

Retour vers le futur: soins primaires à domicile pour les Canadiens âgés confinés à la maison

Partie 2: où nous allons

Nathan Stall MD Mark Nowaczynski PhD MD CCFP FCFP Samir K. Sinha MD DPhil FRCPC

Soins primaires à domicile au Canada

Déclin des visites à domicile au Canada. La prestation des soins primaires par l'entremise des visites à domicile au Canada connaît un déclin constant¹. Le Sondage national des médecins de 2010 révélait que seulement 42,4 % (une baisse par rapport à 48,3 % en 2007) des omnipraticiens au Canada faisaient des visites à domicile^{2,3}. Malheureusement, ces sondages n'ont pas cerné la fréquence à laquelle les médecins répondants faisaient des visites à domicile⁴ et, par conséquent, la proportion de ceux qui en font une composante régulière de leur pratique est probablement moins élevée.

Les médecins canadiens de soins primaires ont identifié divers obstacles nuisant aux visites à domicile, y compris les contraintes de temps, la rémunération insuffisante, le transport et des préoccupations quant à la sécurité⁵. Un sondage auprès de résidents en médecine familiale en 2011 à la University of Toronto en Ontario a aussi révélé que les stagiaires considéraient le manque de modèles de rôles dans la prestation de services de visites à domicile comme étant un obstacle à la pratique des soins primaires à domicile à l'avenir (Akhtar et Liu, données non publiées, 2011).

Justification d'offrir des soins primaires à domicile au Canada. L'émergence de soins primaires à domicile à l'extérieur du Canada a retenu récemment l'attention des décideurs provinciaux aux prises avec les impératifs démographiques créés par la population vieillissante au pays. Les Canadiens plus âgés représentent actuellement 14 % (4,8 millions) de la population nationale⁶; par contre, étant donné que les premiers de la génération des baby boomers ont atteint l'âge de 65 ans en 2011, on peut s'attendre à ce que cette population double au cours des 2 prochaines décennies, tandis qu'on s'attend à ce que le nombre des personnes de plus de 85 ans quadruple⁸. Cette situation exercera des pressions sans précédent sur le système de santé canadien⁹.

Les adultes plus âgés font aussi grimper les coûts de la santé au pays—45 % des dépenses en santé des gouvernements provinciaux et territoriaux leur sont attribuables¹, car ils ont tendance à utiliser une quantité

disproportionnée des services de santé de courte durée plus coûteux¹¹. Étant donné que les patients qui ont un accès limité aux soins primaires engendrent des coûts plus élevés en soins de santé et reçoivent une moins bonne qualité de soins dans l'ensemble¹², il sera nécessaire d'élaborer des façons d'offrir des soins primaires plus accessibles.

Quoique l'information à l'appui de soins primaires à domicile soit limitée au Canada, il y a de plus en plus de données probantes provenant de certains programmes locaux qui étayaient la justification d'élargir ce modèle de prestation des soins primaires au pays. Par exemple, dans le programme House Calls à Toronto, en Ontario, décrit comme «un centre de médecine de famille mobile»¹³, on a signalé que chez les patients inscrits après une hospitalisation repère (âge moyen de 87 ans), il y a eu une réduction de 29 % des réadmissions non prévues à l'hôpital et 67 % de ses patients ont pu mourir à la maison¹⁴. Ce programme fournit des soins primaires complets et continus à des patients âgés frêles et confinés à la maison par l'intermédiaire d'une équipe interprofessionnelle dirigée par un médecin de famille avec le soutien d'un gériatre. Il existe aussi des programmes solides et efficaces en Colombie-Britannique, notamment l'intervention Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home (soins primaires interdisciplinaires intégrés aux aînés à domicile) à Victoria, où on a constaté chez ses patient une réduction de 39,7 % ($P = ,004$) des admissions à l'hôpital, une baisse du nombre de jours d'hospitalisation de 37,6 % ($P = ,04$) et une diminution de 20 % ($P = ,20$) dans les visites à l'urgence après leur inscription dans cette pratique^{4,15,16}.

Étant donné les avantages financiers importants de soutenir des soins primaires accrus à domicile pour les patients âgés frêles et confinés à la maison, le gouvernement libéral de l'Ontario a récemment promis 60 millions de dollars par année pour l'expansion des services à domicile par les médecins¹⁴. De plus, le récent rapport de la Commission sur la réforme des services publics de l'Ontario (rapport Drummond) a également encouragé la plus grande expansion

possible des soins à domicile¹⁷. Parallèlement, les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Manitoba ont aussi exprimé leur intérêt à élaborer des programmes de soins primaires à domicile pour les personnes âgées⁴. De fait, l'environnement politique est propice et le Canada est bien positionné pour adopter ce modèle nécessaire de soins primaires dans de multiples régions.

