(5):433.
- Wagner LM, Katz P, Karuza J, Sharp L, Seet A, Kwong C, Spetz J. Director of nursing perceptions of physicians' roles in US nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20(11):1471-3.
- Weatherall CD, Hansen AT, Nicholson S. The effect of assigning dedicated general practitioners to nursing homes. *Health Serv Res* 2019;54(3):547-54.
- Weber K, Beck M, Rybarczyk-Vigouret MC, Michel B. Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : état des lieux en région Alsace – France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2015;63(3):163-72.
- Women's College Hospital. About LTC+ [site Web]. Toronto, ON : Women's College Hospital; 2020. Disponible à : <https://ltcplus.ca/about-ltc/> (consulté le 18 novembre 2021).
- Wright DJ, Maskrey V, Blyth A, Norris N, Aldred DP, Bond CM, et al. Systematic review and narrative synthesis of pharmacist provided medicines optimisation services in care homes for older people to inform the development of a generic training or accreditation process. *Int J Pharm Pract* 2020;28(3):207-19.

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Date du repérage : 14 septembre 2021	
Limites : 2015- ; anglais, français	
1	((medical care OR medical healthcare OR medical practice*) ADJ3 (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi?ed)).ti
2	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)).ti
3	(long-term ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*)).ti
4	(extended care ADJ2 (facility OR facilities)).ti
5	(nursing ADJ2 (center*1 OR centres*1 OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit*1)).ti
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)).ti
7	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)).ti
8	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*)).ti
9	OR/2-8
10	1 AND 9
11	Models, Organizational/
12	Nursing Homes/ OR Long-Term Care/
13	exp *Aged/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR patient* OR people OR person* OR resident*))).ti,ab
14	11 AND 12 AND 13
15	Homes for the Aged/
16	11 AND 15
17	Medical Staff/og [Organization & Administration]
18	(9 OR 12 OR 15) AND 17
19	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 substitut*).ti,ab
20	(9 OR 12 OR 15) AND 19
21	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 (ratio* OR workforce*)).ti,ab
22	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR nurse practitioner* OR pharmacist* OR medical staff) ADJ3 (role* OR responsibilit* OR task* OR workload* OR profile*)).ti,ab
23	(9 OR 12 OR 15) AND 13 AND (21 OR 22)
24	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 involv*).ti
25	(9 OR 12 OR 15) AND 24
26	((medical care OR health care OR healthcare OR medical practice*) ADJ3 (method* OR model OR models OR organi?ational OR pattern* OR polic* OR practice* OR principle* OR process* OR standard* OR structure*)).ti
27	(9 OR 12 OR 15) AND 26
28	ageing population.ti
29	(nursing home* OR long-term care).tw,hw,kf,kw
30	28 AND 29
31	(medical care OR health care OR healthcare OR medical practice*).ti
32	13 AND 29 AND 31

33	(provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi*).tw,hw,kf,kw
34	(9 OR 12 OR 15) AND 31 AND 33
35	Nursing Homes/og OR Long-Term Care/og OR Homes for the Aged/og [Organization & Administration]
36	Quality of Health Care/
37	13 AND 35 AND 36
38	10 OR 14 OR 16 OR 18 OR 20 OR 23 OR 25 OR 27 OR 30 OR 32 OR 34 OR 37
39	child*.ti,ab
40	38 NOT 39
41	Case Reports/ OR Comment/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti)
42	40 NOT 41

Embase (Ovid)

Date du repérage : 17 septembre 2021

Limites : 2015- ; anglais, français

1	((medical care OR medical healthcare OR medical practice*) ADJ3 (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi?ed)).ti
2	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)).ti
3	(long-term ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*)).ti
4	(extended care ADJ2 (facility OR facilities)).ti
5	(nursing ADJ2 (center*1 OR centres*1 OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit*1)).ti
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)).ti
7	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)).ti
8	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*)).ti
9	OR/2-8
10	1 AND 9
11	Nonbiological Model/
12	Nursing Home/ OR Long Term Care/
13	exp *Aged/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR old age OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR patient* OR people OR person* OR resident*))).ti,ab
14	11 AND 12 AND 13
15	Home for the Aged/
16	11 AND 15
17	Medical Staff/ AND (Health Care Organization/ OR "Organization and Management"/)
18	(9 OR 12 OR 15) AND 17
19	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 substitut*).ti,ab.
20	(9 OR 12 OR 15) AND 19
21	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 (ratio* OR workforce*)).ti,ab
22	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ3 (role* OR responsibilit* OR task* OR workload* OR profile*)).ti,ab
23	((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR pharmacist* OR nurse practitioner* OR medical staff) ADJ5 involv*).ti
24	21 OR 22 OR 23
25	(9 OR 12 OR 15) AND 13 AND 24
26	((medical care OR health care OR healthcare OR medical practice*) ADJ3 (method* OR model OR models OR organi?ational OR pattern* OR polic* OR practice* OR principle* OR process* OR standard* OR structure*)).ti

27	(9 OR 12 OR 15) AND 26
28	ageing population.ti
29	(nursing home* OR long-term care).tw,hw,kw
30	28 AND 29
31	(medical care OR health care OR healthcare OR medical practice*).ti
32	13 AND 29 AND 31
33	(provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi*).tw,hw,kw
34	(9 OR 12 OR 15) AND 13 AND 31 AND 33
35	(Nursing Home/ OR Long Term Care/ OR Home for the Aged/) AND (Health Care Organization/ OR "Organization and Management"/)
36	Health Care Quality/
37	13 AND 35 AND 36
38	10 OR 14 OR 16 OR 18 OR 20 OR 23 OR 25 OR 27 OR 30 OR 32 OR 34 OR 37
39	child*.ti,ab
40	38 NOT 39
41	(oral ADJ2 (care OR health OR healthcare)).mp
42	40 NOT 41
43	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (comment OR editorial OR letter OR news OR case report*).ti
44	42 NOT 43

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database
Date du repérage : 17 septembre 2021
Limites : 2015- ; anglais, français

