

*Des soins de santé  
sans murs*

---

PROGRAMME  
EXTRA-MURAL DU  
NOUVEAU-BRUNSWICK

---



En 1979, un comité interministériel recommandait au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick de créer une nouvelle composante au sein du système de santé afin de gérer les changements démographiques prévisibles et de réagir à la forte utilisation des lits d'hôpitaux. Par conséquent, un nouvel organisme, l'Hôpital extra-mural (maintenant appelé Programme extra-mural), a alors vu le jour avec le vaste mandat suivant :

- ***Fournir une solution de rechange à l'admission à l'hôpital;***
- ***Faciliter un congé rapide de l'hôpital;***
- ***Fournir une solution de rechange à l'admission au foyer de soins ou permettre de repousser celle-ci;***
- ***Fournir des soins de longue durée;***
- ***Fournir des services de réadaptation;***
- ***Fournir des soins palliatifs;***
- ***Faciliter la coordination et la prestation de services de soutien.***

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) a accepté ses premiers clients en 1981. Il a été mis en œuvre progressivement au cours des douze années suivantes et, depuis 1993, il s'étend à toutes les régions et à tous les secteurs de la province.

D'entrée de jeu, on ne s'attendait pas à ce que le PEM permette de réduire immédiatement les coûts des soins de santé. On affirmait plutôt que les avantages économiques du PEM se feraient sentir à long terme et qu'ils découleraient en partie des économies réalisées en n'ajoutant pas d'autres lits d'hôpitaux.

L'histoire du PEM est celle d'une croissance et d'un développement constants :

- En 1989, la responsabilité des soins infirmiers de longue durée est passée des services de la Santé publique au Programme extra-mural.
- En 1991, le PEM et le ministère des Services familiaux et communautaires se sont associés pour réaliser un projet de point d'entrée unique pour la prestation de services de santé et de services sociaux aux personnes âgées de plus de 65 ans. Ce programme a ensuite été élargi en 1997 afin d'inclure les adultes handicapés.
- En 1996, la responsabilité du PEM est passée d'un organisme unique aux corporations hospitalières régionales.
- En 1997, tous les services de réadaptation communautaires, y compris ceux qui étaient fournis aux écoles et aux foyers de soins, ont été regroupés sous le PEM.
- En 2001, un nouveau système d'information et un dépôt provincial de données ont été mis en place dans toute la province pour recueillir des données cliniques et administratives.
- En 2005, le PEM a mis en œuvre le service de télésanté pour fournir une surveillance à distance aux clients atteints d'une maladie chronique telles la défaillance cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique, et il a évalué l'utilisation de ce service.
- En 2005, des fonds attribués pour l'amélioration des services de soins aigus et de soins palliatifs à domicile ont inclus vingt-huit nouveaux infirmiers/infirmières, trois travailleuses/travailleurs sociaux et une/un inhalothérapeute. En 2006, des fonds ont été attribués pour les services de quinze spécialistes de la réadaptation, et un montant considérable a été accordé à la prestation de services de soutien de courte durée.

- En 2006, le PEM célébrera vingt-cinq ans de services de soins à domicile dans les communautés du Nouveau-Brunswick.

Présentement, le PEM est encore un organisme établi dans les régies régionales de la santé (RRS). Le ministère de la Santé est responsable de la direction générale du PEM à l'échelle provinciale. En collaboration avec les RRS, le Ministère :

- dirige le développement du Programme;
- favorise la création de forums provinciaux afin d'orienter le Programme et de fournir des avis sur des questions qui y sont liées;
- assure la disponibilité de services de soins à domicile uniformes 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, de maintien ou de restaurer leur santé dans le cadre de leur vie quotidienne, et de dispenser des soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes d’une maladie évolutive qui menace leur vie. »***

Le PEM s’acquitte de sa mission en fournissant un ensemble de services, y compris des soins aigus, des soins palliatifs, des soins de longue durée, la réadaptation et l’oxygénothérapie à domicile. Il fournit des services professionnels, notamment les services de médecins, d’infirmières/infirmiers, d’ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d’orthophonistes, d’inhalothérapeutes, de travailleuses/travailleurs sociaux et de diététistes cliniques.

