

- 2^e édition -



LA SURVIE DES HÔPITAUX RURAUX

Charte des hôpitaux ruraux du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIÈRES

Définitions	3
Introduction	4
Principes de base	5
Langue de service et de travail	6
Constats du comité	7-8
Propositions du comité	8
Conditions de succès	9
Conclusion	10
Note sur l'économie	11
Note sur le numérique	11
Annexe	12

**Ce document a été rendu possible grâce à la participation
des membres du Comité ad hoc sur les hôpitaux ruraux :**

Louise Blanchard, Vice-présidente
Égalité Santé en Français, Caraquet

Joanne Fortin, Présidente Comité permanent
de la santé de la ville de Saint-Quentin, Saint-Quentin

Jocelyne Guimond, Agente administrative / chef adjointe
de l'accueil, admission et centre des rendez-vous de l'Hôpital
Stella-Maris de Kent à la retraite, Richibucto

Andrée Rossignol, Directrice de l'Hôpital général
de Grand-Sault à la retraite, Grand-Sault

Dr Louis-Marie Simard, Cocagne

Jacques Verge, secrétaire Égalité Santé en Français, Dieppe

DÉFINITIONS

(sens que l'on donne à certains mots dans ce document)

MÉTHODE DE GESTION LEAN : Méthode qui nécessite des changements dans la structure d'une organisation afin de mettre de l'avant la relation gestionnaire-bénéficiaire (patient) pour éviter le gaspillage de temps et de ressources.

ÉTAT : Le gouvernement du Nouveau-Brunswick¹ par le biais du ministère de la Santé².

INSTITUTION : Institution qui gère les intérêts de la communauté dans le domaine de la santé. Elle a l'autorité, dans le champ de compétence qui lui a été confié. Elle est responsable de ses décisions et est imputable. Il est bien connu que ces trois sphères sont indissociables.

HÔPITAL RURAL : Offre, directement ou indirectement, une gamme complète de services de santé de première ligne, à une population rurale clairsemée sur un vaste territoire.

CLINIQUE (NOM) : Le terme à moins que le contexte n'indique un autre sens, désignera un lieu et un type de services par exemple la clinique de douleur de l'hôpital.

QUALITÉ : Selon les standards canadiens de la qualité en santé, elle comprend huit (8) dimensions dont voici la liste.

Accessibilité : Offrir des services équitables en temps opportun. Éliminer les obstacles à l'accès de ces services de soin.

Services centrés sur le client/la personne : Collaborer avec le patient et sa famille dans tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services. Ceci se traduit par des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires qui répondent aux besoins, valeurs, croyances, antécédents culturels et préférences des usagers.

Accent sur la population : Travailler avec la communauté pour prévoir ses besoins et y répondre.

Continuité : Coordonner les soins tout au long du continuum de soins.

Pertinence : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.

Sécurité : Assurer la sécurité des personnes.

Milieu de travail : Prendre soin de ceux qui s'occupent des usagers.

Efficience : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

RÉSEAU : Regroupement d'établissements qui décident volontairement de mettre en commun des ressources et de s'entendre sur des sujets.

RÉGIE DE LA SANTÉ : La *loi sur les régies régionales de la santé*³ a créé deux régies régionales qui se sont donné des noms par la suite. La régie régionale A fonctionne en français et se nomme le Réseau de santé Vitalité⁴. La régie régionale B fonctionne en anglais et se nomme Horizon Health Network⁵.

HÔPITAUX RURAUX

Gamme des services à offrir

INTRODUCTION

Nous entendons par « hôpital rural » un établissement qui offre, directement ou indirectement, une gamme complète de services de santé de première ligne, à une population rurale clairsemée sur un vaste territoire. Faute d'un meilleur terme, hôpital fait ici référence à une structure organisationnelle qui a l'autorité et les moyens pour livrer ces services.

Au Nouveau-Brunswick, les bassins de desserte des différents hôpitaux ruraux francophones sont bien définis⁶. La population desservie par le Réseau de santé Vitalité est majoritairement rurale et francophone.

