

Résumé

- Le Programme extra-mural (PEM) du Nouveau-Brunswick offre un service intitulé Réadaptation et réhabilitation (R&R). Ce service à domicile offre aux aînés vulnérables des soins à court terme intensifs après une hospitalisation ou un problème de santé. Il a pour objectif de leur rendre leur autonomie pour qu'ils puissent demeurer chez eux.
- Lorsqu'un patient en R&R a un problème de santé urgent, il ne trouve pas toujours une réponse prompte à son besoin dans la communauté. C'est pourquoi il se retrouve souvent aux urgences ou doit être ré-hospitalisé. Cette lacune peut constituer un fardeau tant pour le système de santé que pour le patient.
- Pour y remédier, le PEM a, en 2022, intégré une infirmière praticienne (IP) à son équipe de soins de santé interdisciplinaire. L'IP aide les fournisseurs de soins de R&R à répondre aux besoins des patients en R&R à l'extérieur de l'hôpital.
- Ce projet a servi à évaluer si le nouveau modèle de soins du programme de R&R avec IP :
 - a aidé le personnel du PEM à se sentir plus en confiance et soutenu dans ses rôles, et/ou
 - a accru la confiance des autres fournisseurs de soins dans leur aiguillage des patients vers le service de R&R.
- Détails sur le participant :
 - Personnel du PEM : Membres de l'équipe pluridisciplinaire du PEM (par ex., physiothérapeutes, ergothérapeutes, adjoints en réadaptation)
 - Sondages : 29 participants (19 de la région de Saint John (SJ)/Kennebecasis Valley (KV), 10 d'Edmundston);
 - Groupe de réflexion : 9 participants de la région de SJ.
 - Fournisseurs de services extérieurs au PEM : Fournisseurs de soins de santé non employés par le PEM, mais travaillant en étroite collaboration avec des clients du PEM et/ou des clients en R&R à l'hôpital ou dans la communauté (médecins, infirmières responsables, etc.)
 - Sondages : 17 participants de la région de SJ.

Secteur d'intervention du PPAS

Recours aux approches communautaires pour régler les inégalités en matière de santé

Dates de début et de fin du projet

De mai 2021 à mars 2023

Organisation/Agence

Ministère de la Santé/PEM

Lieu

Saint John (SJ)/Kennebecasis Valley (KV)

Indicateur	Effet / Extrait / Résultat	Citation
Inégalité dans les services de santé (Personnel du PEM)	57 % des membres du personnel du PEM s'accordent ou s'accordent vivement pour dire qu'ils étaient satisfaits de l'intégration d'une IP au programme de R&R.	« Je pense qu'il s'agit d'un complément très positif pour l'équipe de R&R ainsi que pour nos clients. Notre principal objectif est d'aider une personne à demeurer chez elle durant sa période de réadaptation, et l'infirmière praticienne rend ce processus bien plus efficace et plus efficient, et permet à nos clients d'obtenir de meilleurs résultats. Et je n'ai rien trouvé de négatif à cette façon de faire qui, à mon sens, devrait être plus répandue. »

Indicateur	Effet / Extrait / Résultat	Citation
Inégalité dans les services de santé (Personnel du PEM)	Le personnel a convenu que l'intégration d'une IP permet de combler une lacune substantielle du modèle de soins antérieur et de graves lacunes du système de soins.	« Parfois, lorsque les [patients en R&R] n'avaient pas de médecin de famille et que le problème était aigu lorsque j'arrivais, [la PI] a été en mesure de m'aider à naviguer ce système un peu plus efficacement. »
	L'intégration d'une IP n'a pas amélioré la confiance du personnel du PEM dans son rôle/sa capacité de desservir les patients en R&R.	« Je disais simplement non; en fait, je pense qu'en général les intervenants du programme extra-mural font du bon boulot, vous savez, tout le personnel fait du bon travail pour veiller à ce que nos clients aient la bonne quantité de soins. Alors, je ne pense pas que l'IP a vraiment changé quelque chose. Elle n'a pas causé de changement à cet égard, je pense. »

Inégalité dans les services de santé (Personnel extérieur au PEM)

- Les fournisseurs de services extérieurs au PEM ne doutaient pas que les intervenants du PEM pouvaient offrir une aide de qualité, mais n'étaient que modérément d'accord pour dire que cette aide arrivait au bon moment. L'intégration de l'IP dans l'équipe du PEM n'a pas sensiblement changé cet avis.
- La connaissance et la compréhension du programme de R&R variaient chez les participants extérieurs au PEM, ce qui laisse penser que les processus et les options de service du PEM ne sont pas adéquatement communiqués aux partenaires de soins externes. Il pourrait donc être nécessaire d'éduquer davantage les partenaires de soins externes.
- La majorité des fournisseurs de services extérieurs au PEM (83 %) ont indiqué que le nombre des patients hospitalisés qu'ils avaient aiguillés vers le programme de R&R n'avait pas augmenté au cours des six derniers mois (i.e., depuis la mise en œuvre du programme de R&R avec IP).