1	((medical care OR medical healthcare OR medical practice*) ADJ3 (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi?ed)).ti
2	((aged OR elderly OR old age) ADJ2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*)).ti
3	(long-term ADJ3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*)).ti
4	(extended care ADJ2 (facility OR facilities)).ti
5	(nursing ADJ2 (center*1 OR centres*1 OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit*1)).ti
6	(residential* ADJ2 (care OR home OR homes)).ti
7	(care ADJ2 (facility OR facilities OR home OR homes)).ti
8	(geriatric ADJ2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*)).ti
9	OR/1-8

CINAHL (EBSCO)
Date du repérage : 17 septembre 2021
Limites : 2015- ; anglais, français

S1	TI (("medical care" OR "medical healthcare" OR "medical practice") N3 (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi?ed))
S2	TI ((aged OR elderly OR "old age") N2 (residential* OR facility OR facilities OR home OR homes OR institution*))
S3	TI (long-term N3 (care OR center OR centers OR centre OR centres OR home OR homes OR facility OR facilities OR resident*))
S4	TI (extended care N2 (facility OR facilities))
S5	TI (nursing N2 (center*1 OR centres*1 OR home OR homes OR facility OR facilities OR unit*1))
S6	TI (residential* N2 (care OR home OR homes))
S7	TI (care N2 (facility OR facilities OR home OR homes))

S8	TI (geriatric N2 (home OR homes OR facility or facilities OR institution* OR residential*))
S9	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	S1 AND S9
S11	TI "ageing population"
S12	TI ("nursing home*" OR "long-term care") OR AB ("nursing home*" OR "long-term care")
S13	S11 AND S12
S14	TI ("medical care" OR "health care" OR healthcare OR "medical practice*")
S15	TI (ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR "old age" OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR patient* OR people OR person* OR resident*))) OR AB (ageing OR aging OR elder* OR geriatric* OR "old age" OR ((aged OR old OR older OR oldest) N2 (adult* OR patient* OR people OR person* OR resident*)))
S16	S12 AND S14 AND S15
S17	TI (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi*) OR AB (provid* OR deliver* OR map OR mapping OR maps OR continuity OR continuum OR optimal OR plan OR plans OR planning OR planned OR organi*)
S18	S9 AND S14 AND S17
S19	TI ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 substitut*) OR AB ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 substitut*)
S20	S9 AND S19
S21	TI ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 (ratio* OR workforce*)) OR AB ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 (ratio* OR workforce*))
S22	TI ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N3 (role* OR responsibility* OR task* OR workload* OR profile*)) OR AB ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N3 (role* OR responsibility* OR task* OR workload* OR profile*))
S23	S9 AND S15 AND (S21 OR S22)
S24	TI ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 involv*) OR AB ((physician* OR geriatrician* OR doctor* OR "nurse practitioner*" OR pharmacist* OR "medical staff") N5 involv*)
S25	S9 AND S24
S26	TI (("medical care" OR "health care" OR healthcare OR "medical practice*") N3 (method* OR model OR models OR organi?ational OR pattern* OR polic* OR practice* OR principle* OR process* OR standard* OR structure*))
S27	S9 AND S26
S28	S10 OR S13 OR S16 OR S18 OR S20 OR S23 OR S25 OR S27
S29	TI child* OR AB child*
S30	S28 NOT S29
S31	PT (Commentary OR Editorial OR Letter) TI (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*)
S32	S30 NOT S31
S33	TI (oral N2 (care OR health OR healthcare)) OR AB (oral N2 (care OR health OR healthcare))
S34	S32 NOT S33

ANNEXE B

Sites Web de littérature grise

- Age UK <https://www.ageuk.org.uk/>
- Aging Life Care Association <https://www.aginglifecare.org/>
- Alberta Association on Gerontology (AAG) <https://www.albertaaging.ca/>
- American Geriatrics Society <https://www.americangeriatrics.org/>
- American Health Care Association <https://www.ahcancal.org/Pages/Default.aspx>
- American Society on Aging <https://www.asaging.org/>
- Association médicale canadienne <https://www.cma.ca/fr/soins-aux-aines>
- Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) <https://www2.aston.ac.uk/lhs/research/centres-facilities/archa>
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine <http://anzsgm.org/>
- British Columbia Psychogeriatric Association (BCPGA) <https://www.bcpqa.com/>
- British Geriatrics Society (BGS) <https://www.bgs.org.uk/>
- British Society of Gerontology <https://www.britishgerontology.org/>
- Canadian Association for Retired Persons (CARP) <https://www.carp.ca/about>
- Canadian Association of Gerontology <https://cagacq.ca/>
- Canadian Caregiver Network <https://www.thecaregivernetwork.ca/>
- Canadian Gerontological Nursing Association https://cgna.net/Home_Page.php
- Canadian Home Care Association <http://www.cdnhomecare.ca/>
- Canadian Network for Prevention of Elder Abuse / Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements des aînés (CNPEA) <https://cnpea.ca/fr/>
- Center of Excellence on Elder Abuse and Neglect - University of California, Irvine <http://www.centeronelderabuse.org/>
- Centre for Education and Research on Aging & Health <https://cerah.lakeheadu.ca/>
- Centre for Innovative Ageing - Swansea University <https://www.swansea.ac.uk/cia/>
- Centre for Research on Ageing - University of Southampton (CRA) <https://www.southampton.ac.uk/ageingcentre/index.page?>
- Centre for Research on Ageing and Gender - University of Surrey (CRAG) <https://www.surrey.ac.uk/centre-research-ageing-gender>
- Centre for Social Gerontology - University of Keele <https://www.keele.ac.uk/csg/>