Dans ce document nous présenterons, dans le cadre du contexte juridique canadien et à la lumière des standards reconnus de qualité en santé au Canada et après une analyse de la situation des hôpitaux ruraux en région, une liste de services et la façon de les fournir à la population rurale du Nouveau-Brunswick.

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

² <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante.html>

³ <http://laws.gnb.ca/fr/ShowTdm/cs/2011-c.217//>

⁴ <http://www.vitalitenb.ca>

⁵ <http://www.horizonnb.ca/>

⁶ <http://www.vitalitenb.ca/fr/points-de-service/hopitaux>

PRINCIPES DE BASE

La *Loi canadienne sur la santé*⁷ stipule que les gouvernements provinciaux, pour recevoir des fonds négociés pour la santé, doivent offrir à tous leurs résidents des soins de santé gratuits et sans discrimination. L'esprit de la loi veut que chacun y ait accès sans devoir porter un fardeau financier. À ce titre, la population rurale nous semble victime de discrimination puisqu'elle doit se déplacer sur de plus longues distances, dans des conditions géographiques et climatiques souvent difficiles. Trop d'usagers du système de santé en milieu rural doivent demander à de tierces personnes de les conduire dans un établissement de soins de santé. Ces derniers perdent du temps de travail et parfois demandent une rémunération. Ces voyages sont souvent très éprouvants en raison même de l'état de santé de l'utilisateur.

Deuxièmement, l'état, au Nouveau-Brunswick, a une obligation constitutionnelle de protéger et de favoriser l'épanouissement des deux communautés linguistiques.

Troisièmement, les obligations précédentes sont renforcées par les standards nationaux de qualité en santé. Ces standards énoncent clairement que le service doit être offert dans la langue et dans la culture de l'utilisateur. D'ailleurs la littérature médicale a fait la preuve que l'efficacité et l'efficacité des services sont meilleures dans la langue et dans la culture du patient.

Les normes d'Agrément Canada⁸ stipulent également que le patient et sa famille doivent être impliqués dans la planification, la prestation et l'évaluation de la qualité des services. En santé, on peut parler de l'ensemble des citoyens desservis par le Réseau de santé Vitalité puisque chacun d'entre nous utilisera les services de santé à un moment ou à un autre de sa vie.

⁷ http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/Const_index.html

⁸ <https://accreditation.ca/ca-fr/>

LANGUE DE SERVICE ET LANGUE DE TRAVAIL

Dans le cas précis de notre province, nous devons faire une distinction entre la langue de travail et la langue de service. Selon **la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick**⁹ (LLO-NB), c'est l'utilisateur qui décide s'il veut être servi en français ou en anglais. C'est la règle pour les patients et patientes dans tous les établissements de santé de la province que ce soit du Réseau de santé Horizon ou Vitalité. C'est ce que nous appelons la langue de service. Les articles 27 et 34 de la **Loi sur les langues officielles** précisent les droits des usagers à choisir la langue de leur choix. De plus, ces droits sont confirmés dans la **Loi sur les régies régionales de la santé** à l'article 19.2 de ladite loi. Une publication du Commissariat aux langues officielles du Nouveau-Brunswick précise de façon explicite le droit des usagers à choisir la langue de service qu'ils désirent¹⁰.

La **Loi sur les régies régionales de la santé** (LRRS) stipule que la langue de travail du Réseau de santé Horizon est l'anglais tandis que celle du Réseau de santé Vitalité est le français. Le Réseau de santé Vitalité est donc une institution de la communauté linguistique francophone du Nouveau-Brunswick. Depuis la mise en place de la LRRS, une précision a été ajoutée qui stipule que le candidat ou la candidate pour les élections au conseil d'administration d'une régie « doit certifier qu'il ou elle est disposé (e) à exercer ses fonctions dans la langue de fonctionnement de la régie régionale de la santé¹¹ ».

