

La révision des programmes du gouvernement du N.-B.

**« Malgré le contexte budgétaire actuel,
l'égalité réelle en santé doit être la
priorité »**

2015 02 28

La révision des programmes entreprise par le gouvernement du Nouveau-Brunswick est une occasion pour la communauté francophone de faire le point sur ses acquis, de revendiquer ce que les droits lui octroient, de repenser ses institutions et de se doter des outils nécessaires à son plein épanouissement comme communauté linguistique égale à la communauté majoritaire de notre province.

L'arrivée d'un nouveau gouvernement à la barre de notre province constitue, depuis un certain nombre d'années, l'occasion de mettre en chantier une réflexion sur les revenus et les dépenses de notre gouvernement. Le contexte économique nous force à agir. Le Nouveau-Brunswick a une dette cumulative de quelques 12 milliards de dollars et le déficit annuel 2014-2015 frise les 255,4 millions¹.

Il nous apparaît évident que la situation ne peut pas perdurer. Il faudra prendre des décisions sans doute difficiles, mais agir devient impératif. Lorsque nous regardons les finances de la province, nous sommes forcés de faire trois constats sur la situation actuelle : un déficit annuel croissant, des dépenses toujours plus élevées et des revenus à la baisse. Agir seulement sur le plan des dépenses n'est pas, selon nous et plusieurs économistes², la solution miracle. D'ailleurs, nous entendons plusieurs voix dans le monde affirmer haut et fort que l'austérité n'est pas la solution à tous les maux économiques d'un pays, et c'est aussi le cas pour notre province.

Égalité Santé en Français Nouveau-Brunswick inc. (ÉSF) tentera dans le document ci-présent de répondre aux trois (3) questions contenues dans le document intitulé « **IMPLIQUEZ-VOUS NB – révision stratégique des programmes.** »³

Cependant, avant de répondre à ces questions, nous nous devons de faire une mise en garde aux décideurs et à la population en général.

¹ <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2015.02.0095.html>

² <http://www.progressive-economics.ca/2014/02/11/economists-against-austerity/>

³ http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/EngageNB/impliquez-vousNB_discussion.pdf

Des mises en garde

La Charte canadienne des droits et libertés reconnaît, depuis 1993 et ceci à la demande de la législature du Nouveau-Brunswick, le droit des deux communautés linguistiques de notre province à des institutions qui leur sont propres et qui doivent être égales. L'article 16.1 se lit ainsi :

« 16.1 (1) La communauté linguistique française et la communauté linguistique anglaise du Nouveau-Brunswick ont un statut et des droits et privilèges égaux, notamment le droit à des institutions d'enseignement distinctes et aux institutions culturelles distinctes nécessaires à leur protection et à leur promotion. »

De plus, le législateur néo-brunswickois a fait inclure un article qui lui donne des obligations au niveau de l'égalité des deux communautés linguistiques et de leurs institutions. Malheureusement, nos députés provinciaux semblent ignorer leurs obligations à ce niveau. Égalité Santé croit que tous les députés du Nouveau-Brunswick devraient recevoir une formation au début de leur mandat au niveau de leurs obligations constitutionnelles découlant de l'article 16.1 de la Charte canadienne des droits et libertés, de la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick ainsi que sur la Loi sur les langues officielles.

Pour ce qui regarde la Charte, l'article 16.1 (2) nous semble clair par rapport aux obligations du gouvernement et des députés. Il se lit ainsi :

« 16.1 (2) Le rôle de la législature et du gouvernement du Nouveau-Brunswick de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges visés au paragraphe (1) est confirmé. »

Suite aux droits reconnus par la Charte et la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick, force est de constater que, dans les conditions actuelles, nos institutions francophones ne sont pas égales à celles de la communauté anglophone. Il est donc du devoir du législateur et du gouvernement provincial de promouvoir et de prendre les mesures nécessaires pour que les institutions francophones de santé et d'éducation deviennent égales à celles de la communauté anglophone, et ceci dans les plus brefs délais.

La révision stratégique des programmes entamée par le gouvernement le 13 janvier

2015⁴ ne doit pas mettre en péril les différents plans de rattrapage annoncés par les gouvernements au cours des dernières années. Dans ce sens, les économies réalisées suite aux analyses et pratiques d'efficience dans le réseau de santé Vitalité doivent être réinvesties dans le réseau, en plus des sommes annoncées dans le plan quinquennal du 30 novembre 2012. La même approche doit être prise au niveau de l'éducation.

En 2010, le gouvernement libéral a conclu une entente hors cour qui comprenait en outre un plan quinquennal de rattrapage des soins de santé entre les institutions de santé des deux communautés linguistiques (voir annexe 1). Qui plus est, le gouvernement conservateur a confirmé cet engagement le 30 novembre 2012 par la présentation de son plan de rattrapage qui contenait aussi un engagement que « **tout nouveau service de soins de santé serait d'abord offert au réseau de santé Vitalité** » (voir annexe 2). Le sous-ministre de la santé, Tom Maston, nous avait aussi confirmé cet engagement lors d'une rencontre avec lui le 26 juin 2014. Égalité Santé en Français s'attend à ce que les engagements des deux derniers gouvernements soient respectés par le présent gouvernement.

Les temps économiques difficiles ne peuvent pas être une justification pour ne pas respecter les obligations constitutionnelles et légales, ainsi que les engagements des gouvernements précédents. C'est pour cela que nous continuons de réclamer la pleine gouvernance de notre réseau de santé francophone. Nous l'avons demandée le 19 novembre 2014 dans notre communiqué de presse intitulé « **Égalité Santé réclame des changements à la Loi sur les régies régionales de santé** »⁵, et nous le réitérons aujourd'hui. Tous les membres du Conseil d'administration doivent être élus par la population, ainsi que le président du Conseil d'administration. La pleine gouvernance signifie aussi que le Conseil d'administration du réseau Vitalité doit avoir le pouvoir d'embaucher et de limoger sa direction générale et son PDG.

Le réseau Vitalité doit aussi pouvoir respecter son mandat sans l'ingérence des fonctionnaires du ministère. Dans ce sens, il doit avoir le pouvoir de décider de son plan d'affaires et de son plan des services cliniques sans l'ingérence des fonctionnaires. C'est cette position que le réseau a défendue et que nous avons aussi mise de l'avant dans notre document sur le Plan des services cliniques de novembre 2014 (voir annexe 3).

Le Conseil de santé n'a pas reconnu nos droits linguistiques et l'esprit de l'entente hors cour de 2010. Il devait tenir compte des besoins de la communauté francophone séparément des données de l'ensemble de la population de la province. Il ne l'a pas

⁴ <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2015.01.0015.html>

⁵ <http://www.egalitesante.com/egalite-sante-reclame-des-changements-a-la-loi-sur-les-regies-regionales-de-sante-2/>

fait. Nous n'avons pas besoin d'un organisme qui ne respecte pas les droits linguistiques de notre communauté.

Pour nous, la création de FacilicorpNB et la centralisation de services communs vont à l'encontre de nos droits linguistiques. Non seulement, nous avons le droit de gérer notre réseau de santé mais ce réseau ne peut pas et ne doit pas devenir une « coquille vide ». FacilicorpNB nous a enlevé des éléments essentiels de notre réseau de santé. La centralisation des services de technologie de l'information, des communications, des services financiers, des ressources humaines et de l'élaboration des politiques constitue une autre atteinte à nos droits fondamentaux. Que nous reste-t-il à gérer comme régie de santé ? Tous les outils de gestion sont entre les mains d'une autre structure. Ceci va à l'encontre de nos droits reconnus et nous ne l'accepterons pas.

Le Nouveau-Brunswick en 2025

La première question soulevée dans le document produit par la province dans le cadre de la révision stratégique des programmes est la suivante : « À quoi ressemblerait un Nouveau-Brunswick prospère dans 10 ans ? »⁶

Égalité Santé en Français souhaite que nous ayons en 2025 une province dans laquelle les deux communautés linguistiques puissent jouir de toutes les institutions requises pour leur développement et que les services dans les deux communautés soient égaux au niveau de la petite enfance, de l'éducation, des soins aux personnes âgées ainsi que de la santé.