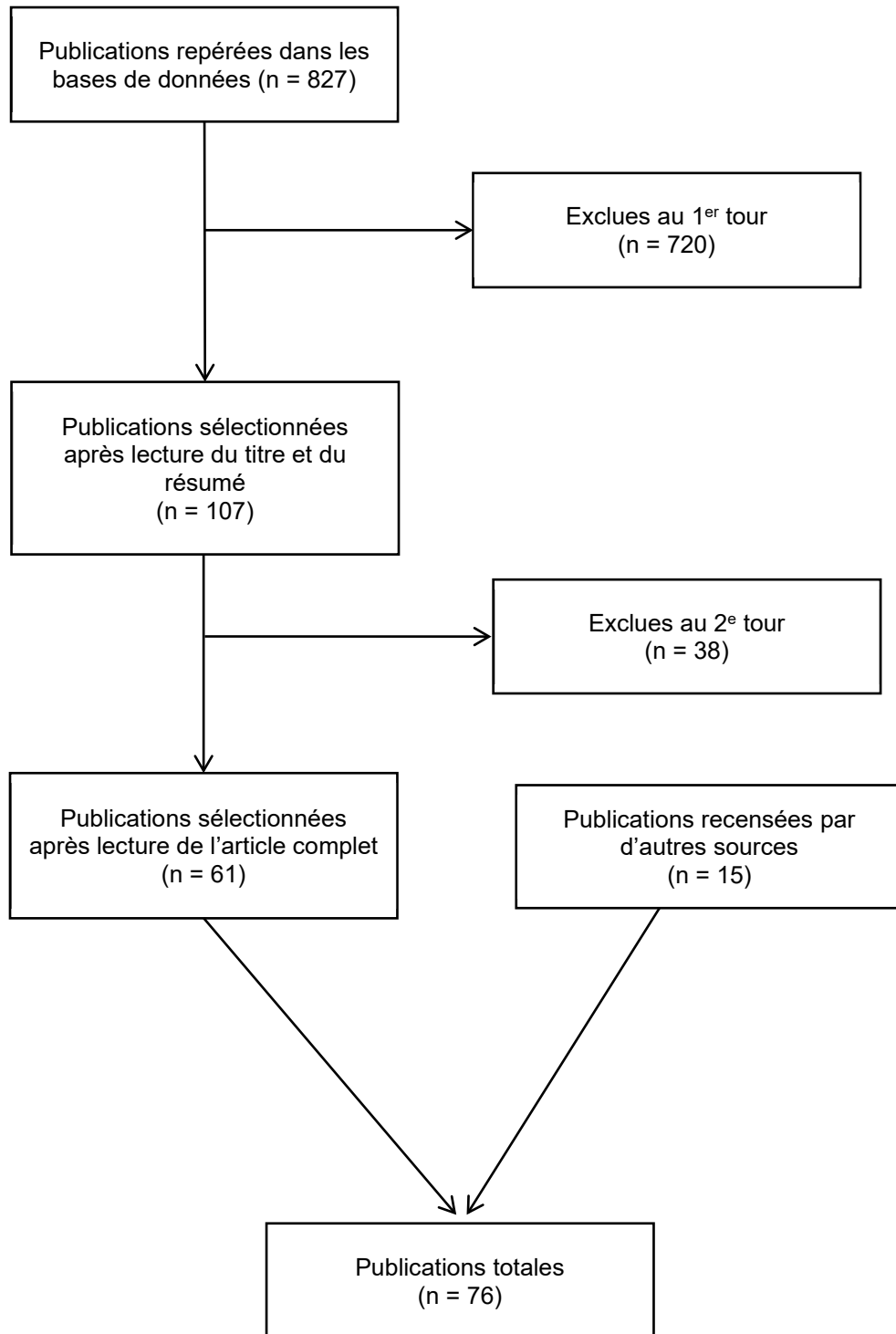
- Elder Abuse Ontario <http://www.elderabuseontario.com/>
- European Union Geriatric Medicine Society <https://www.eugms.org/home.html>
- Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) <https://www.fadoq.ca/ile-de-montreal/a-propos/coronavirus-covid-19> et <https://www.fadoq.ca/ile-de-montreal/ressources/sante-et-bien-etre/covid-19-et-sante-mentale>
- Gerontological Society of America <https://www.geron.org/>
- Institute for Ageing and Health - Newcastle University <https://www.ncl.ac.uk/ageing/>
- Institute of Gerontology, King's College, London
<https://www.kcl.ac.uk/research/profile/institute-of-gerontology>
- Institute on Aging and Lifelong Health - University of Victoria
<https://www.uvic.ca/research/centres/aging/index.php>
- International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) <https://www.iagg.info/>
- International Federation on Ageing <https://ifa.ngo/>
- International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) <http://www.inpea.net>
- Irish Gerontological Society <https://www.irishgerontology.com/>
- Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing
<https://www.micra.manchester.ac.uk/>
- National Center on Elder Abuse (NCEA) <https://ncea.acl.gov/>
- National Clearinghouse on Abuse in Later Life <https://www.ncall.us/>
- National Institute on Aging <https://www.nia.nih.gov/>
- New Zealand Association of Gerontology <http://gerontology.org.nz/>
- NICE National Initiative for the Care of the Elderly Nice Network
Canada <http://www.nicenet.ca/>
- Nova Scotia Centre on Aging
<https://www.msvu.ca/en/home/research/chairs/centresandinstitutes/centreonaging/default.aspx>
- Ontario Gerontology Association <http://www.gerontario.org/>
- Oxford Institute of Population Ageing <https://www.ageing.ox.ac.uk/>
- Personnes âgées - Ministère des Solidarités et de la Santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>
- Provincial Geriatrics Leadership Ontario <https://www.rgps.on.ca/>
- Regional Geriatric Program Toronto <https://www.rgptoronto.ca/>

- Société Alzheimer Canada
<https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/COVID19/asc-covid-19-tipsheet-march-25-2020-fr.pdf>
- Société belge de gérontologie et de gériatrie <https://geriatrie.be/fr/>
- Société des organisations des citoyens aînés de l'Ontario
<https://www.ossco.org/author/programs/>
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) <https://sfgg.org/>
- The Center for Social Gerontology, Inc. – Ann Arbor, MI <https://www.tcsq.org/>
- Virginia Center on Aging - Virginia Commonwealth University <https://vcoa.chp.vcu.edu/>

ANNEXE C

Sélection des études

Figure C-1 Diagramme de flux



ANNEXE D.1

Caractéristiques des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée

Âge des résidents

Selon une étude rétrospective menée de 2014 à 2017, l'âge moyen des résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario est de 84 ans. Aux États-Unis, 85 % des résidents sont âgés de 65 ans et plus et 41 % de 85 ans et plus [CMS, 2015, cité dans Al-Jumaili et Doucette, 2018]. Au Royaume-Uni, les résidents des *care homes* sont majoritairement âgés de 85 ans et plus [Gordon *et al.*, 2018; Stocker *et al.*, 2018]. L'âge moyen des résidents des *nursing homes* aux Pays-Bas était de 85 ans en 2015-2016 [Verbeek-Oudijk et Van Campen, 2017, cité dans Lovink *et al.*, 2019b]. En Allemagne, la moitié des résidents ont 85 ans ou plus [Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013, cité dans Fleischmann *et al.*, 2017]. En 2015, on comptait 348 858 résidents de *nursing homes* en Norvège. Cette année-là, plus de la moitié des Norvégiens âgés de 80 à 89 ans, et plus de 90 % des Norvégiens de 90 ans et plus, résidaient dans une *nursing home* [Statistics Norway, 2016].

