

**Un plan de services cliniques  
Pour les patientes et patients  
Du réseau de santé Vitalité**

**2014 11 01**

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

Comme organisme de revendications au niveau de la santé pour les francophones, [Égalité Santé en Français Nouveau-Brunswick inc.](#) est heureux de vous soumettre un document de réflexion sur l'élaboration du Plan de services cliniques pour le réseau de santé [Vitalité](#).

Notre document comprendra principalement quatre (4) composantes à savoir la définition du plan, les considérations juridiques, l'argumentation supplémentaire et des considérations par rapport au Plan de services cliniques.

Nous souhaitons, par ce document, ajouter notre grain de sel à la consultation entreprise par le réseau [Vitalité](#) et donner un coup de pouce à l'élan donné par le réseau dans le but de développer un plan de services cliniques adapté aux besoins de la population francophone.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Définition du Plan de services cliniques

Un « Plan des services cliniques » doit décrire, de façon concrète, l'offre de services des soins cliniques dans notre cas de la région Vitalité sur l'ensemble du territoire que la région dessert. De plus, cette offre de service doit être basée sur les besoins de la population qui est desservie par le réseau de santé Vitalité.

Selon le gouvernement du Nouveau-Brunswick, notre système de santé doit, selon les termes utilisés dans le document « Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018<sup>1</sup>

», être fondé sur les sept (7) principes suivants :

« Accès :

La capacité des patients et des clients à obtenir les soins ou services voulus au bon endroit et au bon moment en fonction de leurs besoins respectifs, et ce, dans la langue officielle de leur choix.

Gamme de services appropriée :

Les soins ou services offerts sont adaptés aux besoins des patients ou des clients et sont conformes aux normes établies.

---

<sup>1</sup> GNB, Rebâtir les soins de santé ensemble: Plan provincial de santé 2013-2018

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Efficacité :

Les soins ou services offerts, les interventions pratiquées ou les mesures prises permettent d'obtenir les résultats désirés.

## Efficiences :

En arriver aux résultats désirés en faisant l'utilisation la plus efficiente possible des ressources.

## Équité :

Viser la prestation de soins et de services équitables pour tous.

## Sécurité :

Les risques potentiels de l'intervention ou de l'environnement sont évités ou limités.

## Viabilité clinique :

Les programmes comptent au moins quatre ou cinq fournisseurs et le volume est suffisant pour maintenir l'expertise clinique. »<sup>2</sup>

Lors d'une rencontre que nous avons eue le 9 juillet 2014 avec le sous-ministre de la Santé, monsieur Tom Maston et la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé - Services aux francophones, ces derniers nous ont clairement confirmé que le cinquième principe

---

<sup>2</sup> Ibid, p. 5

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

signifiait l'égalité de services de santé entre les deux communautés linguistiques et, donc, entre les deux régions de santé soit la région francophone [Vitalité](#) et la région anglophone [Horizon](#).

Le Plan des services cliniques devrait ainsi nous décrire de quelle façon le réseau [Vitalité](#) et ses institutions vont livrer les services de santé pour répondre aux besoins de la population qui est desservie par le réseau.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Considérations juridiques

Le 11 mars 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a effectué une réforme majeure au niveau des régions de santé et créait deux régions régionales de santé<sup>3</sup>. Suite à l'intervention d'[Égalité Santé en Français](#), le gouvernement confirmait, le 8 avril 2010<sup>4</sup>, le caractère linguistique des deux régions à savoir que la région A était une région francophone et que la région B était une région anglophone. De plus, le gouvernement reconnaissait que les francophones avaient droit à des institutions de santé qui leur étaient propres et qu'il y avait inégalité de services de soins de santé entre les deux régions : la région francophone étant défavorisée. Le gouvernement devait aussi préparer un plan de rattrapage pour palier à ces inégalités. Ce plan fut annoncé le 30 novembre 2012<sup>5</sup>. Nous avons aussi obtenu, lors de cette entente de

---

<sup>3</sup> GNB, (MS) [Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan](#), Communiqué 2008-03-08

<sup>4</sup> GNB (MS, CPM), [Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé](#), Communiqué 2010 04 08

<sup>5</sup> GNB (MS), [Annonce d'un plan d'action pour des services de santé équitables](#), Communiqué 2012 11 30

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

2010, la confirmation que le [Conseil de santé du N.-B.](#) devait tenir compte des intérêts et des besoins de la communauté francophone et qu'il devait y avoir une représentation de la communauté francophone au sein de [FacilicorpNB](#).