Nous souhaitons profiter pleinement de notre statut en tant que seule province bilingue au Canada par une entière compréhension par la population des obligations constitutionnelles qui découlent de l'enchâssement des articles 16.1 et 23 de la Charte des droits et libertés. Nous espérons vivre dans une province où la minorité n'a pas à continuellement demander à son gouvernement provincial la reconnaissance et l'application des droits qui lui ont été reconnues dans la Charte.

Nous voulons vivre dans une province où chaque député se pose les deux questions suivantes avant d'adopter une loi ou une directive : « Cette loi ou directive permettra-t-elle à la communauté linguistique minoritaire de se développer et de s'épanouir ? » et « Cette loi ou directive aura-t-elle des effets négatifs sur la communauté linguistique minoritaire ? »

Nous voulons vivre dans une province réellement bilingue, où les députés n'adoptent des lois ou des directives que lorsque la réponse à la première question est oui et celle de la deuxième question est non. S'il arrive que l'une des deux réponses soit le contraire, la loi ou la directive est mise de côté ou modifiée puisque la province respecte l'égalité des deux communautés linguistiques.

⁶ http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/EngageNB/impliquez-vousNB_discussion.pdf

Nous voulons vivre en 2025 dans une province où le réseau de santé Vitalité est géré par et pour la communauté francophone, et où ce même réseau de santé est réellement égal à celui de la communauté anglophone.

Nous souhaitons vivre dans une province qui ait réussi à tirer le plus grand bénéfice de l'exploitation de ses ressources grâce à l'esprit d'entrepreneuriat de sa population. Nous aurons alors une population qui aura compris la nécessité de transformer elle-même ses ressources naturelles, qui aura développé une économie numérique et des entreprises qui produiront des biens et produits durables.

Ce que le gouvernement devrait cesser de financer

La deuxième question soulevée dans ce document est la suivante : « Quels sont les trois éléments que le gouvernement pourrait cesser de financer ? »⁷ Cette question est plus difficile à répondre que la première puisque, malheureusement, la province ne nous a pas fourni la liste des programmes et les coûts associés à chacun d'entre eux.

Une chose est certaine, le gouvernement doit mettre fin à la centralisation de la prise de décisions et à la livraison des services en commun. Nous savons fort bien que ces deux éléments n'apportent aucune économie et, qu'en plus, les deux entraînent une inefficience dans les réseaux qu'ils desservent. L'Alberta, dont les fonctionnaires vantaient la centralisation des services, a récemment fait marche arrière et a opté pour une prise de décisions au niveau local.

Pire encore, lorsque nous avons fait cela en santé au Nouveau-Brunswick, nous avons créé des structures bilingues. Les études le confirment : **une structure bilingue est une structure anglophone et assimilatrice pour la minorité**. En ce faisant, la province a bafoué les droits linguistiques de la communauté francophone et a affaibli ses institutions. Ceci est contraire aux obligations du gouvernement découlant de l'article 16.1 de la Charte.

Nous croyons que le gouvernement doit cesser de financer des programmes en double ou en triple. Dans ce sens, nous croyons que la révision stratégique des programmes permettra au gouvernement de découvrir des programmes désuets ou des programmes que l'on retrouve sous plusieurs ministères. En santé, nous croyons que le gouvernement doit mettre en place un programme de formation médicale à l'Université de Moncton et un autre à UNB. Actuellement, nous envoyons des sommes importantes à l'Université de Sherbrooke et à Dalhousie. En plus de contribuer à l'emploi local, ces sommes génèreraient davantage d'effets positifs pour notre province si elles étaient dépensées ici.

Égalité Santé en Français croit fermement que le gouvernement doit cesser toute initiative onéreuse qui vise la centralisation des pouvoirs et des décisions au niveau des ministères et, plus particulièrement au niveau du ministère de la Santé. L'ancien PDG de la régie Vitalité a fait la démonstration, grâce au modèle de gestion *Lean Management*, que les personnes en place au niveau local sont plus aptes à faire fonctionner nos institutions de santé, et ce à moindre coût, que les fonctionnaires. Nous avons actuellement une seule régie qui regroupe toutes les institutions de santé

⁷ http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/EngageNB/impliquez-vousNB_discussion.pdf

francophones. Donnons-lui les moyens de bien faire son travail et assurons-nous que ses pouvoirs respectent les droits des Francophones en vertu de la Charte et de la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick. Le réseau Vitalité a prouvé au cours des deux dernières années qu'il peut fonctionner avec efficacité. Donnons les pouvoirs et les moyens à la régie Vitalité ; elle continuera à nous prouver son efficacité.

L'utilisation peu efficace des revenus provinciaux ne s'arrête pas là : nous constatons une autre pratique coûteuse pratiquée par le ministère de la Santé et, par le fait même, le gouvernement, qui empêche la communauté francophone d'atteindre une égalité réelle en santé. Tel qu'indiqué précédemment, le gouvernement conservateur s'est engagé, par la voix de son ministre de la Santé, à ce que « tout nouveau service de soin de santé soit d'abord offert au réseau de santé Vitalité ». Or, nous avons constaté qu'en réalité, à chaque fois qu'un nouveau service est mis en place dans le réseau Vitalité, le même service est annoncé dans la régie Horizon, parfois le jour même. Nous pouvons citer, à titre d'exemples, le centre sur le sein et le séquençage de l'ADN.

Nous ne pouvons pas passer sous silence l'étude du ministère sur les appareils d'imagerie par résonance magnétique qui a conclu que le Nouveau-Brunswick n'avait pas besoin d'un appareil 3T. Malgré cela, un appareil a été acheté par la Fondation de l'Hôpital régional de Saint John. La question à savoir qui défraie les coûts d'opération et d'entretien de cet appareil se pose. On peut se demander pourquoi cet appareil n'a pas été d'abord offert au réseau Vitalité.

Comment sortir les finances de la province du rouge ?

Égalité Santé en Français approche la troisième question⁸, sans doute la plus délicate de toutes, sur deux niveaux. Nous avons considéré la question au niveau provincial, c'est-à-dire au niveau de l'ensemble du gouvernement. Dans un deuxième temps, nous l'avons considérée plus particulièrement au niveau de la santé. Les commentaires et suggestions ci-dessous tiennent compte des mises en garde effectuées plus tôt. Nous ne pouvons pas affirmer nos droits et revendications, pour ensuite les renier en utilisant des arguments économiques, comme ce fut trop souvent le cas par les gouvernements précédents.

Nous commenterons dans cette section nos principales recommandations, mais l'ensemble de nos recommandations économiques se trouvent à l'annexe 4.

Lorsque nous considérons la situation financière d'un individu, d'un couple ou du gouvernement, nous devons d'abord considérer les revenus et les dépenses, et voir si, au minimum, un équilibre peut être atteint. Dans le meilleur des mondes, nous espérons détenir un surplus. C'est ce qu'Égalité Santé en Français propose d'étudier dans le présent document.

Les revenus

Si nous considérons d'abord la colonne des revenus, nous constatons que depuis 2006, le gouvernement fédéral a réduit la TPS de 2%, ce qui fait que notre TVH est passée de 15% à 13%. Le gouvernement provincial a manqué à une occasion de récupérer cette réduction en maintenant notre TVH à 15%. Il était évident que le fédéral allait, lui aussi, réduire ses dépenses et transferts, laissant la province avec un manque à gagner considérable. Les gouvernements provinciaux précédents ont manqué de courage. Le gouvernement actuel doit augmenter ses revenus ; il ne peut pas ignorer cette source de revenus de quelques 250 millions.