Niveau d'autonomie des résidents

D'après des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) [2016], 82 % des résidents ont besoin d'une aide soutenue ou sont dépendants pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Une étude prospective de 12 mois menée auprès de 4 156 résidents dans milieux d'hébergement dans sept pays de l'Union européenne (République tchèque, Angleterre, Finlande, France, Allemagne, Italie et Pays-Bas) et en Israël a révélé qu'environ quatre résidents sur cinq présentent des incapacités les empêchant d'accomplir les tâches de la vie quotidienne [Falconer et O'Neill, 2007, cité dans O'Neill *et al.*, 2020]. Au Royaume-Uni et en Norvège, les résidents sont presque tous des personnes âgées fragiles⁸ [BGS, 2021; Inch *et al.*, 2019; Romoren *et al.*, 2016]. De plus, les résidents ont fréquemment un déclin fonctionnel ainsi que des déficiences sensorielles [Bowman, Whistler et Ellerby, 2004; Gordon *et al.*, 2014; Moore et Hanratty, 2013, cités dans Cook *et al.*, 2017; Romoren *et al.*, 2016]. En France, les personnes admises en EHPAD ont besoin de soutien pour accomplir les activités de la vie quotidienne et de soins, au quotidien [Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2021; Service-Public.fr, 2020].

⁸ « La fragilité est un concept essentiel en médecine gériatrique et se définit par une réduction généralisée des réserves homéostatiques de plusieurs systèmes physiologiques conduisant à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie, même mineurs (maladies, accidents, etc.), et qui augmente le risque de perte d'autonomie » [INSPQ, 2018].

Multimorbidité et comorbidité

Au Canada, les résidents des milieux d'hébergement et de soins de longue durée présentent généralement de la multimorbidité ou de la comorbidité complexe [Cole, 2017]. En Ontario, les résidents ont généralement plus de cinq conditions médicales (dont les deux tiers avec un diagnostic de trouble neurocognitif majeur) [Staykov *et al.*, 2020]. Aux États-Unis, 72 % font de l'hypertension [Harris-Kojetin *et al.*, 2019]. Les résidents des *care homes* au Royaume-Uni ont en moyenne entre cinq et six conditions médicales [Chadborn *et al.*, 2019; Gordon, 2015]. Les personnes hébergées en EHPAD en France présentent des pathologies multiples et des complications de maladies chroniques [Iborra, 2017; Weber *et al.*, 2015]. En Norvège, les résidents sont atteints de maladies chroniques avec des enjeux de comorbidité. En Allemagne, les résidents souffrent fréquemment de morbidités multiples [Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013, cité dans Fleischmann *et al.*, 2017]. En Irlande, les résidents présentent généralement des handicaps sérieux et de la comorbidité [Martin *et al.*, 2020].

Troubles cognitifs

D'après des données issues de l'ICIS [2016], plus de 85 % des personnes hébergées au Canada ont des troubles cognitifs. Aux États-Unis, près de la moitié des résidents ont un trouble neurocognitif majeur [Harris-Kojetin *et al.*, 2019]. En Europe, un peu plus du deux tiers des résidents ont des troubles cognitifs et un peu plus du quart présentent des problèmes de comportements [Falconer et O'Neill, 2007, cité dans O'Neill *et al.*, 2020]. Plus spécifiquement au Royaume-Uni, les trois quarts des résidents présentent des troubles cognitifs [Gordon *et al.*, 2014, cité dans Stocker *et al.*, 2018; Cook *et al.*, 2017] et 66 %, des problèmes comportementaux. Les personnes hébergées en EHPAD en France sont fréquemment atteintes de troubles du comportement, notamment liés à la maladie d'Alzheimer [Iborra, 2017]. En Norvège, presque 80 % des résidents souffrent de trouble neurocognitif majeur [Fosse *et al.*, 2017].

Signes de dépression

D'après des données de l'ICIS [2016], 31 % des résidents démontrent des signes de dépression. Aux États-Unis, 46 % ont un diagnostic de dépression [Harris-Kojetin *et al.*, 2019].

Polypharmacie

Au Canada, les résidents doivent prendre plusieurs médicaments [Cole, 2017]. Au Royaume-Uni, les résidents des *care homes* prennent en moyenne huit médicaments [Gordon, 2015]. Un grand nombre de personnes hébergées en EHPAD en France nécessite une polymédication [Weber *et al.*, 2015]. Au Japon, selon un sondage mené par la *Japan Pharmaceutical Association*, les trois quarts des résidents des *special nursing homes for the elderly* prenaient des médicaments sous ordonnance [Hashimoto *et al.*, 2018].

ANNEXE D.2

Appellations recensées dans les articles pour désigner les milieux d'hébergement et de soins de longue durée

Pays ou province	Terme(s) repérés
Amérique du Nord	
Canada	<i>Long-term care homes</i> <i>Nursing homes</i>
Alberta	<i>Long term care settings</i>
Colombie-Britannique	<i>Nursing homes</i>
Manitoba	<i>Nursing homes</i>
Nouveau-Brunswick	<i>Long-term care facilities</i> <i>Nursing homes</i>
Nouvelle-Écosse	<i>Nursing homes</i>
Ontario	Foyers de soins de longue durée <i>Long-term care facilities</i> <i>Long-term care homes</i> <i>Nursing homes</i>
États-Unis	<i>Nursing facilities</i> <i>Nursing homes</i> <i>Skilled nursing facilities</i>
Europe	
Allemagne	<i>Nursing homes</i>
Danemark	<i>Nursing homes</i>
France	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Irlande	<i>Nursing homes</i>
Norvège	<i>Nursing homes</i>
Pays-Bas	<i>Care homes</i> <i>Nursing homes</i> <i>Residential care homes</i>
Portugal	<i>Nursing homes</i>
Royaume-Uni	<i>Care homes</i> <i>Nursing homes</i> et <i>residential homes</i> (qui réfèrent en somme aux <i>care homes</i>) <i>Residential care homes</i>
Suède	<i>Nursing homes</i>
Suisse	<i>Nursing homes</i>
Océanie	
Australie	<i>Aged care facilities</i> <i>Aged care homes</i> <i>Nursing homes</i> <i>Residential aged care facilities</i> <i>Residential aged care homes</i>
Nouvelle-Zélande	<i>Residential aged care facilities</i>
Asie	
Corée du Sud	<i>Long-term care facilities</i>
Japon	<i>Special nursing homes</i>