Tout ceci pour dire que par l'entente hors cour entre [Égalité santé en Français](#) et la province, nous retrouvons des arguments juridiques pour avancer que les francophones ont le droit et le devoir de préparer un plan de services cliniques qui leur est propre mais, surtout, qui tient compte de la santé et des besoins de la communauté francophone .

Cette prétention est ainsi confirmée dans la [Loi sur les régies régionales de santé](#)<sup>6</sup>, en particulier, à l'article 32 qui précise les obligations de la régie par rapport à ce qui est intitulé « Plan régional de la santé et d'affaires ». L'article 32 édicte ce qui suit :

« 32(1) Une régie régionale de la santé prépare et soumet au ministre un projet de plan régional de la santé et d'affaires dans le délai et selon la forme fixés

---

<sup>6</sup> GNB, [Loi sur les régies régionales de santé](#), Ch. R-5.05, refondue au premier mai 2010

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

par lui, lequel, compte tenu du plan provincial de la santé, comprend :

- a) les principes sur lesquels se base la prestation des services de santé par la régie régionale de la santé;
- b) les priorités et les objectifs de la régie régionale de la santé pour la prestation des services de santé afin de répondre aux besoins de santé de la région de la santé et, le cas échéant, pour répondre aux besoins de santé des personnes dans d'autres parties de la province;
- c) les services de santé que la régie régionale de la santé fournit et administre, et le lieu où les services sont fournis;
- d) la nature et la portée de toutes initiatives de recherche de base ou appliquée relativement aux soins de santé et aux services de santé;
- e) les programmes de formation des membres de la profession médicale et d'autres professions de la santé, y compris l'établissement de pratiques pour la formation des professionnels de la santé;
- f) les moyens par lesquels les personnes qui résident à l'extérieur de la région pourront avoir accès aux programmes provinciaux de prestation des services de santé fournis par la régie;
- g) les méthodes par lesquelles elle mesurera son rendement à l'égard de la prestation et de l'administration des services de santé;
- h) les initiatives en matière de prestation de services de santé qui entraîneront la dépense de sommes d'argent provenant de fondations, de fiducies ou d'autres fonds sur lesquels la régie régionale de la santé exerce des pouvoirs et des responsabilités de nature fiduciaire ou autre;
- i) toutes initiatives ou arrangements commerciaux auxquels la régie régionale de la santé participe ou se propose de participer;
- j) un plan financier global qui comprend :
  - (i) un état prévoyant la façon dont les ressources humaines et matérielles, y compris les ressources financières, seront affectées pour répondre aux priorités et aux objectifs de la régie régionale de la santé,
  - (ii) un état prévoyant la façon dont la régie se propose d'éliminer ou de réduire son déficit, si elle en a un,
  - (iii) les précisions relatives à tous les investissements détenus par la régie ou en son nom;
- k) toute autre question réglementaire.

**32(2)** Une régie régionale de la santé prépare un plan pour une période couvrant trois exercices financiers, le revoit et le met à jour chaque année pour les trois prochains exercices financiers. »

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

Il nous apparaît clairement que la responsabilité de développer le Plan des services cliniques est une prérogative exclusive de la régie de santé et que les articles 32(1) a, b et c précisent clairement ce pouvoir ou plutôt cette obligation de la régie. Quant au ministre, il conserve le pouvoir de demander à la régie de refaire son travail et d'approuver le Plan en question. Les articles 32(3), 32(4), 32(5) et 32(6) délimitent les pouvoirs et les modalités de renvoi du Plan lors d'un refus d'approbation du plan de la régie par le ministre.

La préparation et la présentation au ministre de la Santé du document intitulé « Clinical Services Plan Update<sup>7</sup>» par les fonctionnaires en décembre 2013 constituent, à notre avis, de l'ingérence de la part des dits fonctionnaires dans la gestion de la régie Vitalité. Même si le document en question est doté de la note « Work in progress – Advice

---

<sup>7</sup> GNB (MS), Clinical Services Plan Update- Work in progress—Advice to minister, 2013 12

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

to Minister », il constitue néanmoins de l'ingérence de la part des auteurs.

Cette ingérence doit être dénoncée par la régie et Égalité Santé appuierait une telle dénonciation dans les affaires de la régie. Non seulement, il faut dénoncer cette action mais il faut obtenir la garantie du ministre que ceci ne se reproduira pas mais surtout que la Loi sur les régions régionales de santé<sup>8</sup> sera respectée par les fonctionnaires.