Comme province, nous avons aussi réduit les taxes grâce à une diminution de l'impôt des particuliers et des entreprises. Nous avons empiré la situation en donnant des congés d'impôts fonciers aux grosses entreprises. Cette pratique doit cesser. Il faut abolir les crédits d'impôts et les congés de taxes foncières adressées aux grosses entreprises pour revenir au taux d'impôts des particuliers de 2008.

Selon le Premier ministre, revenir à l'impôt foncier de 2012 permettrait à la province de

⁸ http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/EngageNB/impliquez-vousNB_discussion.pdf

recupérer 34,4 millions en revenus perdus⁹. Dans le même document, il propose d'augmenter l'impôt des particuliers qui gagnent plus de 150 000\$ et d'instaurer une nouvelle fourchette pour les gens qui gagnent entre 150 000\$ et 250 000\$. Ces changements amèneraient 28,7 millions au trésor public.¹⁰

Une TVH augmentée de 2%, un retour au taux d'imposition de 2008 et la création d'une nouvelle fourchette suggérée par Monsieur Gallant assureraient à la province des revenus supplémentaires de quelques 508 millions.

Le gouvernement doit considérer d'autres sources de revenus. Comme celui-ci ne nous a pas fourni de données, nous recommandons une étude de faisabilité sur les routes à péage (en particulier les routes 1 et 2), ainsi qu'une étude sur les dernières réformes en santé et en éducation pour déterminer les économies ou les dépenses supplémentaires engendrées par celles-ci.

Les dépenses

Passons maintenant à la colonne des dépenses. En premier lieu, nous croyons que les domaines d'intervention du gouvernement doivent être étudiés pour voir si les responsabilités actuelles de chaque ministère sont les plus efficaces : tous les ministères sont-ils nécessaires ? Retrouve-t-on des doublons de services ?

Nous vous signalons deux exemples : les CCNB et les universités devraient-ils être sous le ministère de l'éducation ? Il se trouverait alors responsable de la petite enfance, de l'éducation primaire et secondaire et de l'enseignement post-secondaire. Au niveau de la santé, nous savons que FacilicorpNB n'a pas apporté les économies avancées, en plus d'adopter une structure favorisant l'assimilation de la communauté linguistique minoritaire. Pourrions-nous donner aux régions tous les services de soutien dont s'est accaparé FacilicorpNB ? Pourrions-nous leur donner la responsabilité d'Ambulance NB ainsi que celles des foyers de soins de niveau 3 et 4 ? Nous croyons que oui ! Non seulement nous réaliserions des économies, mais nos droits seraient respectés de surcroît.

Nous proposons donc l'abolition de FacilicorpNB ou du moins, que la région Vitalité retrouve tous les services qui ont été accaparés par FacilicorpNB¹¹. Nous voyons dans cette récupération des services enlevés à Vitalité deux aspects positifs qui auront également des effets économiques positifs. D'abord, nous éliminons un niveau

⁹ <http://nbliberal.ca/fr/post-news/liberals-identify-63-million-in-new-revenue/>

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Rapport d'enquête : <http://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2014-06-20-CLONB-Rapport-denqu%C3%AAt-2014-2036.pdf>

d'intermédiaires dans la bureaucratie : les demandes et besoins de Vitalité seront répondus plus rapidement à l'interne, ce qui augmentera l'efficacité du réseau. Deuxièmement, l'aspect linguistique, caractéristique importante du réseau Vitalité, sera préservé. Ainsi, Vitalité, qui est une institution francophone, n'aura plus à communiquer avec une institution anglophone en ce qui a trait à son fonctionnement.

Passons maintenant au Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick que nous remettons en question depuis sa création. Nous sommes convaincus que son mandat peut tout aussi bien être rempli par les régies de santé. Nous savons que la majorité des données qu'il publie proviennent du ministère de la Santé. Nous aurions pu proposer de transférer le mandat du Conseil directement au ministère et, plus précisément à son secteur « Planification, politiques et données du secteur de la santé ». Cependant, nous voulons nous assurer que les droits de la communauté francophone d'être informée sur sa santé et ses habitudes soient respectés. C'est pourquoi nous croyons que la régie Vitalité est la seule qui a le mandat et la capacité d'être l'institution hospitalière de la communauté francophone. Le Conseil nous a déjà prouvé qu'il ne pouvait pas respecter l'entente hors cour entre le gouvernement et Égalité Santé en Français (annexe 1). Dans cette entente de 2010, il était clairement entendu qu'il devait tenir compte des besoins de la communauté francophone ce qu'il ne fait pas lorsqu'il ne sépare pas les données des deux groupes linguistiques.¹²

Lorsque nous regardons le rapport 2013-2014 de cet organisme, nous constatons que sur neuf employés, cinq ont des titres de direction¹³. Nous proposons de transférer l'analyse des données et la publication des études aux régies. Pour ce faire, nous n'avons pas besoin d'un conseil d'administration au coût de 152 000\$.¹⁴

Nous avons un Comité de recherche stratégique au niveau de la régie Vitalité, qui peut très bien jouer ce rôle. Ainsi selon notre proposition, chaque régie serait responsable du mandat actuel de ce Conseil pour chacune de nos communautés linguistiques.

Que dire du prochain organisme créé lors de la réforme en santé de 2008 ? Inutile de dire que, comme communauté francophone, Ambulance NB nous dessert très mal, pour ne pas dire qu'il bafoue nos droits linguistiques et met trop souvent notre population en danger¹⁵. Nous avançons qu'il faut mettre fin à ce contrat dans les plus brefs délais, ou du moins, de ne pas renouveler le contrat le 31 mars 2017. Selon le rapport annuel de

¹² Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé (10/04/08), <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2010f0494he.htm>

¹³ Rapport annuel 2013-2014 : http://www.nbhc.ca/sites/default/files/20140729_-_csnb_rapport_annuel_2013-2014.pdf, p. 29.

¹⁴ *Ibid.* p. 48.

¹⁵ http://www.languesofficielles.nb.ca/sites/default/files/imce/pdfs/FR/rapport_denquete-anb-mars_2014_dossier_2013-1992.pdf

2013-2014, chaque transport ambulancier a coûté en moyenne 1 000\$ à la province¹⁶. Si la responsabilité du service ambulancier était transférée aux régies, nous estimons qu'il serait possible de réaliser des économies de **10%**. Comme les deux régies doivent servir le client dans la langue de son choix, nos chances d'être servis dans notre langue devraient être meilleures, surtout si c'est une ambulance Vitalité qui transporte le patient à l'institution hospitalière. C'est une situation gagnant-gagnant qui permettrait à la province de faire des économies de plus de 12 millions de dollars.

Bien que nous consacrons la majorité de nos efforts en santé, en proposant des solutions pour économiser dans l'ensemble du système de santé de la province, nous sommes d'avis que la même réflexion s'applique à l'ensemble du gouvernement, des ministères et des agences.

Revenons au niveau de la santé. Nous savons que le gouvernement précédent avait mis sur pied deux comités pour analyser le système de santé. Ces deux comités étaient le Secrétariat du renouveau du système de santé, créé le 26 avril 2012, et le Conseil en vue de promouvoir l'innovation¹⁷ et les efficacités au sein du système de santé¹⁸, créé le 11 janvier 2013.

Nous savons également que Raymond Chabot Grant Thornton a produit pour FacilicorpNB, suite à une demande de soumission non-conforme à la Loi sur les langues officielles¹⁹, un rapport qui a été livré le 25 avril 2013 au Bureau du renouveau du système de santé. Nous n'avons pas l'intention de commenter tout ce document que nous qualifions de biaisé à l'endroit du réseau francophone.

Nous avons cependant constaté que la majorité des économies retenues étaient défavorables aux institutions francophones. Même en tenant compte des économies favorables au réseau anglophone, il nous semble que ce travail de recherche d'efficience n'a pas été accompli au niveau de la régie Horizon. Si nous regardons les chiffres de comparaison par rapport à la moyenne du Nouveau-Brunswick, nous constatons que le réseau Vitalité pourrait économiser 48 millions de dollars. Le document propose des économies de 65,6 millions de dollars pour le réseau Horizon.

