

# Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick



Avril 2003

New  Nouveau  
**Brunswick**  
C A N A D A

**Santé et Mieux-être**

---

## ÉVOLUTION DES SOINS DE SANTÉ À DOMICILE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

En 1979, un comité interministériel recommande au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick de créer une nouvelle composante au sein du système de santé afin de faire face aux changements démographiques prévisibles et à l'utilisation accrue des lits d'hôpital. Par conséquent, une nouvelle entité, l'hôpital extra-mural (maintenant appelé le Programme extra-mural), a vu le jour dont le vaste mandat consiste à :

- fournir des possibilités autres que l'admission à l'hôpital;
- faciliter un congé hâtif de l'hôpital;
- fournir des possibilités autres que l'admission au foyer de soins ou permettant de la repousser;
- fournir des soins à long terme;
- fournir des services de réadaptation;
- fournir des soins palliatifs;
- faciliter la coordination des services de soutien et l'accès à ces derniers.

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) accepte ses premiers clients en 1981. Le programme est mis en œuvre progressivement au cours des douze années suivantes et, depuis 1993, il s'étend à chacune des régions de la province.

Le PEM n'était pas censé réduire immédiatement les coûts des soins de santé. Les avantages économiques du PEM devaient se faire sentir à long terme, découlant en partie des économies qui seraient réalisées en n'ajoutant pas d'autres lits d'hôpital.

Le PEM est marqué par une croissance et un développement constants :

- En 1989, la responsabilité des soins infirmiers de longue durée passe des services de la santé publique au service extra-mural.
- En 1991, le service extra-mural et le ministère des Services familiaux et communautaires s'associent pour la réalisation d'un projet visant à offrir un point d'accès unique en matière de services de santé et de services sociaux aux personnes âgées de plus de 65 ans. Ce programme est élargi en 1997 afin d'inclure les adultes ayant des handicaps.
- En 1996, la responsabilité du service extra-mural est transférée aux corporations hospitalières régionales et s'appelle dorénavant le Programme extra-mural.
- Finalement, en 1997, tous les services de réadaptation communautaires, y compris ceux qui sont fournis aux écoles et aux foyers de soins, sont regroupés dans le PME.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME) est responsable de la direction générale du PEM à l'échelle provinciale. Conjointement avec les régies régionales de la santé, le ministère :

- dirige le développement du programme;
- favorise le maintien de forums provinciaux afin d'orienter le programme et de fournir des avis sur des questions liées au programme;
- assure la disponibilité de services cohérents de soins de santé à domicile partout dans la province;
- établit des politiques et des normes provinciales;
- finance et supervise le programme.

Chaque RRS est chargée de la prestation des services du PEM dans sa région.

---

## DESCRIPTION DU PROGRAMME

---

La mission du Programme extra-mural (PEM) est :

*« d'offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. »*

Cette mission est accomplie en offrant un ensemble de services, y compris les soins aigus, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Le programme offre également des services professionnels, comme les services de médecins et d'infirmières, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie, l'inhalothérapie, les services sociaux et les services de nutrition clinique. Le diagramme A présente une description graphique du PEM.

Trente emplacements de prestation de services au Nouveau-Brunswick offrent des services infirmiers 24 heures par jour, 365 jours par année. Ces services sont assurés par des quarts réels d'infirmières ou, à tout le moins, des infirmières en disponibilité. Au besoin, les dispositions nécessaires sont prises dans le cadre du PEM pour offrir des services limités de soins à domicile à court terme comme les soins personnels. Ce service est offert principalement aux patients recevant des soins palliatifs en vue d'améliorer et d'appuyer le réseau de soutien informel au cours des dernières semaines avant le décès du patient.

Les services de soins à domicile à long terme sont offerts par l'entremise du programme d'évaluation de point d'accès unique et sont financés par le ministère des Services familiaux et communautaires.

Tous les résidents du Nouveau-Brunswick qui répondent aux critères d'admissibilité du programme ont accès aux services offerts par le PEM. L'aiguillage par un médecin est requis pour l'admission au programme, sauf dans le cas des services de réadaptation, pour lesquels les clients peuvent être aiguillés par eux-mêmes, par un membre de la famille ou une autre personne.

Les services du PEM sont offerts conformément à la politique et aux procédures cliniques provinciales en vue d'assurer des services de soins de santé à domicile de qualité et uniformes dans l'ensemble de la province. Les fonctions principales du PEM comprennent l'évaluation, l'intervention, la consultation et la collaboration, l'éducation et la formation, ainsi que la planification et la coordination des services. Les clients admissibles aux services de soins de santé à domicile reçoivent les médicaments et les fournitures nécessaires pour appuyer l'intervention exigée, conformément au besoin et à la raison de l'aiguillage au programme. Le PEM est le payeur de dernier recours pour tous les médicaments. La majorité des patients reçoivent donc l'aide d'autres payeurs.