La régie Vitalité devra au cours des années faire ce genre de rappel aux ministres de la santé qui se succéderont car le dicton le dit si bien: « les gouvernements se succèdent mais les fonctionnaires restent en place ».

---

<sup>8</sup> GNB, Loi sur les régions régionales de santé, Ch. R-5.05, refondue au premier mai 2010

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Argumentation supplémentaire

Tout comme l'indique le Rapport synthèse<sup>9</sup> du réseau de santé [Vitalité](#) le « Clinical Services Plan Update<sup>10</sup> » a de nombreuses lacunes dont les suivantes :

- il semble prendre comme critère le plus important le critère de la viabilité des programmes cliniques mesurable par le volume de procédures médicales par médecin et par le nombre de médecins requis par programme médical pouvant assurer une garde permanente<sup>11</sup> ;
- il est évident que le facteur linguistique n'a pas été considéré. Il nous semble que le document a été fait en favorisant uniquement les institutions de santé anglophones qui sont plus dotées que les institutions francophones ;
- la ruralité de notre province n'a nullement été considérée. Il

---

<sup>9</sup> Gilles Beaulieu, Rapport synthèse – Tournée de consultation auprès des membres du comité consultatif sur les services cliniques du réseau de santé Vitalité (2014 06)

<sup>10</sup> GNB (MS), Clinical Services Plan Update- Work in progress—Advice to minister, 2013 12,

<sup>11</sup> Ibid, p.2

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

est vrai que ce sont les francophones qui vivent majoritairement en milieu rural. Au lieu d'en tenir compte, on met à risque des patients et des patientes qui devront se rendre encore plus loin dans des situations critiques pour obtenir les soins requis ;

- Il est à se demander si les effets de ce plan ont été évalués avant de les mettre sur papier. Pourtant dans le document « Rebâtir les soins de santé ensemble » il est clairement écrit noir sur blanc « Il ne faut pas apporter de changements sans évaluer au préalable les aspects positifs du système et les points à améliorer »<sup>12</sup> ;
- Dans le même document, le gouvernement se donne comme objectif de fournir un meilleur accès aux soins axés sur les patients. Il est difficile de croire que ce facteur est entré en

---

<sup>12</sup> GNB (MS), Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018, p. 11

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

ligne de compte lors de la rédaction du « Clinical Services Plan Update ».

Égalité santé en Français aimerait proposer d'autres arguments et pistes dans le développement du Plan des services cliniques qui sera élaboré par le réseau de santé Vitalité :

1. Nous croyons que l'entente hors-cour intervenue le 8 avril 2010 entre ÉSF et la province peut être utilisée par le réseau pour justifier et appuyer certaines positions comme :
  - La reconnaissance de la régie A comme la régie francophone ;
  - La reconnaissance par la province du droit de la communauté francophone d'avoir ses propres institutions de soins de santé ;
  - La reconnaissance par la province de son obligation de tenir compte de l'égalité des services de soins de santé entre les deux communautés linguistiques de notre province ;
  - La nécessité d'améliorer les services de santé offerts à la population francophone ;
  - La reconnaissance par la province de son obligation de tenir compte de la santé et des besoins en santé de la communauté francophone ;

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

- L'autorité du ministère de la santé de désigner les CHU et les CHAU ;
- La reconnaissance que les services de soins de santé dans les institutions de santé francophones sont moins pourvus que les services de soins de santé dans les institutions anglophones ;
- L'obligation pour la province d'établir un plan quinquennal pour s'assurer que les services de soins de santé dans les institutions de santé francophones soient aussi pourvus que les services de soins de santé dans les institutions anglophones ;

2. Nous croyons que la désignation de l'Hôpital Dr-G.-L.-Dumont comme Centre Hospitalier Universitaire doit être plus exploitée. Un CHU doit avoir une gamme de services de tous les niveaux tant au niveau des soins cliniques, de la recherche que de la formation médicale. Dans ce sens, nous joignons en annexe la synthèse de ce que devrait être un CHU faite par le président d'ÉSF, Dr Dupuis, lors d'une rencontre avec le Bureau de direction du réseau Vitalité le 21 janvier 2013 (annexe 1) et les commentaires ( annexe 2) que