Le réseau Vitalité, sous la direction de son ancien PDG Rino Volpé, a fait son travail. Il nous semble que les mêmes efforts n'ont pas été déployés dans la régie anglophone. Pire que cela, en 2013-2014, le réseau Horizon a augmenté ses dépenses de 1,7%,

¹⁶ Rapport annuel 2013-2014 : http://www.ambulancenb.ca/en-us/about/Documents/2013-2014%20ANB%20Annual%20Report_bilingual.pdf

¹⁷ http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu%C3%A9_2012_04_03550.html

¹⁸ http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu%C3%A9_2013_01_0017.html

¹⁹ Rapport d'enquête : <http://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2014-06-20-CLONB-Rapport-denqu%C3%AAt-2014-2036.pdf>

alors que le réseau Vitalité a maintenu ses dépenses au niveau de l'année précédente. Pour bien faire paraître le réseau Horizon, le ministère a comblé ce déficit de quelques 17 millions.

Si nous regardons les budgets des hôpitaux, nous constatons qu'il serait possible de faire des économies au St. Joseph's Hospital de Saint John, qui a un budget annuel de 32 390 180\$. Il est étrange de constater que l'hôpital francophone de Tracadie-Sheila, avec un budget annuel de 27 744 906\$, puisse faire des économies de 4 671 812\$, soit l'équivalent de 16,84% de son budget de fonctionnement. De sûr-croit, l'hôpital de Lamèque, dont le petit budget annuel est de 2 812 785\$, a la capacité d'économiser 104 528\$, soit 3,72% de son budget annuel. Comment se fait-il qu'aucune économie ne soit possible au St. Joseph's Hospital, alors que les hôpitaux francophones démontrent des résultats variables entre 3 % et 17 % ? Est-ce que le St. Joseph's Hospital est un hôpital au statut particulier, outre celui d'être situé à Saint John ?

Une autre question qui mérite réflexion est la suivante : Pourquoi y-a-t-il deux hôpitaux de la même régie de santé dans la même ville ? Moncton a deux hôpitaux : un qui se trouve sous la régie francophone, en plus d'être un centre hospitalier universitaire, tandis que l'autre est sous la régie anglophone. Quelle est la logique pour Saint John ? Pourquoi avoir deux hôpitaux qui offrent des services de santé et d'administration en double quand cela ne peut être justifié tant au niveau démographique que linguistique ?

Nous croyons qu'il y a des économies substantielles à faire au niveau du réseau Horizon. Sans exagérer, nous estimons les économies de l'amélioration de la performance pour le réseau Horizon à 65,5 millions. Ces économies, ajoutées à celles de la fermeture du St. Joseph's Hospital, font un total de plus de 70 millions de dollars dans le réseau Horizon.

Le ministère de la Santé doit aussi subir une cure minceur. Il nous semble que certains secteurs peuvent être éliminés. Nous savons que le ministère de la Santé ne respecte pas les juridictions prescrites dans la Loi sur les régies régionales de santé. Les documents soumis au ministre de la Santé en 2013 et en 2014 par rapport au Plan des services cliniques sont une preuve éloquente de l'ingérence du ministère de la Santé dans la gestion du réseau de santé Vitalité. Il se peut que le Plan soit un reflet de ce que veut la régie Horizon, mais il est clair que les droits constitutionnels reconnus à la communauté francophone n'ont pas été respectés par ces avis au ministre.

Comme la très grande majorité des services rendus à la population se font au niveau des régies, nous sommes d'avis que nous pourrions facilement réduire le personnel du ministère de quelques deux cents postes (200 ETP). Pour cela, il faudra respecter la Loi

sur les régies régionales de santé et éviter le dédoublement des services. Le ministère doit avoir comme rôle de donner les grandes orientations au niveau de la santé. Ensuite, le travail doit être accompli au niveau de la régie, qui elle doit décider comment respecter les grandes lignes ou orientations. La mission première de la régie ne doit pas être d'exécuter les commandes du ministère, mais bien de livrer les services de soins de santé à la population qu'elle dessert. La régie Vitalité doit donc connaître et répondre aux besoins de sa population.

Éliminer deux cents (200) postes au ministère de la Santé devrait nous amener des économies de plus de 18 millions de dollars. Si on se fie aux objectifs fixés dans le rapport annuel de 2013-2014²⁰, le ministère avançait une réduction de 20 postes pour une économie de 700 000\$. Or, les personnes ayant perdu leur poste avaient un salaire moyen de 46 666\$. Nous estimons qu'en moyenne les salaires et bénéfices des fonctionnaires atteignent plutôt les 85 000\$. Ainsi, nous avançons que ce sont les postes de bureaucrates qu'il faudrait couper, et non ceux du personnel de soutien. En ce sens, nous soutenons que nous pourrions économiser plus de 18 millions par cette réduction de 200 fonctionnaires.

²⁰ Rapport annuel 2013-2014 : http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Rapportannuel_2013-2014.pdf, p. 14.

Conclusions

Nous sommes convaincus que si le gouvernement décide d'augmenter ses revenus en augmentant de deux points la TVH, par le retour au taux d'imposition des particuliers de 2008 et par l'abolition des congés de taxes et impôts fonciers aux grandes entreprises, le gouvernement pourrait récupérer des revenus additionnels de plus de 508 millions annuellement.

En plus de cela, nous savons que si le ministère de la Santé maintient les recommandations sur l'efficacité et l'utilisation des ressources telles que préconisées par le Bureau du renouveau du système de santé, actuellement mises en place au sein du réseau Vitalité, mais qui tardent à l'être dans le réseau Horizon, il peut réduire ses dépenses d'un autre 295 millions. Cette somme se divise en deux : l'amélioration de la performance équivalant à 114,5 millions d'économies, et l'amélioration de la gestion de l'utilisation des installations pour des économies de 180 millions.

Si le gouvernement accepte de reconnaître que les structures mises en place lors de la réforme de la santé en 2008 ne donnent pas les économies escomptées et, que les droits constitutionnels de la communauté francophone ne sont pas respectés, il pourra faire des économies substantielles. En redonnant aux régions la responsabilité des services de FacilicorpNB, et en leur transférant les services ambulanciers, la province viendra toucher 17 millions de plus par année.

Si le ministère de la Santé respecte la Loi sur les régions régionales de santé, et amaigrit sa fonction publique en laissant les régions exécuter le mandat prescrit dans la Loi sur les régions régionales de santé, il pourra économiser un autre 18 millions de dollars.

En conclusion, nous avons présenté des propositions réalistes et réalisables qui permettent à la province d'avoir un budget équilibré. Selon nos calculs, le budget de la province du Nouveau-Brunswick serait en surplus, dont une partie pourrait servir à payer la dette globale de la province.

Nous vous faisons remarquer que nos propositions n'atteignent en aucune manière les droits linguistiques de la communauté minoritaire francophone de la province. Nous n'avons suggéré la fermeture d'aucun petit hôpital rural ou régional, et n'avons coupé aucun service de soins de santé pour atteindre les économies préconisées. Nous avançons avec ce plan que l'équilibre budgétaire de la province peut être atteint en augmentant la qualité des services de soin de santé, tout en respectant les droits de la communauté francophone. Les surplus budgétaires de la région Vitalité pourraient être

réinvestis pour atteindre l'égalité en service de soin de santé entre les deux communautés linguistiques de la province.

En terminant, nous voulons souligner que notre plan ne vise que les revenus généraux de la province et les dépenses du ministère de la Santé pour en arriver aux économies suggérées. Un tel exercice de révision pourrait être réalisé dans les autres ministères de la province afin d'aller chercher des économies additionnelles.

Les propositions d'Égalité Santé en Français permettent **la protection des acquis de la communauté francophone. Malgré le contexte budgétaire actuel, l'égalité réelle en santé doit être la priorité.**

Annexes

Annexe 1

Santé / Cabinet du premier ministre

Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé (10/04/08)

NB 494

le 8 avril 2010

FREDERICTON (CNB) - Le gouvernement provincial renforcera les services de soins de santé offerts aux francophones en proposant une série de modifications administratives et législatives.



