

La coordination des soins des patients vulnérables aux besoins complexes

Résumé

- Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick prédit, pour les sept prochaines années, une augmentation de 100 millions de dollars du coût des soins prodigués aux patients aux besoins complexes, soit les patients qui ont plusieurs maladies chroniques, souvent des aînés.
- Le manque d'intégration et de coordination des soins entre les fournisseurs de services communautaires, sociaux et médicaux destinés aux patients aux besoins complexes constitue un fardeau pour le système de soins de première ligne et influe sur la qualité des soins.
- Les résultats de l'évaluation de l'équipe de projet concernant les services du programme extra-mural (PEM) de Miramichi parlent en faveur du développement d'une approche fondée sur la gestion de cas (GC) intégrée qui permette de coordonner les services communautaires, sociaux et médicaux offerts aux patients admissibles. Cette approche fondée sur la GC a été réalisée par des services paramédicaux communautaires dans le but, d'une part, de réduire le taux de visites aux services des urgences (SU) et d'hospitalisation des patients aux besoins complexes et, d'autre part, d'améliorer la santé générale, le bien-être et la qualité de vie de ces patients.
- Quatre-vingt-dix-huit patients aux besoins en soins complexes ont été inscrits au programme de GC. Ces patients avaient plus de 55 ans, avaient reçu un diagnostic de plus de trois problèmes de santé chroniques et s'étaient rendus plus de trois fois aux urgences durant l'année précédant l'étude.
 - Trente-trois patients étaient, selon leur identification, issus de Premières Nations – 23 femmes, 10 hommes
 - Soixante-cinq patients provenaient du PEM de Miramichi – 37 femmes, 28 hommes
- Deux cent quatre travailleurs de la santé soutenaient le programme de GC intégré
 - Cent vingt-huit gestionnaires de cas – 70 femmes, 58 hommes
 - Soixante-seize ambulanciers paramédicaux communautaires – 45 femmes, 31 hommes

Secteur d'intervention du PPAS

Des parcours de soins novateurs

Dates de début et de fin du projet

Du 1^{er} septembre 2019 au 31 mars 2023

Organisation/Agence

Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick

Lieu

Comté de Northumberland

Chercheurs principaux :

Antonia Arnaert et Pierre Godbout (Université McGill)

Responsable de projet

[Ginette Pellerin](#), vice-présidente, Programme extra-mural, Medavie

Indicateur	Effet / Extrait / Résultat	Citation
Reduction des taux de visites au SU et des hospitalisations	<p>À partir des dossiers médicaux des patients, 592 besoins liés à des GC ont été organisés en 69 catégories. Les besoins courants comprenaient la mobilité, la santé mentale, les décisions de fin de vie et la gestion des médicaments.</p> <p>Des tests statistiques ont montré que le traitement des besoins médicaux (par ex., tests médicaux, fonctionnement des reins) et non médicaux (par ex., autres options de logement légales, pénurie de vêtements) liés à la GC des patients ont entraîné une diminution substantielle ($p < .001$) des visites au SU et des hospitalisations durant les six mois suivant la fin du programme, par rapport aux 12 mois le précédant.</p>	<p>« Je pense que ce programme va permettre au gouvernement de gagner beaucoup de temps et d'économiser une foule de ressources au niveau des soins de santé. Je pense aussi qu'il va permettre à beaucoup de Néo-Brunswickois de demeurer confortablement et de vivre heureux chez eux ou dans leur propre environnement. [...] Nous sommes tellement contents que ma maman prenne part à ce projet pilote. Et je pense que ça l'aide à éviter tant l'hôpital que les foyers de soins de longue durée. »</p> <p>- Patient du programme de GC</p>