Le programme est géré en fonction d'un modèle de services axés sur la clientèle, dans lequel la prestation de services est effectuée selon les besoins évalués des clients et de leur famille, de même que d'un plan de soins et de congé établi par une entente mutuelle. Les fournisseurs de services du PEM sont des experts en services de soins à domicile plutôt que des spécialistes d'une maladie précise ou d'un secteur du programme. Cette approche permet d'offrir des services de soins de santé sûrs et efficaces, tout en facilitant la prestation continue de soins aigus.

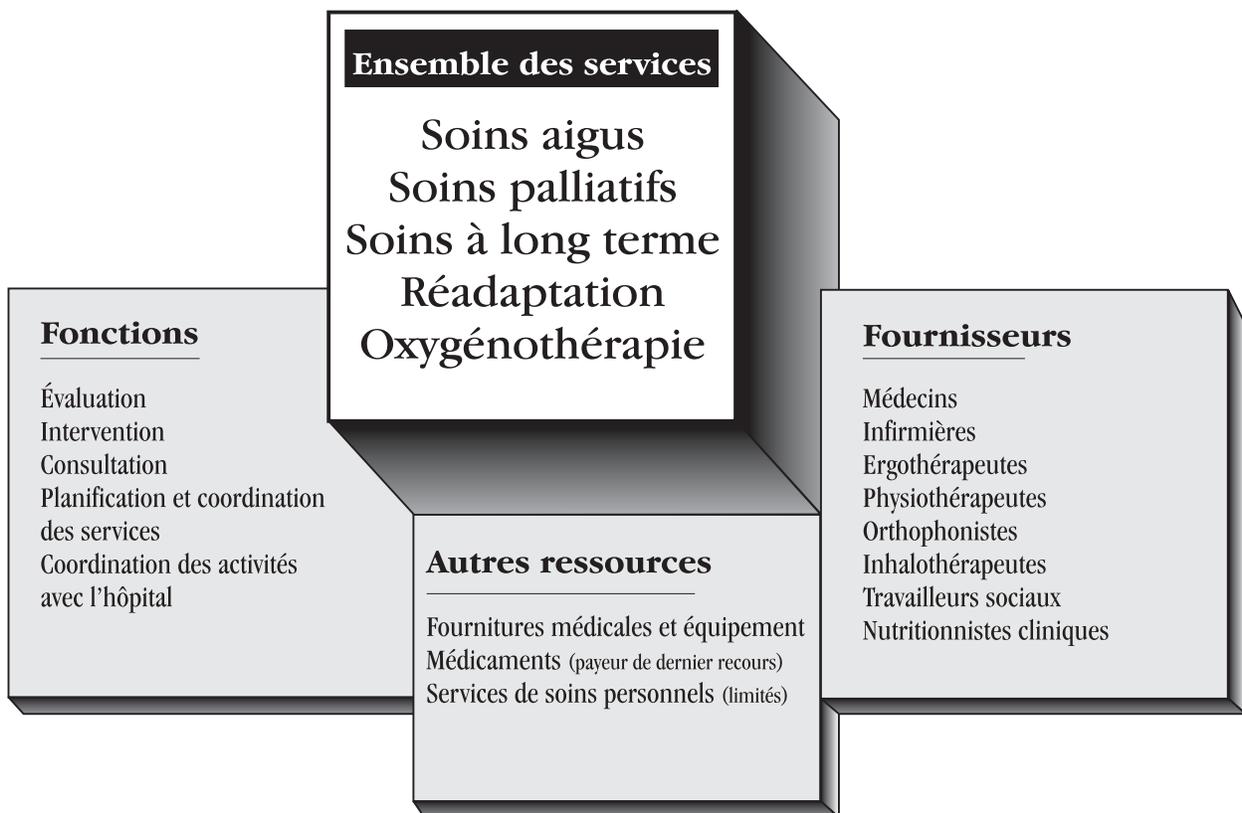
Tous les fournisseurs de services professionnels autres que les médecins sont des employés du programme et relèvent de l'équipe de gestion de l'unité de prestation de services. Cette structure facilite un travail d'équipe interdisciplinaire étroit et réduit le nombre de fournisseurs de services avec lesquels le client et sa famille font affaire, et ce, sans compromettre la qualité des soins. Un membre de l'équipe est le fournisseur de services de premier recours et se charge de la coordination des soins de santé et de la planification des services.