(Multimédia)

Le premier ministre, Shawn Graham, et la ministre de la Santé, Mary Schryer, ont annoncé aujourd'hui des mesures que le gouvernement provincial entreprendra afin de répondre aux recommandations formulées dans le rapport préparé par Gino LeBlanc, *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-*

Brunswick.

« Les priorités de notre gouvernement englobent la santé et les soins aux personnes âgées, et nous avons entamé des réformes qui misent sur nos forces et qui relèvent les défis, a affirmé le premier ministre. Monsieur LeBlanc a présenté d'excellentes recommandations qui aideront notre gouvernement à mettre de l'avant des initiatives pour s'assurer que notre système de santé réponde aux besoins de toute la population du Nouveau-Brunswick. »

Les points saillants concernant les modifications législatives proposées au cours de la session actuelle de l'Assemblée législative comprendront :

- reconnaître que les deux régies régionales de la santé sont responsables d'améliorer la prestation des services de santé en français;
- les deux régies régionales de la santé devront s'assurer de continuer à offrir des services de santé aux citoyens dans la langue officielle de leur choix;
- les modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* reconnaîtront que la Régie régionale de la santé A est une organisation dont la langue de fonctionnement est le français, reconnaissant ainsi que la Régie est une organisation francophone ayant la responsabilité de desservir les résidents dans la langue officielle de leur choix;
- la ministre de la Santé disposera de l'autorité d'accorder la désignation de centre hospitalier universitaire et de centre hospitalier affilié universitaire; et
- la *Loi sur le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé* sera modifiée afin de reconnaître que le Conseil doit tenir compte des besoins des communautés linguistiques en ce qui a trait à sa mission. De plus, le gouvernement provincial recommandera que le Conseil consulte les communautés linguistiques dans la langue officielle de leur choix.

La ministre Schryer a également annoncé que le gouvernement provincial avait l'intention de déposer un projet de loi lors d'une session future de l'Assemblée législative afin que plus de la moitié des membres du conseil d'administration de chaque région soient élus par suffrage universel à compter de 2012. La ministre de la Santé nommera le reste des membres du conseil en tenant compte des communautés d'intérêts particulières.

Selon la ministre Schryer, des modifications administratives additionnelles seront aussi apportées dans le but d'améliorer les services de santé offerts à la population francophone.

« Les modifications législatives et administratives bonifieront les réformes du système de soins de santé qui ont été mises en place en 2008 et nous permettront d'améliorer la prestation des soins de santé à la population francophone », a dit Mme Schryer.

La ministre a aussi annoncé qu'un plan d'action quinquennal sera préparé afin d'assurer une répartition équitable des services de santé entre les deux régions régionales de la province. Une révision des régions géographiques actuelles assignées à chaque région régionale de la santé sera réalisée en consultation avec les collectivités desservies.

Des améliorations additionnelles sont prévues :

- le ministère de la Santé établira un comité chargé de la mise en œuvre du plan stratégique sur les langues officielles dans le secteur des soins de santé. Dans le cadre de son mandat, le comité fournira des conseils concernant les besoins des communautés linguistiques officielles dans la planification du système de santé. Le comité comprendra des représentants des deux régions régionales de la santé;
- le prochain plan provincial de la santé sera assorti d'objectifs spécifiques et mesurables en matière de langues officielles; et
- le mandat de FacilicorpNB sera modifié afin de s'assurer que l'entreprise continue de communiquer avec les régions régionales de la santé et leurs établissements dans la langue de leur choix. Le gouvernement provincial modifiera la structure des actionnaires de FacilicorpNB afin d'y inclure des représentants des deux régions régionales de la santé.

Mme Schryer a indiqué que les mesures annoncées sont conformes aux recommandations contenues dans le rapport LeBlanc.

Le premier ministre avait mandaté Gino LeBlanc, en décembre 2009, de consulter les chefs de file de la communauté francophone et acadienne en vue de cerner des améliorations qui pourraient être apportées au système.

M. LeBlanc est chercheur associé à l'Institut canadien de recherche en politiques et en administration publiques de l'Université de Moncton. Il est aussi ancien président de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. Il possède des connaissances approfondies des défis que doivent relever les francophones vivant en milieu minoritaire.

2010-04-08

PERSONNE-RESSOURCE : Marie-Andrée Bolduc, communications, ministère de la Santé, 506-444-3506.

2010-04-08

**LEGISLATIVE STATEMENT
HON. MARY SCHRYER
MINISTER OF HEALTH
HEALTH CARE INITIATIVES**

APRIL 8, 2010

Mr. Speaker, it is my pleasure to rise today to inform the legislature of initiatives our government is undertaking to improve health care services in the province. Yesterday, the premier tabled in this House the report of Gino LeBlanc, entitled *Toward an Improved Health Care System in French New Brunswick*.

Mr. Speaker, this report provides a road-map of how we can move forward to build upon the health care reforms our government announced in 2008, in particular as they relate to governance and administration of health care services for the francophone population.

Today it is my pleasure to inform this house of initiatives our government is taking to respond to this thorough report.

Later today, I will introduce a Bill that will include amendments to the *Regional Health Authorities Act* as follows:

- Establish that Regional Health Authority A operates in French, thus recognizing the health authority is a francophone organization;

**DÉCLARATION À L'ASSEMBLÉE
LÉGISLATIVE DE L'HON. MARY SCHRYER
MINISTRE DE LA SANTÉ
INITIATIVES EN MATIÈRE DE SOINS DE
SANTÉ
LE 8 AVRIL 2010**

Monsieur le président, j'ai le plaisir de prendre la parole aujourd'hui pour informer l'Assemblée des initiatives que notre gouvernement entreprend en vue d'améliorer les services de soins de santé dans la province. Hier, le premier ministre a déposé le rapport de Gino LeBlanc intitulé *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*.

Monsieur le président, le rapport est un guide de la manière dont nous pouvons aller de l'avant en nous appuyant sur les réformes du système des soins de santé que notre gouvernement a annoncées en 2008, en particulier en ce qui a trait à la gestion et à l'administration des services de soins de santé pour la population francophone.

J'ai le plaisir aujourd'hui d'informer la Chambre des initiatives que notre gouvernement entreprend en réponse à ce rapport exhaustif.

Plus tard aujourd'hui, je présenterai un projet de loi qui comprendra des modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* comme suit :

- Reconnaître que la langue de fonctionnement de la régie régionale de la santé A est le français, reconnaissant ainsi que la régie de la santé est un organisme francophone.

<p>The wording “ shall be reflective of the linguistic community served” will be repealed;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recognize both regional health authorities’ responsibility to improve delivery of health services in French; • Legislation will also be amended to grant the Minister of Health the authority to designate University Hospital Centres and Affiliated University Hospital Centres; • The <i>New Brunswick Health Council Act</i> will be amended to recognize that the Council take into account the needs of linguistic communities in its objects and purposes, and the province will recommend that the Council consult with official linguistic communities in their language of choice; <p>In addition, Mr. Speaker, it is my pleasure to announce that government will introduce additional legislation in a future legislative session to enable the election of more than half of regional health authority board members through general elections, beginning in 2012. The Minister of Health will appoint the rest of the board members, taking communities of interest into account.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La formulation « devant être le reflet de la communauté linguistique qu’elle dessert », sera abrogée. • Reconnaître que les deux régies régionales de la santé ont la responsabilité d’améliorer la prestation des services en français. • La mesure législative sera aussi modifiée pour autoriser la ministre de la Santé à désigner les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers affiliés universitaires. <ul style="list-style-type: none"> • La <i>Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé</i> sera modifiée afin de reconnaître que le conseil, dans sa mission, doit tenir compte des besoins des communautés linguistiques, et la province recommandera que le conseil consulte les communautés linguistiques officielles dans la langue de leur choix. <p>En outre, Monsieur le président, j’ai le plaisir d’annoncer que le gouvernement présentera d’autres mesures législatives au cours d’une session législative future afin que plus de la moitié des membres de conseil d’administration des régies régionales de la santé soient élus au suffrage universel à compter de 2012. La ministre de la Santé nommera le reste des membres du conseil, en tenant compte des communautés d’intérêts.</p>
--	---