Indicateur	Effet / Extrait / Résultat	Citation
Santé et qualité de vie améliorées	<p>En dépit de leur satisfaction totale (100 %) envers les services de GC, la qualité de vie des patients <u>n'a pas changé</u> entre le point de 12 mois précédant le programme et le point de six mois après leur participation au programme, si ce n'est une confiance <u>accrue</u> dans l'aide reçue issue de leurs réseaux sociaux (famille, amis ou voisins; $p = 0,025$).</p> <p>Les données issues des entretiens ont montré que l'éducation sur la gestion des médicaments fondée sur la GC a prévenu la prise de médicaments potentiellement nocive.</p>	<p>« Je ne pouvais pas me permettre d'acheter des lunettes, parce que je n'avais pas d'emploi à cause de la pandémie. Elle [la gestionnaire de cas] m'a demandé si j'avais besoin d'une quelconque aide médicale, et j'ai dit mes lunettes. Alors, c'est l'aide qu'ils m'ont apportée. Je viens juste de recevoir un appel des fabricants me disant qu'ils ont reçu le paiement de la bande pour que je puisse obtenir mes lunettes. »</p> <p>- Patient du programme de GC</p>
Meilleure coordination des soins entre les services sociaux et médicaux et les organisations communautaires	<p>La réponse aux besoins liés à la GC des patients dépend du nombre de visites à domicile et d'interactions à distance (par ex., appels téléphoniques) des gestionnaires de cas du PEM, ainsi que du nombre d'hospitalisations et de visites au SU des patients durant/après le programme ($p < 0,05$).</p> <p>Lors d'entretiens, les patients ont indiqué que leurs gestionnaires de cas avaient répondu à leurs besoins individuels rapidement, en toute connaissance de cause et de façon solidaire.</p> <p>Bien que les gestionnaires de cas ($n = 3$) aient indiqué lors d'un sondage que tous les patients aux besoins complexes devraient recevoir des services de GC, ils ont aussi mentionné certains problèmes concernant la prestation du programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gestionnaires de cas se sont dits insatisfaits du processus de mise en œuvre, de la formation reçue et des processus collaboratifs avec les autres travailleurs de la santé. • Le système de documentation médicale sur papier était inefficace et inefficent. 	<p>« Elle [la gestionnaire de cas] m'a aidé à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste que j'essayais de rencontrer depuis des mois. C'est difficile de voir ces gens-là; elle [la gestionnaire de cas] m'a ouvert cette porte en une semaine. C'est quelque chose que j'attendais, comme, depuis trois, quatre mois. »</p> <p>- Patient du programme de GC</p> <p>« Elle [la gestionnaire de cas] m'explique les choses qui sont à ma disposition, et me fixe des rendez-vous avec un physiothérapeute. Elle va chercher quelqu'un qui viendra chez moi pour m'aider à faire le ménage. Elle m'a parlé de différentes organisations auprès desquelles je serais admissible. »</p> <p>- Patient du programme de GC</p>

Méthodes et comparaison

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour analyser les dossiers médicaux et hospitaliers des patients. On a utilisé des méthodes quantitatives pour évaluer les changements dans la qualité de vie des patients et leur satisfaction envers le programme de GC. Vu la taille restreinte des échantillons, il faut interpréter ces données avec prudence lorsqu'on les utilise pour prendre des décisions. On a appliqué des méthodes d'entrevue qualitative pour comprendre l'efficacité de la prestation du programme de GC.

Conclusions et leçons apprises

- Les participants ont vécu un nombre bien inférieur de visites au SU et/ou d'hospitalisations après leur participation au programme de GC.
- Bien que les cliniciens aient été insatisfaits du manque de processus et de politiques lors de la mise en œuvre du programme, ils se sont tous accordés pour dire que la GC est importante pour répondre aux besoins des patients aux besoins en soins complexes.
- Le gestionnaire de cas a rationalisé la communication et la prestation des services en fournissant des connaissances sur les ressources externes auparavant inconnues dans leur rôle clinique au chevet du patient.

- Une documentation médicale électronique complète est essentielle à la communication efficace entre les travailleurs de la santé et au partage de l'information médicale des patients.

Recommandations

- Il faut élaborer et distribuer un modèle de GC et un programme de formation pour tout le personnel du PEM avant d'étendre le programme à la province.
- Il faut solliciter la participation des gestionnaires de cas aux processus de prise de décisions concernant la prestation du programme de GC.
- Il faut que les paramédicaux communautaires participent aux examens des charges de travail quotidiennes du PEM avant les visites planifiées aux patients afin de faciliter les évaluations prioritaires et la prise en charge adéquate des besoins des patients.
- Il serait utile de former les patients du PEM pour qu'ils puissent utiliser le « Plan de soins commun » afin d'améliorer la continuité des soins.
- Il faut intégrer la paramédecine communautaire complémentaire, la GC et les services du PEM.

Étapes suivantes

L'équipe du projet soumettra une analyse de rentabilisation au ministère de la Santé pour obtenir des fonds supplémentaires afin de poursuivre les services paramédicaux communautaires dans le cadre du programme de GC.

Clause de non-responsabilité

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Avec le financement de



Agence de la santé publique du Canada Public Health
Agency of Canada