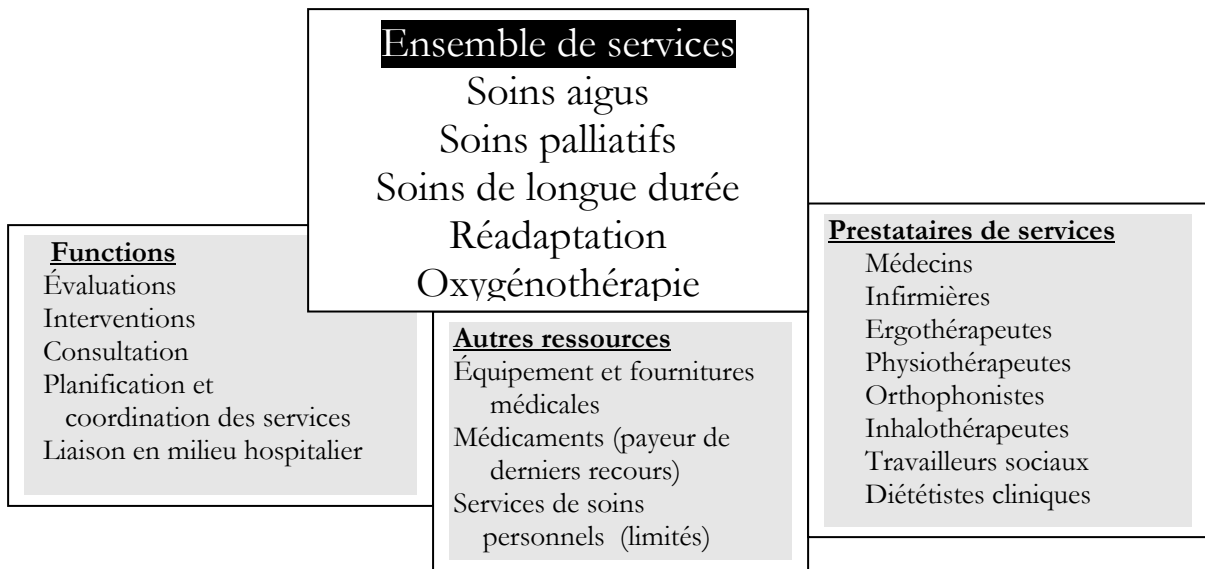
Trente points de services au Nouveau-Brunswick fournissent les services du PEM 24 heures par jour, 365 jours par année, par l’entremise de quarts réels d’infirmières ou, à tout le moins, des services d’une infirmière en disponibilité. Au besoin, le PEM achète des services de soutien à la personne, pour une courte durée. Ces services sont fournis principalement aux clients recevant des soins palliatifs en vue d’améliorer et d’appuyer leur réseau de soutien informel au cours des dernières semaines avant leur décès et aux clients ayant besoin de soins aigus de courte durée.

Les services de soutien à domicile de longue durée sont accessibles par l’entremise du programme d’évaluation du point d’entrée unique et ils sont financés par le ministère des Services familiaux et communautaires.

Tous les résidents du Nouveau-Brunswick sont admissibles aux soins de santé à domicile. Ils doivent être aiguillés vers les services par un médecin qui agit comme médecin traitant, sauf dans le cas des services de réadaptation, pour lesquels les clients peuvent s’autoaiguiller, ou être aiguillés par un membre de leur famille ou par une autre personne.

Les médecins sont des membres à part entière de l’équipe des soins de santé à domicile du PEM et ils sont rémunérés à l’acte pour les services fournis à domicile (visites, appels, consultations et admissions). La participation des médecins a été un élément très important de la réussite générale du Programme.