<p>As well, Mr. Speaker, a five-year action plan will be developed to ensure an equitable distribution of health services between the provinces' two health authorities. In addition, a review of the geographic areas currently assigned to each health authority will also be conducted, in consultation with local communities served.</p>	<p>De plus, Monsieur le président, un plan d'action quinquennal sera élaboré afin d'assurer une répartition équitable des services de santé entre les deux régies de la santé de la province. En outre, une révision des régions géographiques actuellement assignées à chaque régie de la santé sera aussi réalisée en consultation avec les collectivités desservies.</p>
<p>The Department of Health will also recommend that Regional Health Authority A amend the mandate of its strategic research committee, and reflect this in the RHA's bylaws, in order that the mandate include advising the RHA board on education as well as research, and that the majority of members of this committee be from the south-east region of the province.</p>	<p>Le ministère de la Santé recommandera aussi que la régie régionale de la santé A modifie le mandat de son comité de recherche stratégique, afin que le mandat inclut des avis au conseil d'administration en matière d'éducation, en plus de la recherche, et que la majorité des membres de ce comité proviennent de la région du sud-est de la province. Ce mandat devait être inclut dans les règlements administratifs de la régie.</p>
<p>Mr. Speaker, the Department of Health will also establish a committee responsible for the implementation of the Official Languages Strategic Plan in the health care sector. The committee's mandate will include the provision of advice regarding official linguistic communities' needs in the planning of the health system, and will include representation from both regional health authorities.</p>	<p>Monsieur le président, le ministère de la Santé établira aussi un comité qui sera responsable de la mise en œuvre du plan stratégique visant les langues officielles dans le secteur des soins de santé. Dans le cadre de son mandat, le comité donnera des conseils à propos des besoins des communautés linguistiques officielles dans la planification du système de santé; il comprendra des représentants des deux régies régionales de la santé.</p>
<p>In addition, the next provincial health plan will include specific measurable objectives with respect to official languages.</p>	<p>De plus, le prochain plan provincial de la santé comprendra des mesures précises et mesurables en matière de langues officielles.</p>
<p>Mr. Speaker, the Province of New Brunswick will amend the Sole Shareholder Declaration to ensure that FacilicorpNB continue to communicate with regional health authorities and their facilities in their language of choice the province will also modify FacilicorpNB's shareholder structure to include representation from both regional health authorities.</p>	<p>Monsieur le président, la province du Nouveau-Brunswick modifiera la déclaration d'actionnaire unique en vue d'assurer que FacilicorpNB continue de communiquer avec les régies régionales de la santé et leurs établissements dans la langue de leur choix.; La province modifiera aussi la structure des actionnaires de FacilicorpNB afin d'inclure des représentants des deux régies régionales de la santé.</p>

Government responded concretely today to the recommendations in Mr. LeBlanc's report. Government has considered the outcome of the consultations lead by Mr. LeBlanc and accepts them as a whole. We thank Mr. LeBlanc again for his excellent work , which has assisted government in better understanding the preoccupations of the Province's francophones with respect to the health system.

I am also pleased to announce that the concrete measures taken by this government will not only respond to the expectations of the Acadian and francophone community, but will also result in the resolution of the legal challenge between Égalité Santé and government.

Mr. Speaker, over the past few weeks, legal representatives of both parties have had confidential discussions regarding possible legislative amendments, as well as other concrete measures to ensure a greater parity in the health system and to bring additional legislative guarantee to protect the francophone character of Regional Health Authority A and its facilities, in particular the Hôpital Dr Georges-L. Dumont.

The discussions between the respective legal representatives, lead by Michel Bastarache and André Richard, have allowed both parties to better understand each others' concerns. Government thanks the legal teams for their cooperation and valuable counsel.

Le gouvernement aujourd'hui à répondu de façon concrète aux recommandations du rapport LeBlanc. Le gouvernement a considéré le résultat des consultations menées par Gino LeBlanc et les accepte en entier. Le gouvernement remercie encore une fois monsieur LeBlanc pour son excellent travail qui a permis au gouvernement de mieux comprendre les préoccupations des francophones de cette province à l'égard du système de santé.

Je suis également heureuse d'annoncer que les mesures concrètes prises par ce gouvernement vont non seulement répondre aux attentes de la communauté acadienne et francophone mais aura pour effet de régler le litige opposant Égalité santé au gouvernement.

Monsieur le président, depuis déjà plusieurs semaines les avocats des deux parties entretiennent des discussions confidentielles en vue d'identifier des amendements législatifs ainsi que des mesures concrètes pour assurer une plus grande parité dans le système de santé et apporter des garanties législatives additionnelles pour protéger le caractère francophone de la Régie A et de ses établissements, notamment l'Hôpital Georges L. Dumont.

Les discussions menées par les équipes juridiques sous la direction de Michel Bastarache et André Richard ont permis aux parties de mieux comprendre les préoccupations de part et d'autres. Le gouvernement remercie les avocats au dossier pour leur coopération et leurs précieux conseils.

Mr. Speaker, since our government came to office, we have taken great strides to improve our health care system. Today's announcement represents another way we are seizing the opportunity for quality health care in our province.

Thank you.

CHECK AGAINST DELIVERY

Monsieur le président, depuis l'arrivée de notre gouvernement au pouvoir, nous avons pris de grandes mesures pour améliorer notre système de soins de santé. L'annonce faite aujourd'hui représente une autre occasion que nous saisissons afin d'offrir des soins de santé de qualité dans notre province.

Merci.

VÉRIFIER AU MOMENT DE L'ALLOCATION

Annexe 2



**LEGISLATIVE STATEMENT FOR
HON. HUGH FLEMMING
MINISTER OF HEALTH
EQUITABLE DELIVERY OF SERVICES**

FRIDAY NOVEMBER 30, 2012

Mister Speaker.

As you know, New Brunswickers cherish their health-care system. Universal health-care is part of our DNA as Canadians.

As a government, we have a duty to protect this essential part of our identity.

But to do that, we must first face the myth that health care is free. It's not free. It's universal. Our Medicare card is a credit card for which the cardholder never gets a bill. The government gets it and we all pay for it. We have choices we need to make if we are to protect this system that we believe in.

Our government's vision is for a health-care system in which all New Brunswickers have access to services in their language of choice. These services must be sustainable, safe, of the highest quality, and with enough patient volume to make it financially viable and maintain clinical expertise.

To reach this goal, Mister Speaker, we have created a Primary Health Care Framework, a comprehensive diabetes strategy, a Mental Health Action Plan, we are working with the New Brunswick Medical Society to develop the electronic medical records and we are working towards the development of a catastrophic drug plan.

**DÉCLARATION DE
L'HON. HUGH FLEMMING
MINISTRE DE LA SANTÉ
RÉPARTITION ÉQUITABLE
DES SERVICES DE SANTÉ
LE VENDREDI 30 NOVEMBRE**

Monsieur le président.

Comme vous le savez déjà les Néo-Brunswickois ont leur système de santé à cœur. Les soins de santé universels font partie du patrimoine génétique de la population canadienne.

En tant que gouvernement, nous nous devons de protéger cet aspect essentiel de notre identité.

Mais, pour ce faire, nous devons d'abord dissiper le mythe que les soins de santé sont gratuits. Ils ne sont pas gratuits, ils sont universels. Notre carte d'Assurance-maladie est une carte de crédit pour laquelle le détenteur ne reçoit jamais de facture. C'est le gouvernement qui reçoit la facture et c'est nous tous qui devons la payer. Nous devons faire des choix si nous voulons préserver ce système auquel nous tenons.