Regard vers l'avenir

Élaboration de programmes efficaces et adaptables. Dans la première partie de notre commentaire¹⁸ (page e120), nous indiquions que les données probantes les plus convaincantes provenaient du Veterans Affairs System des États-Unis, qui fonctionne largement selon les mêmes principes que la *Loi canadienne sur la santé*¹⁹. La réussite de ses programmes est attribuable en partie à l'uniformisation des standards dans la prestation des soins primaires complets et continus à domicile.

Il est nécessaire de comprendre qu'il est difficile d'élargir ce genre de soins au sein d'une région et d'une région à l'autre avec un seul modèle. Nous croyons qu'il est possible de réussir l'expansion des soins primaires à domicile dans l'ensemble du Canada à l'aide de modèles mixtes qui épousent les principes communs de recourir à des équipes interprofessionnelles dirigées par un professionnel des soins primaires et qui se partagent le travail en dehors des heures normales pour les problèmes urgents. Une telle approche permettra l'élaboration de programmes de soins primaires à domicile qui peuvent s'adapter aux organismes de soutien communautaires, aux équipes de médecine familiale et aux pratiques familiales indépendantes qui existent sur place¹⁴.

Il importe de ne pas considérer les modèles de soins primaires à domicile isolément, mais de les voir plutôt comme une partie d'un continuum intégré de services de soins primaires et spécialisés. Étant donné l'état de santé fragile des patients que dessert ce modèle, les programmes doivent anticiper que les besoins de soins de leurs patients évolueront et nécessiteront peut-être éventuellement des milieux et des services plus soutenus comme des soins palliatifs à domicile^{20,21}. D'autre part, il se peut que, dans ce modèle de soins, l'état de santé et le fonctionnement général de patients s'améliorent au point où ils pourront retourner aux soins primaires en cabinet.

La répartition inégale des médecins de soins primaires, surtout en régions rurales et éloignées, posera un défi particulier à l'adoption des soins primaires à domicile au Canada. Le Veterans Affairs System aux États-Unis a atténué ce problème en confiant à des infirmières praticiennes et à des adjoints du médecin le rôle de professionnel des soins

primaires²². De plus, les progrès technologiques comme la télésanté ont aussi permis la prestation de soins primaires à domicile à des adultes plus âgés confinés à la maison en régions rurales²³.

La prolifération de ce modèle nécessitera aussi l'élaboration de mesures incitatives sur le plan de la rémunération. Par exemple, on a récemment ratifié en Ontario un modèle de rémunération alternatif pour les soins aux aînés qui prévoit l'équivalent d'un salaire à temps plein pour les médecins de famille qui fournissent spécifiquement des soins primaires continus à domicile²⁴. Une telle rémunération fera de la médecine à domicile un choix de carrière plus viable financièrement pour les médecins de famille, ce que les modèles de rémunération à l'acte et leurs limites ne permettaient pas.

Enfin, la conception des programmes de soins primaires à domicile au Canada exigera une prise en compte attentive de leurs populations cibles. La façon dont Medicare définit les personnes confinées à la maison en utilisant simplement des critères physiques est utile du point de vue de la réduction des coûts. Par contre, les experts en politique de la santé estiment que cette définition pourrait être trop restrictive et omettre de prendre en compte la complexité et l'hétérogénéité de la population pouvant bénéficier de soins primaires à domicile²⁵. Les concepteurs de programmes canadiens et les décideurs provinciaux devront donc envisager des critères d'inclusion plus larges pour assurer que ces programmes sont accessibles à tous les patients âgés confinés à la maison dont les besoins ne sont pas bien satisfaits par les soins primaires habituels en cabinet. Pour ces adultes plus âgés, des soins primaires à domicile devraient être considérés comme une nécessité plutôt qu'une simple question pratique.

Éducation et formation. Les experts ont reconnu que la viabilité des programmes de soins primaires à domicile actuels et futurs dépendra d'une éducation efficace en médecine à domicile^{26,27}. À cet effet, Hayashi et ses collaborateurs ont élaboré un nouveau cursus sur les visites à domicile à l'intention des résidents en médecine interne et, dans une étude connexe sur les résultats pédagogiques, on a signalé des améliorations substantielles dans les connaissances, les habiletés et les attitudes pertinentes à la médecine à domicile²⁶. Les éducateurs canadiens en médecine devraient envisager de telles initiatives éducatives pour mieux former les étudiants en médecine, les résidents et les boursiers, ainsi que les médecins qui pratiquent actuellement en soins primaires et spécialisés en ce qui a trait aux soins primaires à domicile. Il faudrait aussi des efforts concertés au Canada pour augmenter le recrutement dans des programmes de formation en médecine gériatrique et en soins aux aînés en médecine familiale, et

enrichir la formation en gériatrie durant la résidence de base en médecine familiale pour combler des lacunes critiques chez les professionnels de la santé concernant les soins aux adultes âgés et frères²⁸.