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

nous avons fait parvenir au ministre de la santé en février 2014 sur les commentaires qu'il avait lui-même exprimés par rapport aux recommandations contenues dans notre mémoire de juin 2013 et, plus particulièrement, à la recommandation 15 (Annexe 3);

3. Le [Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont](#) (CHUD) doit à lui seul justifier le maintien et l'ajout de services de soins de tous les niveaux et, ainsi, contrebalancer les efforts de coupures des fonctionnaires dans les services aux francophones ;
4. Le réseau de santé Vitalité a obtenu dernièrement la reconnaissance de trois (3) CHAU soit [l'Hôpital régional d'Edmundston](#), [l'Hôpital Régional de Campbellton](#) et [l'Hôpital régional Chaleur](#). Il faut se souvenir que la possibilité pour le ministre de reconnaître des CHU et des CHAU était une

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

composante de l'entente hors cour entre la province et Égalité Santé;<sup>13</sup>

5. Nous pouvons clairement argumenter que notre système de santé est différent du système anglophone. C'est une autre caractéristique reconnue par la jurisprudence qui justifie encore une fois le droit de gestion de nos institutions;
6. Les CHAU comme institutions universitaires justifieraient des investissements majeurs pour qu'ils puissent jouer leur rôle ;
7. Puisque nous avons eu l'annonce du plan de rattrapage le 30 novembre 2012<sup>14</sup>, il s'agit d'une reconnaissance par le gouvernement provincial que les francophones ont besoin et le droit d'être traités différemment de la structure anglophone puisque notre réseau de santé est moins pourvu et que la province a reconnu sa responsabilité de s'assurer que les

---

<sup>13</sup> GNB (AL), Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé, 2008 04 10

<sup>14</sup> GNB (AL), Déclaration à l'Assemblée législative de l'Hon. Hugh Flemming, ministre de la Santé, Répartition équitable des services de santé, 2012 11 30

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

deux réseaux aient des services de soins de santé égaux ;

8. Bien que les fonds affectés à ce plan de rattrapage soient insuffisants pour assurer l'égalité entre les institutions francophones et anglophones, il s'agit d'un premier pas et rien n'empêche qu'il puisse être bonifié par le ministère et le réseau de santé [Vitalité](#) ;
9. Ceci justifie, à notre avis, qu'il pourrait y avoir transfert de services de soins de santé spécialisés du réseau anglophone vers les institutions francophones.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Considérations par rapport aux services cliniques

Nous n'avons nullement l'intention d'élaborer sur des considérations d'ordre médicales à proprement parler. Nous tenons, par contre, à souligner certains points qui doivent rentrer en ligne de compte lors de l'élaboration du Plan de services et qui doivent être des préoccupations tant de la régie que de la province. Ces éléments dont il faut tenir compte sont les suivants :

- Nous savons tous et toutes que la langue ou la communication entre le patient ou la patiente et les gens qui offrent les soins de santé est un facteur primordial. Nous savons que la communication est un facteur important dans les situations non urgentes et elle l'est encore plus dans les situations urgentes. Les récentes plaintes contre Ambulance NB en sont une démonstration fort éloquentes ;
- Nous vivons dans une province qui se caractérise par sa ruralité. Il est inconcevable d'organiser notre réseau de santé comme si tout le monde vivait dans une seule grande ville de la province. Les

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

institutions de santé en milieu rural sont essentielles ;

- Nous savons tous que la distance est un facteur important dans la gestion des soins de santé et dans les chances de survie en cas d'urgence. Que ce soit pour un ACV ou un traumatisme multiple, le temps requis pour amener la victime à une urgence est un facteur décisif pour sa survie. Toute réduction des urgences aurait comme effet garanti, la réduction des chances de survie, pour ne pas dire la mort pure et simple de nombreuses victimes. Comme les francophones vivent majoritairement en milieu rural, nous serions assurément désavantagés par une telle réduction des urgences ;
- Non seulement la distance est importante lorsque les conditions climatiques sont favorables mais elle l'est, encore plus, lorsque les conditions climatiques sont défavorables, surtout en milieu rural ;
- Du côté francophone, nous devons maintenir les services spécialisés tant au niveau du CHUD que des régions. Il est impensable de croire que tout pourra se faire au CHUD ;

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

- Quant aux services tertiaires, il faut se doter du côté francophone de la majorité de ceux-ci. C'est une question d'égalité, égalité reconnue tant dans la Charte canadienne des droits et libertés<sup>15</sup> que dans les lois de la province dont la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick<sup>16</sup>. De fait, le gouvernement provincial a reconnu la nécessité d'atteindre cette égalité de services au niveau de la santé dans l'entente hors cour qu'elle a négociée avec Égalité Santé en avril 2010. De plus, elle a confirmé son obligation d'atteindre cette égalité de services de soins entre les deux communautés linguistiques lors de la présentation en chambre du « Plan de rattrapage » le 30 novembre 2012<sup>17</sup>.