ANNEXE D.3

Caractéristiques des milieux d'hébergement et de soins de longue durée

Comme la description des caractéristiques des milieux d'hébergement et de soins de longue durée ne faisait pas partie des questions décisionnelles ayant guidé la stratégie de recherche documentaire, plusieurs informations qui pourraient être considérées pertinentes n'ont pas été repérées dans le cadre de cet état de connaissances. Les informations présentées ci-bas, qui proviennent des documents retenus lors de l'extraction, représentent donc un portrait incomplet, mais tout de même informatif, des caractéristiques des milieux d'hébergement que l'on retrouve dans les différents pays de l'OCDE.

Amérique du Nord

Canada

Au Canada, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée portent différents noms, dépendamment de la province dans laquelle ils se situent; ceux-ci ont toutefois en commun d'offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24, ainsi qu'un large éventail de services de santé et de soutien à l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne [ICIS, 2021b]. La capacité d'accueil des milieux d'hébergement varie considérablement d'un milieu à l'autre [ICIS, 2021b]. En 2021, l'Institut canadien d'information sur la santé a recensé 2 076 milieux d'hébergement et de soins de longue durée dans l'ensemble du Canada, dont 46 % sont publics. La proportion de milieux d'hébergement privés et publics varie selon la province.

Alberta

En Alberta, on compte 186 milieux d'hébergement et de soins de longue durée; un peu plus de la moitié (54 %) de ceux-ci sont privés (27 % appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 27 %, à des organismes privés sans but lucratif), alors que 46 % des milieux d'hébergement sont publics [ICIS, 2021b].

Colombie-Britannique

On recense 308 milieux d'hébergement et de soins de longue durée en Colombie-Britannique; la plupart (65 %) d'entre eux sont privés (37 % appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 28 %, à des organismes privés sans but lucratif) tandis que 35 % sont publics [ICIS, 2021b].

Île-du-Prince-Édouard

Il y a 19 milieux d'hébergement et de soins de longue durée à l'Île-du-Prince-Édouard. Près de la moitié de ces établissements (47 %) sont publics, tandis que 47 % appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 6 %, à des organismes privés sans but lucratif [ICIS, 2021b].

Manitoba

Au Manitoba, on retrouve 125 milieux d'hébergement et de soins de longue durée; la majorité (57 %) d'entre eux sont publics, tandis que 14 % appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 29 %, à des organismes privés sans but lucratif [ICIS, 2021b].

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, il y a au total 70 milieux d'hébergement et de soins de longue durée et aucun d'entre eux n'est public; en fait, 14 % de ces milieux appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 86 %, à des organismes privés sans but lucratif [ICIS, 2021b]. Il est à noter que dans cette province, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée sont financés par le ministère du Développement social, contrairement aux hôpitaux qui sont financés par le ministère de la Santé [Cole, 2017].

Nouvelle-Écosse

Il y a 84 milieux d'hébergement et de soins de longue durée en Nouvelle-Écosse et la majorité d'entre eux (86 %) sont privés. Plus précisément, 44 % de l'ensemble des milieux d'hébergement appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 42 %, à des organismes privés sans but lucratif [ICIS, 2021b].

Ontario

Il y a 627 milieux d'hébergement et de soins de longue durée en Ontario et la majorité (84 %) de ces établissements sont privés; plus précisément, 57 % de tous les milieux d'hébergement appartiennent à des organismes privés à but lucratif et 27 %, à des organismes privés sans but lucratif. Seuls 16 % des milieux d'hébergement sont publics [ICIS, 2021b].

Saskatchewan

En Saskatchewan, il y a 161 milieux d'hébergement et de soins de longue durée et la majorité (74 %) d'entre eux sont publics; seuls 5 % appartiennent à des organismes privés à but lucratif, tandis que 21 % des milieux d'hébergement appartiennent à des organismes privés sans but lucratif.

Terre-Neuve-et-Labrador

Terre-Neuve-et-Labrador compte au total 40 milieux d'hébergement et de soins de longue durée, lesquels sont presque tous (98 %) publics [ICIS, 2021b].

États-Unis

Aux États-Unis, les *nursing homes* offrent des services médicaux aux résidents, en plus de leur offrir du soutien pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique [Baker *et al.*, 2021]. Il importe de noter que les termes *nursing homes* et *skilled nursing facilities* sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature [Baker *et al.*, 2021]. S'il existe plusieurs similarités entre les deux types de milieux, les *skilled nursing facilities* se distinguent des *nursing homes*, car elles offrent bien souvent de la réadaptation physique (c'est-à-dire physiothérapie, ergothérapie, orthophonie)

[Baker *et al.*, 2021] et ont des lits temporaires (c'est-à-dire pour des séjours de 100 jours et moins), en plus des lits de longue durée.

En 2016, il y avait plus de 15 600 *nursing homes* aux États-Unis [Hamel *et al.*, 2021] et près de 70 % de ces milieux sont privés à but lucratif [CDC, 2016]. Le nombre moyen de lits en *nursing homes* est de 106, avec une capacité qui varie entre 2 et plus de 1 000 lits [Harris-Kojetin *et al.*, 2019].

Europe

Il existe différents types de milieux d'hébergement et de soins de longue durée en Europe. Diverses appellations sont utilisées pour identifier ces milieux [O'Neill *et al.*, 2020].