Recherche et évaluation. Il faudrait plus de recherche portant sur les aspects fonctionnels des programmes de soins primaires à domicile et leurs résultats connexes. Pour que la définition d'adulte âgé confiné à la maison soit utile pour cibler les patients qui bénéficieraient de soins primaires à domicile, il faudrait élaborer des critères de sélection standardisés à l'aide d'outils de dépistage validés. Enfin, l'amélioration de la qualité de ce modèle de soins reposera sur des études prospectives randomisées de grande qualité qui mesureront des paramètres importants pour le patient, les proches aidants et le système, comme la satisfaction et la qualité de vie, ainsi que les visites à l'urgence, les hospitalisations, les admissions en soins de longue durée et les analyses de la rentabilité globale²⁰. Cette recherche pourrait aussi contribuer à optimiser les évaluations à domicile en identifiant des pratiques fondées sur des données probantes.

Conclusion


Il existe un besoin urgent d'élaborer des modèles de soins primaires plus efficaces pour mieux desservir les adultes canadiens plus âgés confinés à la maison et frères, surtout que leur nombre ne fera que se multiplier au cours des prochaines décennies⁹.

Bon nombre des programmes de soins à domicile étudiés dans les ouvrages spécialisés sont des programmes d'intervention directe à domicile qui ne font que compléter les soins en cabinet. Malheureusement, cette réalité a empêché de faire des comparaisons efficaces avec des programmes plus complets de soins primaires à domicile qui ont été étudiés dans les synthèses critiques et les méta-analyses existantes, ce qui en définitive a retardé l'élaboration, l'acceptation et la dissémination plus large d'un solide modèle commun²⁷.

Les programmes de soins primaires à domicile spécifiquement conçus qui ont fait leur apparition aux États-Unis peuvent influencer considérablement les résultats pour le patient, les aidants et le système. Des données probantes de grande qualité produites par le Veterans Affairs System et d'autres démontrent que ces programmes peuvent réduire substantiellement les visites à l'urgence, les hospitalisations et les admissions en soins de longue durée. Au Canada, ces résultats sont essentiels pour maintenir la qualité de vie et le fonctionnement des adultes plus âgés, et pour assurer la viabilité générale du système de santé.

Quoique les médecins de famille canadiens se soient détournés des visites à domicile, nous sommes d'avis

que le Canada est bien positionné pour adopter le modèle contemporain émergent de soins primaires à domicile. L'intérêt récent du monde politique et la réussite de modèles expérimentaux locaux ont pris de l'ampleur^{13,14} et nous enjoignons les gouvernements provinciaux à continuer à investir dans l'élaboration et l'expansion de ces programmes.

Enfin, nous lançons un appel aux dirigeants de la médecine universitaire de se faire les défenseurs de l'éducation médicale et de la recherche sur l'amélioration de la qualité qui sont axées sur la prestation de soins primaires à domicile pour les adultes âgés confinés à la maison. C'est ainsi qu'on pourra assurer la viabilité du système de santé canadien et fournir de meilleurs soins à l'une de nos populations les plus vulnérables et marginalisées. 

D^r Stall est résident de première année en médecine interne à la University of Toronto en Ontario. **D^r Nowaczynski** est directeur clinicien de House Calls: Interdisciplinary Mobile Team Serving Frail Seniors au programme Senior Peoples' Resources in North Toronto (SPRINT), et professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de la Faculté de médecine de la University of Toronto. **D^r Sinha** est directeur de la Gériatrie au Mount Sinai et dans les hôpitaux du University Health Network à Toronto, directeur provincial de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées en Ontario et professeur adjoint de médecine à la University of Toronto et à la Faculté de médecine Johns Hopkins.

Intérêts concurrents

D^r Nowaczynski est directeur clinicien de House Calls, un programme de soins primaires et spécialisés interprofessionnels à domicile, desservant les adultes frères, marginalisés et confinés à la maison à Toronto, en Ontario. **D^r Nowaczynski** et **Sinha** sont 2 des 4 principaux chercheurs dans le cadre d'une subvention BRIDGES de 395 000 \$ pour un projet intitulé «Bridging Care for Frail Older Adults: A Study of Innovative Models Providing Integrated Home-based Primary Care in Toronto».