Lorsque nous regardons la livraison des services tertiaires et des services secondaires spécialisés dans notre province, deux

---

<sup>15</sup> GC, Charte canadienne des droits et libertés, 1982

<sup>16</sup> GNB, Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick, 1981

<sup>17</sup> GNB (AL), Déclaration à l'Assemblée législative de l'Hon. Hugh Flemming, ministre de la Santé, Répartition équitable des services de santé, 2012 11 30

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

constatations sont évidentes : le côté francophone offre très peu de services tertiaires et secondaires spécialisés et, deuxièmement, le côté anglophone offre quasiment toute la gamme de services tertiaires et secondaires spécialisés et **très souvent** en double et en triple.

Si les politiciens et politiciennes décident de rationaliser en tenant compte de leurs obligations constitutionnelles, il faudra rationaliser les services tertiaires et secondaires spécialisés du côté anglophone et instaurer du côté francophone les services tertiaires et secondaires qui nous permettront d'arriver à une égalité réelle de services de soins de santé entre les deux communautés.

Quant aux sept (7) principes énoncés par le ministre de la santé pour instaurer un système de soins de santé viable, nous tenons à faire deux commentaires sur ceux-ci :

- Il est ironique de constater que, dans le document intitulé « *Rebâtir les soins de santé ensemble Plan provincial de*

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

*Santé 2013-2018*<sup>18</sup> » l'équité, décrite par le sous-ministre, Monsieur Tom Maston et la sous-ministre adjointe, madame Lyne St-Pierre –Ellis, comme l'égalité linguistique- égalité de services entre les deux communautés, est énumérée au cinquième point tandis que dans le document « Clinical Services Plan Update<sup>19</sup> », il se retrouve au septième rang. Il faut se demander si ce déplacement ne correspond pas à une certaine attitude des fonctionnaires du ministère de la Santé par rapport à l'égalité des deux communautés linguistiques ;

- Le deuxième point que nous voulons faire et amplifier est qu'il est difficile pour le réseau Vitalité de s'évaluer ou de répondre à ces sept (7) critères lorsque nous n'avons pas la majorité des services secondaires spécialisés et tertiaires. Par contre, nous savons fort bien que, lors des

---

<sup>18</sup> GNB (MS), *Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018*, p.5

<sup>19</sup> GNB (MS), *Clinical Services Plan Update- Work in progress—Advice to minister*, 2013 12, p.5

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

rare fois où nous avons obtenu des services spécialisés comme l'hémodialyse et l'oncologie, nous avons prouvé que nous pouvions fort bien répondre aux critères d'accès, de gamme de services appropriés, d'efficacité, d'efficience, de sécurité et de viabilité clinique. Quant à celui de l'équité, le gouvernement a déjà reconnu que le système de santé ne l'atteint pas. **Il est difficile de se prouver dans ce que nous n'avons pas !**

Plus particulièrement par rapport au contenu du Plan des services cliniques, nous croyons qu'il devrait reconnaître l'importance des trois niveaux d'institutions de santé que nous avons dans le secteur francophone. Ces trois types sont les suivants :

- Les institutions de caractère communautaire ou local ;
- Les institutions de niveau régional
- Le CHU

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

Pour ce qui est des institutions communautaires ou locales comme les hôpitaux de Caraquet, Ste-Anne-Kent ou St-Quentin, il faut y assurer les services d'urgence, de médecine générale et y assurer les services de consultants en médecine interne, de radiologie par exemple.

Les institutions régionales doivent répondre aux besoins des institutions communautaires et disposer des services de santé secondaires et services de santé secondaires spécialisés. Au lieu de référer les patients et patientes aux institutions anglophones, les patientes et patients du réseau [Vitalité](#) doivent être référés à des institutions régionales francophones. Précisons ici que le Plan de rattrapage<sup>20</sup> annoncé en 2012 devrait améliorer les services de ces institutions. Comme ces institutions régionales constituent le réseau affilié du CHU, il faut qu'elles puissent jouer ce rôle en étant dotées des services et ressources tant financières que humaines qui leur permettront de jouer ce rôle.