Méthodes et comparaison

- Les membres du personnel du PEM et les fournisseurs de services extérieurs au PEM de trois unités de R&R ont répondu à un sondage préalable à l'étude un mois avant le lancement du modèle de soins avec IP.
 - Deux unités du PEM ont planifié l'intégration d'une IP (SJ et KV); l'une d'entre elles ne l'a pas fait (Edmundston). Cependant, une seule IP a été embauchée.
- Six mois après l'intégration de l'IP dans l'équipe de soins du PEM, un sondage postérieur à l'étude a été administré au personnel du PEM et aux fournisseurs de services extérieurs au PEM de trois unités de R&R.
- On a organisé des groupes de réflexion avec le personnel du PEM de SJ neuf mois après le lancement du modèle de R&R avec IP.
- En raison de la taille restreinte de l'échantillon de participants, aucune analyse statistique comparative entre les sites d'intervention (SJ/KV) et le site témoin (Edmundston) n'a été réalisée.
- Aucun fournisseur de soins primaires (FSP) n'a été retenu pour participer à l'étude.

Conclusions et leçons apprises

- Le modèle de soins du programme de R&R avec IP pourrait aider à remédier aux défis du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et permettre à davantage d'aînés de vieillir chez eux.
- L'IP a réalisé des tâches susceptibles d'influer sur la capacité d'un patient de demeurer chez lui, comme :
 - Offrir des conseils et des directives sur les cas des patients
 - Établir des liens avec des fournisseurs de soins primaires et des spécialistes
 - Commander et interpréter des tests médicaux
 - Servir de FSP temporaire pour les patients qui n'ont pas de FSP dans la communauté, entre autres.
 - Note : Avant l'intégration d'une IP dans le PEM, les personnes sans FSP ne pouvaient pas obtenir de services de R&R.
- En réalisant ces tâches, l'IP chargée des soins de R&R :
 - a amélioré l'aide/orientation médicale dans la gestion des soins à domicile;
 - a permis aux patients en R&R d'obtenir des soins médicaux;
 - a permis à l'équipe du PEM d'acquérir des connaissances médicales d'une nouvelle envergure.
- Le nombre d'aiguillages vers les services de R&R n'a pas augmenté suite à l'intégration de l'IP. Ce résultat peut peut-être s'expliquer par le fait que les fournisseurs de services extérieurs au PEM ont pensé que les services disponibles étaient limités et que les listes d'attente étaient longues, selon ce qu'indiquaient les données du sondage. Comme il y a aussi une pression pour libérer rapidement les patients des soins de courte durée, les fournisseurs de services ont dû craindre que les intervenants du PEM/des services de R&R ne puissent pas répondre suffisamment promptement.
- Bien que les membres du personnel du PEM n'aient pas exprimé un niveau de confiance sensiblement différent après l'intervention, ils se sont sentis soutenus par l'IP.
- Dans l'ensemble, les membres du personnel du PEM ont eu le sentiment que la présence de l'IP dans l'équipe interdisciplinaire pouvait améliorer la qualité et l'efficacité des soins communautaires prodigués par le PEM. En offrant des soins qui permettent aux patients d'éviter les urgences, on peut améliorer l'efficacité du système de soins de santé de la province.
- Cependant, la disponibilité limitée de personnel d'aide à domicile expérimenté empêche d'offrir aux patients en R&R des soins communautaires de qualité.

Recommandations

- Engager des infirmières praticiennes supplémentaires et étendre leurs services à tous les patients du PEM pour améliorer l'aide clinique.
- Améliorer la communication interne (par ex., équipe pluridisciplinaire du PEM) et externe (par ex., FSP, fournisseurs de soins extérieurs au PEM) concernant le rôle et la portée de la pratique de l'IP.
- Examiner les pratiques actuelles du programme de R&R/du PEM en matière d'efficacités.
- Élaborer des stratégies pilotes pour remédier à la disponibilité limitée de personnel d'aide à domicile expérimenté.

Étapes suivantes

On a accordé la priorité à deux des recommandations : (1) Étendre les services de l'IP à tous les patients du PEM et (2) Améliorer la communication concernant le rôle et la portée de la pratique de l'IP. Pour réaliser ces objectifs, on a pris les mesures suivantes :

- Création d'un groupe de pratique clinique provincial pour l'IP du PEM
- Un projet pilote visant à remédier à la disponibilité limitée du personnel d'aide à domicile ([Améliorer l'accès opportun aux préposés aux soins personnels des aînés bénéficiant de services de réadaptation et de réhabilitation](#)).

Parmi les mesures à venir, mentionnons :

- La poursuite des discussions avec la province afin de préconiser les services d'une IP du PEM à l'échelle de la province.
 - Les IP du PEM travaillent actuellement dans les zones quatre, cinq et six. Le rôle de l'IP a été intégré dans les politiques et les procédures existantes du PEM, dont le processus de gestion des aiguillages et les mesures de la charge de travail actuelle.
 - L'accès du patient à l'IP du PEM est géré par le centre de coordination des soins du PEM.
- Le développement d'une stratégie de communication à long terme pour expliquer le rôle de l'IP aux équipes internes et externes.

Avertissement

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