Correspondance

D^r Samir K. Sinha, Mount Sinai Hospital, Suite 475, 600 University Ave, Toronto, ON M5G 1X5; téléphone 416 586-4800, poste 7859; télécopieur 416 586-5113; courriel ssinha@mtsinai.on.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Chan BT. The declining comprehensiveness of primary care. *CMAJ* 2002;166(4):429-34.
- Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2010 *National Physician Survey*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2010.
- Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2007 *National Physician Survey*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2007.
- Walkinshaw E. Back to black bag and horse-and-buggy medicine. *CMAJ* 2011;183(16):1829-30.
- Eaton B. Why we do not make housecalls. *Can Fam Physician* 2000;46:1945-7 (ang), 57-9 (fr).
- Statistique Canada. *Statistics Canada, population estimates 1971-2010*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2010.
- Marlet L, Malenfant EC. *Portrait of the Canadian population in 2006, by age and sex, 2006 census*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2007.
- Statistique Canada. *Population projections for Canada, provinces and territories: 2009 to 2036*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2010.
- Sinha SK. Why the elderly could bankrupt Canada and how demographic imperatives will force the redesign of acute care service delivery. *Healthc Pap* 2011;11(1):46-51, discussion 86-91.
- Institut canadien d'information sur la santé. *National health expenditure trends, 1975 to 2011*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2011.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Health care in Canada 2011: a focus on seniors and aging*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2011.

12. Bodenheimer T, Fernandez A. High and rising health care costs. Part 4: can costs be controlled while preserving quality? *Ann Intern Med* 2005;143(1):26-31.
13. Gutkin C. Housecalls—rediscovering a lost art. *Can Fam Physician* 2010;56(7):724 (ang), 723 (fr)
14. Akhtar S, Pham TN, Nowaczynski M, Sinha S. *Bridging care for frail older adults: a study of innovative models providing home-based care in Toronto*. Toronto, ON: BRIDGES; 2011.
15. Chan C. House calls could be the answer for Canada's stressed health-care system. *The Province* 2011 Oct 25. Accessible à: www.theprovince.com/House+calls+could+answer+Canada+stressed+health+care+system/5525851/story.html. Accédé le 30 janvier 2013.
16. Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with primary integrated interdisciplinary elder care at home. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(7):1340-6. Cyberpub. du 13 juin 2012.
17. Ministère des Finances de l'Ontario. *Commission on the reform of Ontario's public services*. Toronto, ON: Ministère des Finances de l'Ontario; 2012. Accessible à: www.fin.gov.on.ca/en/reformcommission. Accédé le 30 janvier 2013.
18. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 1: where we are now. *Can Fam Physician* 2013;59:237-40 (ang), e120-4 (fr).
19. Cooper DF, Granadillo OR, Stacey CM. Home-based primary care: the care of the veteran at home. *Home Healthc Nurse* 2007;25(5):315-22.
20. Beck RA, Arizmendi A, Purnell C, Fultz BA, Callahan CM. House calls for seniors: building and sustaining a model of care for homebound seniors. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(6):1103-9. Cyberpub. du 27 avril 2009.
21. Wajnberg A, Wang KH, Aniff M, Kunins HV. Hospitalizations and skilled nursing facility admissions before and after the implementation of a home-based primary care program. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(6):1144-7. Cyberpub. du 7 mai 2010.
22. Beales JL, Edes T. Veteran's Affairs Home Based Primary Care. *Clin Geriatr Med* 2009;25(1):149-54, viii-ix.
23. United States Department of Veterans Affairs. *Rural health: a health frontier*. Washington, DC: United States Department of Veterans Affairs; 2011. Accessible à: www.va.gov/health/NewsFeatures/20110324a.asp. Accédé le 31 janvier 2013.
24. Ontario Medical Association. Summary of resolutions OMA Board of Directors meetings July-Sept 2011. *Ont Med Rev* 2011;4:48.
25. Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J et collab. Physical and mental health of homebound older adults: an overlooked population. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(12):2423-8. Cyberpub. du 10 novembre 2010.
26. Hayashi J, Christmas C, Durso SC. Educational outcomes from a novel house call curriculum for internal medicine residents: report of a 3-year experience. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(7):1340-9. Cyberpub. du 13 juin 2011.
27. Leff B, Burton JR. The future history of home care and physician house calls in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(10):M603-8.
28. Wong R. Who is going to look after our aging Canadians? *The Province* 2011 Oct 24. Accessible à: www.theprovince.com/health/Essay+going+look+after+aging+Canadians/5525834/story.html. Accédé le 31 janvier 2013.

— * * * —