---

<sup>20</sup> GNB (MS), [Plan quinquennal pour la répartition équitable des soins de santé](#), 2012 11 30,

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

Pour ce qui est du CHU, il doit non seulement être doté de tous les services primaires, secondaires et secondaires spécialisés, il doit être doté de la plus grande gamme possible de services tertiaires pour lui permettre de devenir le centre de référence pour le réseau francophone. Comme institution de formation médicale, le CHU doit offrir aux personnes qu'il forme la formation et le milieu d'expérience le plus large. Comme centre de recherche, il va de soi que le CHU doit avoir la majorité des services de soins de santé tertiaires si nous voulons en faire un véritable milieu de recherche et ainsi développer un centre de recherche et d'excellence avancé qui sera reconnu.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Conclusions

Égalité Santé en Français se réjouit des positions émises par les membres du Comité consultatif sur les services cliniques du réseau de santé Vitalité et les appuie.

Nous croyons fortement que le réseau de santé Vitalité doit, pour sa population et selon ses obligations juridiques, élaborer son propre plan de services cliniques. L'élaboration d'un tel plan de services cliniques est nécessaire pour assurer le développement et l'épanouissement de la communauté linguistique minoritaire et pour répondre à ses besoins particuliers. De plus, le gouvernement provincial doit tenir compte de ses obligations constitutionnelles au niveau de la santé et s'assurer que les deux régions de santé aient une égalité de services de soins de santé.

ÉSF vous a soumis respectueusement des arguments qui pourraient appuyer vos actions dans le développement de ce plan et vous offre sa collaboration et son appui.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Annexe 1

### **Extrait du rapport de rencontre avec le Bureau de direction de Vitalité le 21 janvier 2013**

Dr Dupuis donne, de façon très claire, les grandes lignes de ce que devrait être un CHU selon son expérience et ce qui se passe ailleurs au Canada. Un CHU est une institution qui a 3 composantes essentielles à savoir :

#### **1. Institution hospitalière**

Une institution de premier plan au niveau clinique qui offre tous les soins primaires, secondaires et secondaires spécialisés, tertiaires et de niveau 4. Selon lui, un CHU est un hôpital super-spécialisé qui est à l'avant-garde des soins de santé et qui est doté des tous derniers équipements et à la fine pointe. C'est l'hôpital de référence pour toutes les autres institutions de santé.

#### **2. Formation médicale**

La formation médicale est la deuxième caractéristique d'un CHU. Pour donner la meilleure formation médicale ou en santé, il faut exposer les futurs et futures professionnel.le.s à toutes les composantes des soins de santé. D'ailleurs, nous commençons à entendre certaines critiques à l'effet que les personnes qui sortent de l'école de médecine de Moncton n'ont pas été exposées à la traumatologie et à d'autres services tertiaires comme ceux qui sont formés ailleurs.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## 3. Recherche

Un CHU a comme troisième composante la recherche qu'elle soit fondamentale ou clinique. Toute la recherche médicale ou en santé se fait dans ce lieu. Ceci permet aux personnes qui font la recherche de partager avec les praticiens et praticiennes.

Il est évident que nous avons actuellement un CHU que de nom et il faudrait des investissements massifs pour arriver à avoir un véritable CHU au CHUD.

Les participantes et participants se demandent ensuite qui devrait définir ou établir les devis médicaux et institutionnels d'un CHU et des CHAU. Tous sont d'accord que le ministère n'a pas ce document, que le réseau ne l'a pas et il faut assumer que le CHUD n'en a pas.

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

Annexe 2

## Extrait de la réponse d'ÉSF aux commentaires du ministre de la Santé par rapport à notre recommandation 15

La désignation du Centre Hospitalier Universitaire n'a pas été accompagnée d'un réel plan de mise en oeuvre du CHUDumont tel que demandé par Égalité Santé en Français N.-B. et bien d'autres intervenants.

Le premier volet d'un CHU est le **volet clinique**. Le CHUDumont doit être garni d'un éventail complet de services médicaux primaires, secondaires ainsi que tertiaires.

Au niveau primaire, les soins à l'urgence et les soins ambulatoires font cruellement défaut.