France

Selon le Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches en France [2021], les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des milieux d'hébergement médicalisés qui offrent aux résidents un soutien pour pallier aux difficultés entraînées par la perte d'autonomie, ainsi que des soins médicaux et paramédicaux au quotidien. Les EHPAD se distinguent des « résidences autonomie », qui sont plutôt des maisons de retraite non médicalisées pour des personnes âgées qui présentent une certaine perte d'autonomie, sans avoir besoin d'aide et de soins quotidiens. Les EHPAD accueillent en moyenne entre 50 et 120 résidents, mais certains EHPAD sont de plus petite taille et peuvent seulement accueillir moins de 25 personnes [Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2021]. Si la plupart des EHPAD accueillent des personnes âgées qui présentent différents profils, certains établissements sont spécialisés dans la prise en charge d'une clientèle spécifique, telle que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer [Service-Public.fr, 2020]. À la fois des EHPAD publics et des EHPAD privés sont présents en France [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021]. Les activités en EHPAD s'effectuent sous la gestion d'un directeur d'établissement, qui a la charge de s'assurer du bon fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge adéquate des résidents [URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, 2021].

Irlande

En Irlande, il existe trois types de *nursing homes*, c'est-à-dire celles qui sont publiques, celles qui sont gérées par des organismes à but non lucratif (*voluntary nursing homes*) et celles qui sont privées. La grande majorité (80 %) de l'offre de services provient du secteur privé [Martin *et al.*, 2020].

Norvège

En Norvège, ce sont les municipalités qui ont le mandat d'offrir les soins de santé et les services sociaux à leurs habitants et donc, qui sont responsables des *nursing homes* [Bell *et al.*, 2017]. Les *nursing homes* offrent des soins et services médicaux 24 heures sur 24 et peuvent accueillir des résidents pour un séjour de courte ou de longue durée [Fosse *et al.*, 2017]. Ces établissements comprennent, en moyenne, 61 lits [Fosse *et al.*, 2017]. Un nombre important de Norvégiens passent leurs derniers jours dans une

nursing home et environ 45 % de tous les décès surviennent dans ce milieu [Norwegian Institute of Public Health, 2014, cité dans Romoren *et al.*, 2016]. Ainsi, les soins palliatifs font partie intégrante de l'offre de services dans les *nursing homes* [Fosse *et al.*, 2017]. Le nombre de *nursing homes* en Norvège fut estimé à 1 000 en 2015, ce qui constitue approximativement 40 000 lits [Statistics Norway, 2015, cité dans Fosse *et al.*, 2017].

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, un peu plus de 2 000 *nursing homes* sont rapportés, ce qui correspond à environ 130 000 lits [Fosse *et al.*, 2017]. Ces établissements comprennent, en moyenne, 289 lits [Fosse *et al.*, 2017]. Trois types d'unités sont décrits dans les *nursing homes* : 1) les unités pour les patients avec des handicaps physiques, 2) les unités pour les personnes souffrant de trouble neurocognitif majeur, et 3) les unités de réadaptation pour les personnes âgées [Lovink *et al.*, 2019b]. Depuis 2015, la Loi sur les soins de longue durée aux Pays-Bas⁹ a modifié les critères d'admissibilité des *nursing homes* et a mené à la mise en place de mesures afin d'encourager l'offre de soins et de services à domicile. Les *nursing homes* n'admettent maintenant que les personnes ayant des problèmes de santé graves et complexes, qui ont besoin d'une surveillance 24 heures sur 24 et de soins multidisciplinaires [Koopmans *et al.*, 2017].

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, il existe deux principaux types de *care homes*, soit les *nursing homes* et les *residential homes*. Ces deux catégories se distinguent en fonction du type de soins procurés, c'est-à-dire avec ou sans soins infirmiers disponibles 24 heures par jour [Chadborn *et al.*, 2019; Cook *et al.*, 2017; Gordon, 2015]. Les *care homes* varient en termes de capacité d'accueil, allant de moins de 10 à plus de 100 lits [BGS, 2021]. Certaines *care homes* sont à but lucratif, alors que d'autres sont sous la responsabilité d'autorités locales et d'autres encore sont la propriété d'associations caritatives. En Angleterre, 75 % des propriétaires possèdent un seul milieu d'hébergement et ces milieux comptent pour 38 % des lits [BGS, 2021], ce qui signifie qu'un nombre restreint de propriétaires gouverne une grande proportion de lits. Cette situation est similaire en Écosse. Quelques *care homes* offrent aussi des soins temporaires comme du répit [BGS, 2021].

Océanie

Australie

En 2020, 183 700 personnes habitaient de façon permanente en *residential aged care facilities* en Australie [AIHW, 2020]. Ces milieux offrent des soins personnels, des soins infirmiers et des services de santé 24 heures par jour. Ces milieux peuvent également offrir des soins de répit, d'une durée maximale de 84 jours, afin de répondre à des besoins planifiés ou urgents. L'outil *Aged Care Funding Instrument* est utilisé pour évaluer les besoins de soins des résidents sur le plan de trois domaines soit i) les activités de la vie quotidienne, ii) la cognition et les comportements ainsi que iii) les soins de santé

⁹ Government of the Netherlands. *Long-term care act (WLZ)*. Disponible à : <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/long-term-care-act-wlz>.

complexes (p. ex. : médication). Pour chacun de ces trois domaines, les besoins sont évalués comme étant élevés, modérés, faibles ou nuls. La majorité des personnes hébergées ont des besoins de soins élevés dans au moins un de ces domaines.

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, il existe quatre types de milieux d'hébergement [Connolly *et al.*, 2015] :

- *rest-home care* : pour les personnes qui ont besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, mais qui ne nécessitent pas de soins infirmiers 24 heures par jour;
- *private hospital care* : pour les personnes qui ont besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et qui nécessitent une présence infirmière 24 heures par jour;
- *dementia care* : pour les personnes qui ont besoin des soins offerts en *rest-home care* et dont les comportements posent des enjeux de sécurité supplémentaires;
- *psychogeriatrics care* : pour les personnes ayant un diagnostic de trouble neurocognitif majeur et des problèmes comportementaux, qui ont besoin des soins offerts en *private hospital care* ou des personnes ayant une maladie ou un trouble psychiatrique et des enjeux de santé physique.