La vision de notre gouvernement est d'offrir aux Néo-Brunswickois des soins de santé dans la langue de leur choix. Ces services doivent être viables, sécuritaires, de la plus grande qualité et ils doivent desservir un nombre suffisant de patients afin d'être financièrement rentables tout en permettant de maintenir une expertise clinique.

Afin d'atteindre cet objectif, Monsieur le président, nous avons créé le Cadre des soins de santé primaires, une stratégie globale sur le diabète, un plan d'action sur la santé mentale, nous travaillons avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin d'établir un système de dossiers médicaux électroniques et nous travaillons à élaborer un plan pour les médicaments onéreux.

<p>These are commitments our government has made to the people of New Brunswick. We will rebuild our system to achieve these objectives, and our decisions will be based on the principles I've just outlined.</p> <p>We have also made a commitment to an equitable distribution of health care services.</p> <p>Mister Speaker, I am pleased to announce a five-year action plan to increase accessibility and bring improvements in the delivery of services for all New Brunswickers.</p> <p>The plan includes a lengthy list of new or expanded services in all regions of our province that are designed to address genuine gaps in our system. They are contained in the document I have tabled.</p> <p>In the future, new services will only be added to New Brunswick's health-care system if they are in keeping with the principles of financial and clinical sustainability, safety, quality, and adequate patient volumes. If a new service is added or a service is extended, it will be provided, where possible in the health authority not currently offering it.</p> <p>Mister Speaker, all of the measures that I have tabled are in keeping with our commitment to fiscal responsibility and are designed to bring improvements to the delivery of services for New Brunswick's Francophone population.</p> <p>However, all New Brunswickers will have access to the new provincial programs, just as all New Brunswickers will benefit from the critical work being done to improve primary health care, chronic disease management and mental health services.</p> <p>Let me assure you, Mr. Speaker, this government is committed to delivering the highest quality health care in a sustainable fashion to all New Brunswickers in the language of their choice.</p> <p>Thank you Mister Speaker.</p>	<p>Ce sont des promesses que notre gouvernement a faites à la population du Nouveau-Brunswick. Nous rebâtirons notre système afin d'atteindre ces objectifs et nos décisions seront fondées sur les principes que je viens d'énoncer.</p> <p>Nous nous sommes également engagés à assurer une répartition équitable des soins de santé.</p> <p>Monsieur le président, je suis heureux d'annoncer un plan d'action quinquennal visant à accroître l'accessibilité et à apporter des améliorations dans la prestation des services pour l'ensemble de la population néo-brunswickoise.</p> <p>Ce plan comprend une longue liste de nouveaux services et de services améliorés pour toutes les régions de notre province qui sont conçus dans le but de combler les écarts réels qui existent dans notre système. Ils sont énoncés dans le document que j'ai déposé.</p> <p>À l'avenir, les nouveaux services seront seulement ajoutés au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick s'ils sont conformes aux principes de la viabilité financière et clinique, de sécurité, de qualité et d'un nombre suffisant de patients. Si un nouveau service est ajouté ou étendu, il sera offert, lorsque possible, dans la régie régionale de la santé qui ne l'offre pas à l'heure actuelle.</p> <p>Monsieur le président, toutes les initiatives que j'ai déposées respectent notre engagement en matière de responsabilité financière et elles ont pour but d'améliorer la prestation des services à la population francophone du Nouveau-Brunswick.</p> <p>Toutefois, l'ensemble des Néo-Brunswickois aura accès aux nouveaux programmes provinciaux tout comme l'ensemble de la population de la province profitera du travail essentiel réalisé dans le but d'améliorer les soins de santé primaires, la gestion des maladies chroniques et les services de santé mentale.</p> <p>Soyez assuré, Monsieur le président, que ce gouvernement est résolu à offrir, à la population néo-brunswickoise, des soins de santé de la plus grande qualité de manière rentable et dans la langue de leur choix.</p> <p>Merci Monsieur le président.</p>
---	--

Santé

Annnonce d'un plan d'action pour des services de santé équitables

30 novembre 2012

FREDERICTON (GNB) – Le gouvernement provincial a annoncé, aujourd'hui, son plan d'action en vue d'assurer la distribution équitable des services de santé.

Renseignements pour les médias

Mélanie Sivret, communications, ministère de la Santé, 506-444-3821.

« Le gouvernement du Nouveau-Brunswick est résolu de fournir à la population du Nouveau-Brunswick des services de soins de santé de la plus grande qualité qu'elle mérite et dont elle a besoin, et ce, sans obstacle linguistique », a affirmé le ministre de la Santé, Hugh Flemming. « Ce plan d'action est une étape importante pour assurer davantage d'équité au sein du système de santé. »

Le plan d'action comprend une liste de nouveaux services et de services améliorés dans toutes les régions de la province qui sont conçus pour combler les écarts réels dans le système de santé du Nouveau-Brunswick. Il respecte l'engagement du gouvernement provincial d'améliorer la répartition des services pour la population francophone de l'ensemble de la province.

« Tous les Néo-Brunswickois ont droit d'obtenir des services de santé dans la langue de leur choix », a dit M. Flemming. Ces services doivent être viables, sécuritaires et de qualité, et il doit y avoir un volume de patients suffisant pour qu'ils soient rentables et qu'ils permettent de maintenir l'expertise clinique. »

Le plan de cinq ans comprend les éléments suivants :

- **Dans la région Chaleur** : établissement d'un programme provincial de chirurgie d'implant cochléaire; désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial; augmentation des services de neurologie; amélioration des services de chirurgie plastique; partage d'un service de rhumatologie avec la région de Restigouche; et désignation de l'Hôpital régional Chaleur à titre de centre hospitalier universitaire affilié.
- **Dans la région de Restigouche** : partage d'un nouveau service de rhumatologie avec la région Chaleur; et désignation de l'Hôpital régional de Campbellton à titre de centre hospitalier universitaire affilié.
- **Dans la région d'Edmundston** : établissement d'un nouveau programme de gestion de l'insuffisance cardiaque; établissement d'un nouveau service de rhumatologie; et désignation de l'Hôpital régional d'Edmundston à titre de centre hospitalier universitaire affilié.
- **Au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont de Moncton** : désignation du programme d'oncologie obstétrique et gynécologique comme service provincial; établissement d'un centre d'étude du sommeil; augmentation des services de neurologie; désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial; établissement d'un programme provincial de greffe de la cornée; désignation de l'équipe provinciale d'intervention pour les agents pathogènes de niveau 4 et du laboratoire de virologie comme service provincial; et améliorations des ressources en oncologie.
- **Dans l'ensemble du Réseau de santé Vitalité** : établissement d'un nouveau programme d'infirmières chargées des examens dans les cas d'agression sexuelle; embauche d'un coordonnateur régional des services spirituels et de pastorale; amélioration des services de pédopsychiatrie; et promotion d'une vocation d'enseignement.

L'accès aux services et aux programmes sera également amélioré pour les francophones vivant dans les régions desservies par le Réseau de santé Horizon à Saint John, Fredericton et Miramichi.

Des études de faisabilité seront réalisées pour l'établissement d'un laboratoire de cathétérisme cardiaque, d'un centre de traitement des dépendances aux opiacés, des services de réadaptation intermédiaires pour la région du Nord, et d'un programme de gériatrie.

À l'avenir, les nouveaux services seront seulement ajoutés au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick s'ils sont conformes aux principes de viabilité financière et clinique, de sécurité, de qualité et d'un nombre suffisant de patients. Si un nouveau service est ajouté ou étendu, il sera offert, lorsque cela est possible, dans la région régionale de la santé qui ne l'offre pas à l'heure actuelle.

« Les soins de santé sont une priorité absolue dans la vie des gens du Nouveau-Brunswick, et notre gouvernement est déterminé à protéger et à améliorer ce système qui nous tient tant à cœur », a déclaré M. Flemming.