Au niveau secondaire, nous avons réclamé à plusieurs reprises les **services secondaires complets** suivants :

- Service de neurologie
- Service de gynéco-oncologie
- Laboratoire du sommeil (niveau 1)
- Chirurgie colorectale
- Chirurgie vasculaire avec salle d'opération hybride
- Chirurgie de Mohs
- Soins intensifs pédiatriques
- Chirurgie plastique
- Salle d'endoscopie ERCP
- Centre intégré du sein
- Service de gériatrie spécialisée

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

- Rhumatologie
- Psychiatrie

Au niveau tertiaire, nous avons demandé les **services tertiaires complets** suivants :

- Laboratoire cardiaque
- Laboratoire d'électrophysiologie cardiaque
- Laboratoire de références en microbiologie
- Centre de neurochirurgie
- Unité de pédopsychiatrie
- Centre de traumatologie
- Centre de grands brûlés
- Unité néonatale

Le deuxième volet d'un CHU est celui de la **formation**. La formation comprend trois (3) axes de développement, soit le doctorat en médecine, celui de la médecine familiale et celui de la médecine spécialisée.

En médecine de famille, le programme de résidence des médecins de famille francophones devrait s'étendre avec des formations supplémentaires (3<sup>e</sup> année) en urgence, soins aux personnes âgées, soins périnataux et soins en milieu rural.

En spécialités, des programmes de résidences à base large devraient être développés en médecine interne, pédiatrie, psychiatrie, chirurgies générales, obstétrique-gynécologie, anesthésie et radiologie.

Pour ce qui est du troisième volet soit celui de la **recherche clinique et fondamentale**, le CHU Dumont doit être doté d'un plus grand nombre de véritables chercheurs qui seront la base du développement

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

futur en recherche.

Tout ceci n'est pas clairement énoncé dans aucun des points du plan de rattrapage de novembre 2012 ni dans le dernier plan de santé, ce qui témoigne clairement de la vision myope de ces deux documents produits par le ministère de la santé du N.-B.

Pour ce qui est des principes de viabilité financière et clinique, de sécurité, de qualité et du volume, nous tenons à vous souligner que ces principes avancés par votre ministère sont bien en-dessous du principe fondamental de l'égalité de nos institutions de santé de la communauté acadienne et francophone.

Mettons en place les services que nous devrions avoir comme communauté et il y aura du volume clinique, de la sécurité pour nos patients et patientes, de la qualité et aussi une viabilité financière.

Nous avons prouvé cela avec nos services de dialyse et de radio-oncologie, alors que le ministère avançait à l'époque les mêmes arguments que vous avancez actuellement (viabilité financière et clinique, de sécurité, de qualité et du volume). Nous avons fait nos **preuves!**

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

## Références

Commissaire aux langues officielles du N.-B., Rapport d'enquête Numéro de dossier 2013-1992, Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), 2014 03 28, 13 pages

Gilles Beaulieu, Rapport synthèse – Tournée de consultation auprès des membres du comité consultatif sur les services cliniques du réseau de santé Vitalité (2014 06)

ÉSF, Vers l'Égalité réelle en santé : notre vision, 2011 05 12

ÉSF, Vers l'égalité réelle en santé au Nouveau-Brunswick : à pas de tortue !, 2013 06 27

ÉSF, Rapport de rencontre avec le réseau Vitalité, 2013 01 21

GC, Charte canadienne des droits et libertés, 1982

GNB, (MS) Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan, Communiqué 2008-03-08

GNB (AL), Administrative, legislative changes to improve health-care system, 2008 04 10

GNB (MS, CPM), Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé, Communiqué 2010 04 08

# ÉGALITÉ SANTÉ EN FRANÇAIS

GNB (AL), Déclaration à l'Assemblée législative de l'Hon. Mary Schryer, ministre de la Santé, Initiatives en matière de soins de santé, 2010 04 08

GNB (AL), Déclaration à l'Assemblée législative de l'Hon. Hugh Flemming, ministre de la Santé, Répartition équitable des services de santé, 2012 11 30

GNB (MS), Annonce d'un plan d'action pour des services de santé équitables, Communiqué 2012 11 30

GNB, Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick, 1981

GNB, Loi sur les régies régionales de santé, Ch. R-5.05, refondue au premier mai 2010

GNB (AL), Plan quinquennal pour la répartition équitable des services de santé, 2012 11 30

GNB (MS), Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018,

GNB (MS), Clinical Services Plan Update- Work in progress—Advice to minister, 2013 12, 15 pages