Asie

Corée du Sud

En Corée du Sud, il existe deux types de milieux d'hébergement et de soins de longue durée : les *assisted living facilities* et les *geriatric care hospitals*, lesquels ressemblent aux *skilled nursing facilities* mises en place aux États-Unis [Kwak *et al.*, 2019]. Les deux types d'établissements offrent des services de soutien aux résidents pour l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes. Les *geriatric care hospitals* se distinguent toutefois des *assisted living facilities*, car ils offrent également des soins médicaux aux résidents avec la présence sur place de médecins et d'infirmiers 24 heures sur 24 [Kwak *et al.*, 2019].

ANNEXE E

Composition des équipes professionnelles

Au Royaume-Uni, un rapport publié mentionne que l'équipe de base en *care home* devrait être composée d'un infirmier, d'un médecin, d'un pharmacien, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute tout en ayant un accès à d'autres professionnels [BGS, 2021].

Aux Pays-Bas, les équipes présentes dans les milieux d'hébergement sont multidisciplinaires et composées notamment d'*elderly care physicians*, d'infirmiers (p. ex. : aides-infirmiers, infirmiers et IPS), de physiothérapeutes, de diététiciens et de psychologues [Van Pijkeren *et al.*, 2021; Lovink *et al.*, 2019b; Koopmans *et al.*, 2017].

Au Portugal, les contextes de milieux d'hébergement et de soins de longue durée mobilisent différents professionnels de santé tels que les médecins, les infirmiers, les nutritionnistes et les gérontologues [Silva *et al.*, 2015]. Parmi les six milieux d'hébergement et de soins de longue durée sollicités dans cette étude, un seul d'entre eux avait la présence quotidienne d'un médecin et trois, d'un infirmier. Certains milieux d'hébergement et de soins de longue durée avaient un gérontologue.

ANNEXE F

Facteurs qui influencent l'organisation des rôles et des responsabilités

Différents facteurs sont rapportés dans les écrits recensés pour influencer l'organisation des rôles et des responsabilités dans les différentes formes de chevauchement des compétences [Lovink *et al.*, 2019a; Lovink *et al.*, 2017].

Au niveau des facteurs d'ordre individuel/social :

- ressources humaines (p. ex. : IPS, adjoints au médecin et infirmiers cliniciens) disponibles;
- ressources financières suffisantes;
- les IPS, les adjoints au médecin et les infirmiers cliniciens doivent avoir un esprit « pionnier », une capacité à travailler de manière autonome, une soif de connaissances et une volonté de façonner sa propre pratique;
- le médecin doit être disposé à partager la responsabilité des soins donnés aux personnes hébergées.

Au niveau des facteurs d'ordre professionnel :

- la formation des IPS, des adjoints au médecin ou des infirmiers cliniciens doit inclure les soins gériatriques;
- la réglementation de la législation doit permettre la substitution des médecins : nécessité d'un accord commun entre les associations et ordres professionnels concernés.

Au niveau des facteurs d'ordre organisationnel :

- les habiletés de leadership et de mentorat du directeur médical;
- le climat organisationnel doit aider les IPS, les adjoints au médecin ou les infirmiers cliniciens à « étendre leur rôle » (p. ex. : la direction de l'établissement qui remet en question le *statu quo*);
- une vision articulée sur le chevauchement des compétences en milieu d'hébergement et de soins de longue durée est nécessaire, notamment à la lumière de la grande variation documentée dans la façon dont les IPS, les *physician assistants* ou les infirmiers cliniciens avec les *elderly care physicians* se partagent les responsabilités.

ANNEXE G

Caractéristiques relatives à l'utilisation du chevauchement des compétences

L'étude de Lovink et collaborateurs [2019b] détaille trois thèmes principaux en ce qui a trait aux caractéristiques relatives à l'utilisation du chevauchement des compétences en milieu d'hébergement et de soins de longue durée :

1. Variation dans l'utilisation du chevauchement des compétences

1.1 À l'échelle de l'unité versus de l'organisation :

- La plupart des IPS, des adjoints au médecin et des infirmiers cliniciens prennent soin de résidents situés sur plus d'une unité en milieu d'hébergement et de soins de longue durée;
- La plupart des IPS, des adjoints au médecin et des infirmiers cliniciens faisaient partie de l'équipe médicale;
- Plusieurs professionnels possèdent également un domaine d'expertise au niveau organisationnel (p. ex. : sécurité des médicaments, contention physique).

1.2 Niveaux de complexité des tâches :

- Les tâches professionnelles, sous la responsabilité initiale des *elderly care physicians* (p. ex. : prise en charge de nouveaux résidents, réunions pluridisciplinaires et familiales, prescription de médicaments), sont largement comparables à celles attribuées aux IPS et aux adjoints au médecin :
 - Les tâches réalisées par les adjoints au médecin varient peu, mais couvrent un large éventail de tâches médicales complexes (p. ex. : liées à la multimorbidité et qui vont au-delà des protocoles);
 - Les tâches réalisées par les IPS varient de l'exécution de tâches basées uniquement selon le protocole (c'est-à-dire tâches délimitées) à l'exécution de tâches plus complexes;
 - Les infirmiers cliniciens dispensent des soins infirmiers, préparent le travail des *elderly care physicians* et les accompagnent dans la prise en charge médicale des résidents (p. ex. : évaluation des résidents en situation aiguë).

1.3 Variation en termes en collaboration avec les *elderly care physicians* :

- La collaboration avec les *elderly care physicians* varie en fonction du nombre d'intervenants impliqués;
- Certains adjoints au médecin, IPS et infirmiers cliniciens ont des réunions structurées avec un *elderly care physician*, alors que d'autres n'ont que des rencontres *ad hoc*;
- La plupart des IPS et des adjoints au médecin décrivent les résidents desservis comme étant ceux dont ils sont responsables. D'autres professionnels rapportent travailler sur l'unité en partenariat avec l'*elderly care physician*. Au besoin, les IPS et les adjoints au médecin demandent de l'aide à un *elderly care physician* (supervision ou consultation par les pairs);
- Les infirmiers cliniciens travaillaient principalement sous la supervision d'un *elderly care physician*;
- L'accord de collaboration entre les IPS, les adjoints au médecin ou les infirmiers cliniciens et les *elderly care physicians* sur la prescription de médicaments et les responsabilités est nommé comme étant important pour créer de la clarté;
- Le niveau de confiance/lien personnel entre les *elderly care physicians* et les IPS, les adjoints au médecin ou les infirmiers cliniciens sont rapportés être plus importants que les accords formels;

- Les IPS, les adjoints au médecin ou les infirmiers cliniciens doivent toujours être en mesure de contacter un *elderly care physician* pour une consultation par téléphone ou en face à face.