Les services du PEM sont fournis conformément à la politique et aux procédures cliniques provinciales en vue d’assurer des services de soins à domicile de qualité et uniformes dans l’ensemble de la province. Toutes les professions ont établi des pratiques privilégiées.



Les services essentiels 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 dont la demande de services de soins à domicile est acceptée reçoivent les médicaments et les fournitures nécessaires pour appuyer l'intervention exigée, conformément au besoin et à la raison de l'aiguillage vers le Programme. Celui-ci est le payeur de dernier recours de tous les médicaments, la majorité des clients recevant l'aide d'autres payeurs.

Le PEM est opère sur la base d'un modèle de prestation de services axés sur le client, dans lequel les services sont fournis selon les besoins évalués du client/famille et selon un plan de soins/congé établi par une entente mutuelle. Les prestataires de services du PEM sont des experts en services de soins de santé 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 efficaces et de faciliter la continuité des soins.

Tous les prestataires de services professionnels autres que les médecins sont des employés du PEM et ils relèvent de l'équipe de gestion de l'unité de prestation de services. Cette structure facilite un travail en étroite collaboration de l'équipe interdisciplinaire et elle permet de réduire le nombre de prestataires de services avec lesquels le client et sa famille font affaire. Un membre de l'équipe est le prestataires de services primaire et il a la responsabilité de coordonner les soins et de planifier les services.

L'infirmière de liaison occupe un poste clé dans l'organisation. La coordination des soins entre l'hôpital, le foyer et la communauté a été essentielle à la réussite du Programme. Pour s'acquitter de cette responsabilité, l'infirmière de liaison :

- Participe à la planification coopérative du congé de l'hôpital et du retour à domicile;
- Réduit les hospitalisations inappropriées en organisant les services à domicile ou en communauté;
- 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 l'équipement nécessaires avant le congé de l'établissement hospitalier.

Le modèle de prestation des services du PEM a évolué au fil des années, mais il se fonde toujours sur une approche axée sur le client et sur les convictions suivantes :

1. *Tous les Néo-Brunswickois auront accès à des soins de santé à domicile, dans leur foyer et leur communauté, s'ils en ont besoin, afin d'atteindre et de maintenir un niveau de santé optimal.*
2. *Les soins de santé à domicile sont de nature holistique et ils sont fournis par l'entremise de services coordonnés. Afin de répondre aux besoins déterminés du client, les prestataires de services reconnaissent la contribution des autres prestataires, établissent des communications efficaces et travaillent en collaboration dans le cadre de partenariats.*
3. *Les services de soins de santé à domicile doivent être fournis dans un environnement sécuritaire pour le client et pour le prestataire de services du PEM.*
4. *La culture, les expériences, les connaissances et les droits du client prévalent dans la relation entre le client et le prestataire de services, et ils sont au cœur de cette relation. 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 /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 soins de santé à domicile doivent intégrer l'utilisation et le soutien pertinents de l'autotraitement du client ainsi que des prestataires de services formels et informels.*
8. *La formation/l'éducation pertinentes des autres prestataires de services de santé (client, prestataires de services formels et informels) en fonction des besoins du client sont essentielles à la prestation de soins de santé à domicile de qualité.*
9. *L'établissement et le maintien d'un milieu d'apprentissage continu sont essentiels pour recruter et maintenir en poste des prestataires de services compétents, innovateurs et efficaces.*

Le ministère de la Santé finance le PEM au moyen d'un budget 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 2005-2006 se sont élevées à 54 millions de dollars. Le budget du PEM représente environ 3 % du budget total du ministère de la Santé. Les dépenses totales incluent les salaires et les avantages sociaux, les médicaments, l'oxygène, les fournitures médicales et autres, les services externes, l'équipement, le parc de véhicules, les éléments divers, les établissements, les frais de location et l'amortissement.

Le PEM compte plus de 669 postes équivalents à temps plein financés dans la province. En 2005-2006, 19 008 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites effectuées a atteint 439 711 (dont 307 077 par des infirmières et 132 634 par d'autres professionnels), et 148 585 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services aux clients et aux familles par téléphone). On estime qu'il y a eu 26 admissions par 1 000 habitants.