L'infirmière de liaison occupe une place essentielle dans l'organisation; la coordination des services de soins hospitaliers, à domicile et communautaires a été nécessaire à la réussite du programme. Dans le cadre de ses responsabilités, l'infirmière de liaison :

- s'engage dans la planification coopérative du congé de l'hôpital et du retour à domicile;
- réduit les hospitalisations inopportunes en offrant des services à domicile et communautaires;
- informe le personnel de l'hôpital de la portée et des limites du programme;
- fournit des renseignements aux clients et aux familles;
- se charge d'obtenir les services et les équipements nécessaires avant le congé de l'hôpital.

Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du PEM et ils sont rémunérés à l'acte pour les services offerts aux clients à domicile (visites, appels, consultations, admissions). La participation des médecins à la prestation de services de soins de santé à domicile est un élément essentiel de la réussite du programme dans l'ensemble.

#### Diagramme A : Description sommaire du PEM



Le modèle de prestation des services du PEM a évolué au fil des années et se fonde toujours sur une approche axée sur la clientèle et sur les énoncés suivants :

1. Tous les Néo-Brunswickois ont accès à des services de soins à domicile, au besoin, dans leur foyer et leur communauté, afin d'atteindre et de maintenir un niveau de santé optimal.
2. Les soins de santé à domicile sont de nature holistique et sont offerts par l'entremise de services coordonnés. Afin de répondre aux besoins identifiés du client, les fournisseurs de services reconnaissent la contribution des autres fournisseurs, établissent des communications efficaces et travaillent en collaboration dans le cadre de partenariats.
3. Les services de santé à domicile doivent être offerts dans un environnement sécuritaire pour le client et pour le fournisseur de services du Programme extra-mural.
4. La culture, l'expérience, les connaissances et les droits du client prévalent dans la relation entre le client et le fournisseur de services, et y sont essentiels. Les services sont fournis en fonction des besoins du client.
5. La meilleure méthode de prestation des services de soins de santé à domicile est par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire qui assure la coordination des cas pour chaque client et chaque famille.
6. Une approche visant l'amélioration continue de la qualité est essentielle à la prestation de services de soins de santé à domicile qui répondent aux besoins changeants des clients et de la communauté.
7. Les services de soins de santé à domicile doivent intégrer l'utilisation pertinente et le soutien de l'autotraitement du client ainsi que des fournisseurs de services formels et informels.
8. La formation et la sensibilisation pertinentes des autres fournisseurs de services de santé en fonction des besoins du client sont essentielles à la prestation de services de soins à domicile de qualité.
9. L'établissement et le maintien d'un environnement d'apprentissage continu sont essentiels pour recruter des fournisseurs de services compétents, innovateurs et efficaces et les convaincre de rester.

---

## FINANCEMENT ET STATISTIQUES DU PROGRAMME EXTRA-MURAL

---

Le MSME finance le PEM au moyen d'un budget protégé intégré à l'enveloppe de financement global de chaque RRS. On estime que les dépenses réelles totales du PEM au cours de l'exercice financier 2002-2003 s'élèvent à 42,3 millions de dollars; le budget pour l'exercice 2003-2004 est de 43,8 millions de dollars, ce qui représente environ 3 % du budget total du ministère de la Santé et du Mieux-être. Les dépenses totales incluent les salaires et les avantages sociaux, les médicaments, l'oxygène, l'équipement médical et autres fournitures, les services externes, l'équipement, le parc de véhicules, les éléments divers, les établissements et les frais de location.

En 2001-2002, les salaires et les avantages sociaux représentaient 78 % des dépenses totales, tandis que les médicaments et l'oxygène représentaient 12 %.

Plus de 640 postes équivalents à temps plein financés sont liés au PME dans la province. En 2001-2002, 18 359 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites a atteint 453 813 (321 905 visites par des infirmières et 131 911 visites par d'autres professionnels de la santé), et 119 575 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services aux clients et aux familles par téléphone).

Environ 62 % des clients qui ont reçu des services sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 16 %, de 75 à 84 ans – 26 % et plus de 85 ans – 20 %). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 11 % des clients recevant des services et les adultes constituent 27 % des clients.

Des soins infirmiers sont offerts à environ 70 % des clients admis au PEM. Parmi les clients recevant des soins infirmiers, 70 % requièrent des soins aigus et 30 % des clients requièrent des soins de longue durée.

Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux résidents des foyers de soins.

Environ de 4 à 5 % des cas du PEM reçoivent des soins palliatifs et 5 % des cas profitent du service d'oxygénothérapie à long terme.