30-11-12

Tout le contenu © 2012 Le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Tous droits réservés.

**APPENDIX
FIVE-YEAR PLAN FOR THE EQUITABLE
DISTRIBUTION OF HEALTH SERVICES**

NOVEMBER 30, 2012

As part of the five-year plan for the Equitable Distribution of Health Services, the following services will be offered:

Chaleur region:

- New provincial cochlear implant surgery program;
- Bariatric surgery as part of a provincial program;
- Expand neurology services;
- Improve plastic surgery services;
- New rheumatology service to be shared with the Restigouche region; and
- Designate the Chaleur Regional Hospital as a university-affiliated hospital centre.

Restigouche region:

- A new rheumatology service to be shared with the Chaleur region; and
- Designate the Restigouche Regional Hospital as a university-affiliated hospital centre.

**ANNEXE
PLAN QUINQUENNAL POUR LA
RÉPARTITION ÉQUITABLE DES
SERVICES DE SANTÉ
LE 30 NOVEMBRE 2012**

Dans le cadre du Plan quinquennal pour la répartition équitable des services de santé, les services suivants seront offerts :

Dans la région Chaleur :

- établissement d'un programme provincial de chirurgie d'implant cochléaire;
- désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial;
- augmentation des services de neurologie;
- amélioration des services de chirurgie plastique;
- établissement d'un nouveau service de rhumatologie qui sera partagé avec la région de Restigouche;
- désignation de l'hôpital régional Chaleur à titre de centre hospitalier universitaire affilié.

Dans la région Restigouche :

- établissement d'un nouveau service de rhumatologie qui sera partagé avec la région Chaleur;
- désignation de l'hôpital régional Restigouche à titre de centre hospitalier universitaire affilié.

Edmundston region:

- New heart failure management program;
- New rheumatology clinic, and
- Designate the Edmundston Regional Hospital as a university-affiliated hospital centre.

Dans la région d'Edmundston :

- création d'un nouveau programme de gestion de l'insuffisance cardiaque;
- mise en place d'un nouveau service de rhumatologie;
- désignation de l'hôpital régional d'Edmundston à titre de centre hospitalier universitaire affilié.

At the Dr. Georges-L. Dumont University Hospital Centre:

- Obstetrical/gynecological oncology as a provincial program;
- A sleep lab;
- Expand neurology services;
- Bariatric surgery as part of a provincial program;
- A new provincial cornea transplant program;
- A provincial response team for pathogen level 4 and a virology lab as a provincial service; and
- Make improvements to oncology resources.

Au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont :

- désignation du programme d'oncologie obstétrique et gynécologique comme service provincial;
- établissement d'un centre d'étude du sommeil;
- augmentation des services de neurologie;
- désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial;
- établissement d'un nouveau programme provincial de greffe de la cornée;
- désignation de l'équipe provinciale d'intervention pour les agents pathogènes de niveau 4 et du laboratoire de virologie comme service provincial;
- améliorations des ressources en oncologie.

Throughout the Vitalité Health Network:

- A new sexual assault nurse examiner program;
- Add a regional spiritual/pastoral care coordinator;
- Improve child psychiatry services; and
- Develop the academic vocation.

Dans l'ensemble du réseau de santé Vitalité :

- nouveau programme d'infirmières chargées des examens dans les cas d'agression sexuelle;
- ajout d'un coordonnateur régional des services spirituels et de pastorale;
- amélioration des services de pédopsychiatrie;

- développement d'une vocation d'enseignement.

Access to health care will also be improved for Francophones living in the Horizon Health Network in the Saint John, Fredericton, and Miramichi regions.

L'accès aux soins sera aussi amélioré pour les francophones vivant dans les régions desservies par le réseau de santé Horizon à Saint John, Fredericton et Miramichi.

Feasibility studies will also be conducted for:

Des études de faisabilité seront réalisées pour :

- A cardiac catheterization laboratory;
- Opiate addiction treatment;
- Intermediate rehabilitation services for the North; and
- A geriatrics program.

- l'établissement d'un laboratoire de cathétérisme cardiaque;
- d'un centre de traitement des dépendances aux opiacés;
- des services de réadaptation intermédiaires pour la région du nord;
- un programme de gériatrie.

Annexe 3

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

2014 11 01

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.

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 régie Vitalité sur l'ensemble du territoire que la régie 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 2013-2018¹

», 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.

¹ GNB, Rebâtir les soins de santé ensemble: Plan provincial de santé 2013-2018

Effacité :

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

Effcience :

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. »²

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

² Ibid, p. 5

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.

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 santé³. Suite à l'intervention d'[Égalité Santé en Français](#), le gouvernement confirmait, le 8 avril 2010⁴, 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 2012⁵. Nous avons aussi obtenu, lors de cette entente de

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

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

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

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 santé⁶, 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

⁶ GNB, Loi sur les régies régionales de santé, Ch. R-5.05, refondue au premier mai 2010

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 revisite et le met à jour chaque année pour les trois prochains exercices financiers. »

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 Update⁷ » 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

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

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 régies régionales de santé⁸ 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 ».

⁸ GNB, Loi sur les régies régionales de santé, Ch. R-5.05, refondue au premier mai 2010

Argumentation supplémentaire

Tout comme l'indique le Rapport synthèse⁹ du réseau de santé [Vitalité](#) le « Clinical Services Plan Update¹⁰ » 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 permanente¹¹ ;
- 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

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

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

¹¹ Ibid, p.2

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 »¹² ;
- 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

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

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 ;

- 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

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

composante de l'entente hors cour entre la province et Égalité Santé;¹³

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 2012¹⁴, 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

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

¹⁴ 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

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.

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

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 ;

- 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 libertés¹⁵ que dans les lois de la province dont la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick¹⁶. 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 2012¹⁷.

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

¹⁵ GC, Charte canadienne des droits et libertés, 1982

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

¹⁷ 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

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*

*Santé 2013-2018*¹⁸ » 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 Update¹⁹ », 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

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

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

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

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 rattrapage²⁰ 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.

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

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.

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.

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.

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 patriciennes.

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.

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

- Rhumatologie
- Physiatrie

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 (3e 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 CHUDumont doit être doté d'un plus grand nombre de véritables chercheurs qui seront la base du développement

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!**

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

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

Nos propositions

Revenus	Dépenses	\$
Augmenter la TVH de deux points		+ 250 000 000,00\$
Revenir au taux d'imposition de 2008		+ 230 000 000,00\$
Nouvelle fourchette d'imposition entre 150 et 250 000,00\$ de revenus		+ 28 700 000,00\$
Fin des congés d'impôt foncier pour les grandes entreprises		
Mise à jour des redevances sur nos ressources naturelles		
Total de l'augmentation des revenus		+ 508 700 000,00\$

Nos propositions		
Revenus	Dépenses	\$
	Remettre la formation médicale entre les mains de l'Université de Moncton pour les francophones	- 1 000 000,00\$
	Amélioration de la performance au sein de notre système de santé	- 114 500 000,00\$
	Amélioration de la gestion de l'utilisation de nos institutions de santé	- 180 000 000,00\$
	Fermeture du St Joseph Hospital	- 5 000 000,00\$
	Abolition du Conseil de la santé et transfert de son mandat aux régies	- 1 800 000,00\$
	Abolition de FacilicorpNB et remise des services entre les mains des régies de santé	- 5 000 000,00\$
	Abolition d'Ambulance NB et transfert de ce service au sein des régies de santé	- 12 000 000,00\$

Nos propositions		
Revenus	Dépenses	\$
	Réduction de 200 ETP au ministère de la santé	- 18 000 000,00\$
Réduction totale des économies en santé seulement		- 337 300 000,00\$
Différence sur le budget de la province		846 000 000,00\$ *

Nota Bene Nous avons seulement considéré les revenus généraux de la province et les dépenses du seul ministère de la santé pour arriver à ce montant

Annexe 4