La clientèle qui a reçu des services se composait ainsi : environ 58 % des clients étaient âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 15 %, de 75 à 84 ans – 24 % et plus de 85 ans – 19 %), 12 % des clients étaient des enfants et des adolescents (de la naissance à 18 ans) et 30 % étaient des adultes (de 19 à 64 ans).

Des soins infirmiers ont été fournis à environ 70 % des clients admis au PEM et ces soins se répartissaient ainsi : 70 % de soins aigus et 30 % de soins de longue durée.

Les enfants et les adolescents ont besoin principalement de services de réadaptation à la maison ou en milieu scolaire. De tels services sont également fournis aux résidents des foyers de soins.

Environ 5 à 6 % des clients du PEM reçoivent des soins palliatifs et 5 % profitent du service d'oxygénothérapie de longue durée.

1. La pierre angulaire de soins de santé à domicile de qualité, qu'il s'agisse de soins aigus, de soins palliatifs ou de réadaptation, est la collaboration de toute l'équipe pour répondre aux besoins du client et de la famille. La participation du client et de la famille à la prestation des soins et à la prise de décisions, en tant que partenaires de cette équipe, est essentielle tout comme la collaboration avec les prestataires de soins des établissements et de la communauté est essentielle à la prestation de soins de santé à domicile.
2. Le recours accru aux services de 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 sensibilisation aux lacunes dans les services de soins de santé, reconnaissant le 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 dans la communauté et aux avantages des soins à domicile;
  - une augmentation du nombre de procédures disponibles aux services ambulatoires/chirurgie d'un jour, dont le suivi nécessite des soins de santé à domicile;
  - l'adaptation aux progrès technologiques dans le domaine des soins de santé, notamment en ce qui concerne l'équipement;
  - la demande de services à domicile de la part des clients, notamment des soins palliatifs;
  - l'appui des médecins au Programme.
3. Les services de soins de santé à domicile doivent faire connaître leurs possibilités mais, plus important encore, leurs limites. Il ne faut pas présumer que, parce qu'un service peut être exécuté à domicile, il devrait être fait à domicile et qu'il doit absolument l'être. Cette justification n'est pas suffisante. Elle ne tient pas compte des facteurs complexes du milieu de vie du patient, notamment de l'adaptabilité du foyer aux services, c'est-à-dire de la sécurité du client et des prestataires de services, de la présence ou de l'absence d'un réseau de soutien et de la capacité du réseau de soutien et des prestataires de services d'assurer les soins requis.
4. Les soins à domicile ne sont pas des soins « bon marché », ni des soins de second ordre, mais plutôt des soins de premier ordre, appropriés aux besoins du client/famille. Malheureusement, nombreux sont ceux qui présentent les soins à domicile comme la panacée à tous les problèmes de santé, exagérant les bénéfices nets au lieu de considérer le domicile du client comme l'un des nombreux endroits appropriés à la prestation des services.
5. C'est un défi de financer la croissance des 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 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'équipement et d'interventions, entre autres.

---

## RÉSUMÉ

---

Les soins de santé à domicile sont une composante légitime et distincte du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et ils ont un rôle particulier à jouer dans le continuum des soins de santé, un rôle qui va de pair 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 clients qui bénéficient des services de soins aigus, de longue durée et palliatifs, c'est non seulement le premier choix, mais également le meilleur choix 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. Il reste adaptable et il évolue sans cesse pour relever les nouveaux défis afin de contribuer à la prestation de soins de santé durables et de qualité dans la province.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

FERGUSON, Gordon. *The New Brunswick Extra-Mural Hospital, From Dream to Reality*, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Rapport annuel des services hospitaliers*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Extra-Mural Program Information Standard Reports*, 2005-2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Manuel des politiques provinciales du Programme extra-mural*, 2006.