1.4 Différentes idées sur les responsabilités :

- Préoccupation des professionnels par les conséquences juridiques relatives à la substitution de responsabilités : ils souhaitent connaître les aspects légaux de cette forme de chevauchement des compétences;
- Différentes opinions exprimées sur la responsabilité des IPS, des adjoints au médecin ou des infirmiers cliniciens :
 - Certains adjoints au médecin et IPS statuent qu'ils ont la responsabilité finale de leurs propres actions et limites et qu'ils sont capables d'exercer en tant que praticien en chef; d'autres ont déclaré que seuls les ECP pouvaient avoir cette responsabilité finale. Les IPS dispensent des soins de santé qui combinent les soins infirmiers et les soins médicaux, alors que les adjoints au médecin fournissent principalement des soins médicaux;
 - Certains *elderly care physicians* déclarent détenir systématiquement la responsabilité finale relative à l'administration de soins, alors que d'autres décrivent une responsabilité partagée. Certains *elderly care physicians* croient que les adjoints au médecin peuvent assumer une plus grande responsabilité que les IPS;
 - La plupart des infirmiers cliniciens déclarent que les *elderly care physicians* ont toujours la responsabilité finale relative à l'administration de soins de santé. Ceux-ci dispensent principalement des soins infirmiers; ils ne sont autorisés à effectuer des procédures réservées que lorsqu'ils sont qualifiés et après avoir reçu les instructions d'un médecin, d'un IPS ou d'un adjoint au médecin.

2. Variation dans l'organisation du chevauchement de compétences

2.1 Manque de vision :

- Raisons rapportées pour justifier l'embauche d'un IPS, d'un adjoint au médecin ou d'un infirmier clinicien: remplacer ou soutenir les *elderly care physicians*, améliorer la qualité des soins de santé et réduire les dépenses;
- Absence d'une « vision » claire sur les rôles, les tâches et les responsabilités de chaque professionnel, considérée comme un préalable afin de soutenir le déploiement d'une forme de chevauchement des compétences (p. ex. : substitution).

2.2 Manque d'acceptation :

- L'acceptation des IPS, des adjoints au médecin ou des infirmiers cliniciens à ce sujet est initiée à partir du développement de connaissances (niveau de familiarité) sur les différents acteurs (p. ex. : résidents, proches, professionnels de la santé eux-mêmes) en ce qui a trait à leurs fonctions, leurs tâches et leurs responsabilités respectives;
- Certains adjoints au médecin sont nommés « médecins résidents » ou « IPS » : perçu comme un problème d'acceptation ou une absence de vision au sein de l'organisation.
- Problèmes liés au champ de pratique des professionnels :
 - Les IPS rapportent que les adjoints au médecin sont davantage axés sur la médecine. Ils se demandent si les adjoints au médecin sans formation en soins infirmiers peuvent travailler dans ce type de milieu;
 - Les adjoints au médecin perçoivent que les IPS ne peuvent travailler que dans une seule spécialité médicale; les soins en milieu d'hébergement et de soins de longue durée leur apparaissent trop « vastes » pour eux;
 - Les infirmiers cliniciens partagent une vision de leur rôle plus large pour eux-mêmes que celle décrite par les autres professionnels interrogés.

2.3 Facteurs personnels :

- Les facteurs personnels sont vus comme éléments contributifs à la diversité relative à l'organisation du changement apporté par le recours au chevauchement des compétences :
 1. Parmi les *elderly care physicians* : diversité notamment rapportée en termes de volonté de partager les responsabilités et du niveau d'expérience;
 2. Parmi les IPS : diversité notamment rapportée en termes de niveau d'expérience antérieure et de niveau d'autonomie;
 3. Parmi les adjoints au médecin: degré de variation supplémentaire rapportée qui semble s'expliquer en raison de leur formation professionnelle (p. ex. : physiothérapeute, infirmier).
- Nécessité de rechercher une harmonisation dans l'opérationnalisation de chaque collaboration prenant individuellement place entre les *elderly care physicians* et les IPS/adjoints au médecin;
- La diversité de ces facteurs décrite parmi les infirmiers cliniciens n'est pas rapportée comme étant significative.

3. Impact en dépit de la variation observée

3.1 Valeur ajoutée :

- Les IPS, les adjoints au médecin et les infirmiers cliniciens sont rapportés comme des intervenants qui ont contribué à la qualité des soins de santé en améliorant la continuité de ceux-ci;
- Quoique les IPS et les infirmiers cliniciens se distinguent eux-mêmes des *elderly care physicians* dans le domaine des soins infirmiers, la valeur ajoutée rapportée est relativement similaire d'un groupe de professionnels à un autre. Cette valeur ajoutée concerne principalement l'amélioration des soins centrés sur le résident (p. ex. : connaissance des personnes hébergées, implication des proches) et le temps pris (accessibilité) auprès de ceux-ci;
- Les IPS, les adjoints au médecin et les infirmiers cliniciens sont rapportés comme ayant soutenu l'équipe de soins, notamment en ayant rappelé les responsabilités de chacun tout en se positionnant à côté et non au-dessus de chacun de même qu'en ayant compris la pratique quotidienne au sein du milieu d'hébergement.

3.2 Évolution du rôle des *elderly care physicians* :

- Le rôle des *elderly care physicians* est passé d'un rôle pratique à un rôle plus éloigné des patients et enfin, à celui de coordonnateur;
- Ils rapportent avoir plus de temps pour d'autres tâches professionnelles, telles que celles relatives aux soins complexes et aux groupes de travail de même que celles dans d'autres milieux de pratique;
- Ils rapportent manquer le contact avec les patients, risquer de perdre leurs compétences et d'avoir davantage de quarts de travail de nuit et de fin de semaine (parce que la plupart des IPS, des adjoints au médecin et des infirmiers cliniciens n'ont pas fait ces quarts).

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