STATISTIQUES – 2001-2002		
	Visites	Appels téléphoniques
Services infirmiers	321 905	83 677
Ergothérapie	25 207	10 968
Physiothérapie	29 591	7 550
Inhalothérapie	24 407	4 388
Diététiste professionnelle	13 206	4 498
Travailleur social	5 239	2 260
Orthophonie	34 258	5 814
Admissions		17 964
Congés		18 359
Coût moyen par visite		89,0 \$
Coût par unité de charge de travail en soins infirmiers (minute)		1,15 \$
Coût par unité de charge de travail en réadaptation (minute)		1,14 \$
Admissions par 1 000 habitants		26,19

---

## LEÇONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK DANS LES SOINS DE SANTÉ À DOMICILE

---

1. La fonction des soins de santé aigus à domicile exige une équipe complète et travaillant en collaboration pour répondre aux besoins du client et de la famille. Une des composantes essentielles des soins aigus a trait à la prestation de services de soutien de courte durée à domicile, comme par exemple les soins personnels. On a tendance à négliger le rôle joué par les services de soutien à court terme dans les soins aigus, car on présume que le réseau de soutien informel répondra à ces besoins particuliers. La prestation de services de soutien de courte durée adéquats doit être prise en compte si l'on veut que le rôle de remplacement ou de substitut des soins à domicile soit accompli de manière à assurer la qualité du service pour le patient et pour la famille.
2. Le recours accru aux soins aigus à domicile au Nouveau-Brunswick est le résultat de plusieurs facteurs dont :
  - la conception planifiée d'un système complet de soins de santé à domicile;
  - la reconnaissance de lacunes dans les services de soins de santé, l'identification du potentiel de soins de santé dans la communauté et l'élaboration de solutions pour combler ces lacunes;
  - l'engagement de tous les intervenants par rapport à l'importance du rôle des soins à domicile et communautaires et aux avantages des soins à domicile;
  - une augmentation du nombre de procédures de chirurgie ambulatoire et de chirurgie d'un jour dont le suivi nécessite des soins à domicile;
  - l'adaptation aux progrès technologiques dans le domaine des soins de santé, notamment en ce qui concerne l'équipement;
  - la demande des patients pour des services à domicile c'est-à-dire des soins palliatifs;
  - l'appui des médecins au programme.
3. Les services de soins de santé à domicile doivent communiquer ce qu'ils peuvent offrir mais plus important encore, ce qu'ils ne sont pas en mesure d'offrir. On doit s'abstenir de présumer que, parce qu'un service peut être exécuté à domicile, il doit être obligatoirement fait à domicile. Cette justification n'est pas suffisante. Elle ne tient pas compte des facteurs complexes du milieu de vie du patient, notamment l'adaptabilité du foyer aux services, c'est-à-dire la sécurité du patient et des fournisseurs de services, la présence ou non d'un réseau de soutien et la capacité du réseau de soutien et des fournisseurs de services d'assurer les soins de santé requis.
4. Les services de soins de santé à domicile sont des soins onéreux; il ne s'agit pas de soins de deuxième classe, mais plutôt de soins de première classe qui conviennent aux besoins du patient et de la famille. Malheureusement, nombreux sont ceux qui présentent les soins de santé à domicile comme la panacée à tous les problèmes de santé, exagérant les bénéfices nets plutôt que de considérer les soins à domicile comme une option parmi d'autres pour la prestation des services.
5. C'est un défi de financer la croissance des services de soins de santé à domicile dans le contexte des pressions croissantes qui s'exercent sur l'ensemble du système de santé. Les pressions qui touchent les services de santé en établissement ont également des incidences sur les services de soins de santé à domicile, notamment l'augmentation du prix des médicaments, la pénurie de personnel dans le domaine de la santé et les progrès technologiques réalisés en matière d'équipements, d'interventions, etc.

---

## RÉSUMÉ

---

Les services de soins de santé à domicile sont une composante légitime et distincte du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick ayant un rôle particulier à jouer dans le continuum des soins de santé, un rôle qui va de paire avec les soins ambulatoires et les soins en établissement. Le Programme extra-mural est une option acceptable pour la prestation de soins de santé dans notre province et, pour de nombreux patients qui bénéficient des soins de santé aigus, de longue durée ou des soins palliatifs, c'est non seulement le premier choix, mais également le choix optimal en matière de soins de santé. La qualité du programme actuel témoigne de la solidité des bases qui ont été jetées au début des années 1980.

Le Programme extra-mural a atteint sa maturité mais pas son terme. Adaptable, il évolue sans cesse pour relever les nouveaux défis afin de favoriser la prestation de services de soins de santé durables et de qualité dans la province.