⁹ <http://laws.gnb.ca/fr/ShowPdf/cs/O-0.5.pdf>

¹⁰ http://www.languesofficielles.nb.ca/sites/default/files/imce/pdfs/FR/vos_droits_linguistiques_2_les_soins_de_sante.pdf

¹¹ <http://www.electionsnb.ca/content/enb/fr/EMCEDetRR/Entrez-dans-la-course/rrs.html>

CONSTATS DU COMITÉ

Lors de la rencontre du comité, les principales conséquences observées de la centralisation à outrance de l'autorité et du pouvoir ont été les suivantes:

- Le système de santé du Nouveau-Brunswick a connu, depuis 1992, une centralisation progressive à la suite de nombreuses réformes.
- Actuellement, nous sommes d'avis qu'il y a une centralisation du système de santé à outrance de la part du ministère par le biais du réseau de santé.
- Le départ de personnels-cadres des points de services vers les hôpitaux régionaux a eu pour conséquence l'allongement des lignes de communication, la démobilisation du personnel, la perte d'identité, les retards et parfois l'absence de prise de décision;
- Les fermetures sont créées par la pénurie artificielle des ressources provenant de l'hôpital régional. Par exemple un service qui était anciennement offert dans un hôpital rural par son personnel, est maintenant fourni par du personnel provenant de l'hôpital régional. Peu après, on coupe le service en milieu rural sous prétexte d'un manque de personnel à l'hôpital régional, pour cause de maladie, de départ à la retraite ou pour toute autre raison valable. C'est ce qui menace présentement l'oncologie en milieu rural. La mission principale des administrateurs de la santé est d'équilibrer leur budget et même de faire un léger surplus pour bien paraître. L'accessibilité aux services et la satisfaction des besoins en santé sont alors reléguées plus bas dans leurs priorités.
- Le « pillage » des ressources, humaines et matérielles, par les hôpitaux régionaux ont entraîné;
 - L'élimination des postes de cadres qui auraient pu maintenir l'identité et l'engagement du personnel envers la qualité et l'excellence des services;
 - L'augmentation des difficultés de recrutement et de rétention de personnel;
 - Des projets d'amélioration initiés par les hôpitaux ont été abandonnés, comme le point d'entrée unique à Grand-Sault;
 - Une diminution du service dans certains cas : oncologie, certaines cliniques spécialisées, tests de laboratoire, etc.;
 - La fermeture de lits. Le grand nombre de patients en attente d'une place dans un foyer de soins occupant un lit de soins aigus d'hôpital a créé un manque de lits pour les patients en soins palliatifs, en réadaptation et en évaluations médicales.
 - Les cafétérias et les laboratoires risquent de fermer;

- Des services ambulanciers dont le personnel est en nombre limité et ayant une formation insuffisante les rendent inefficaces.

Il est évident que la qualité des services telle que nous l'avons définie à la page 3, laisse à désirer et que l'état manque à ses devoirs de façon flagrante, pour peu qu'on examine la situation de près.

Actuellement, les populations rurales dépensent des sommes importantes pour une quantité et une accessibilité de services moindres.

Les indicateurs de la santé de la population du Nouveau-Brunswick sont plutôt décourageants; voir les statistiques du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick¹².

En moyenne, la province du Nouveau-Brunswick investit en santé autant, sinon plus, par habitant que la moyenne des autres provinces canadiennes avec des résultats médiocres : on n'en a pas pour notre argent. Selon nous, ce n'est peut-être pas le financement qui est le problème.

Étant donné les sommes dépensées en santé, il y a peut-être lieu de se poser quelques questions? Si les dirigeants ne s'en préoccupent pas, les citoyens sont certainement en droit de poser des questions. La méthode de gestion Lean¹³, qui est dans le discours de tous les cadres de la fonction publique, en particulier les cadres séniors, démontre clairement que ce qui coûte le moins cher, c'est la QUALITÉ. C'est exactement le sens de notre proposition.

¹² <http://www.csnb.ca>

¹³ <http://www.pieuvre.ca/2017/04/28/lehec-de-la-gestion-lean/>

PROPOSITIONS DU COMITÉ

Vous trouverez en annexe la liste des services qui devraient être offerts dans chacun des hôpitaux ruraux du Réseau Vitalité.

Le principal objectif visé par cette proposition est d'offrir une meilleure qualité de soins à la population rurale du Réseau de santé Vitalité, en tenant compte des huit (8) dimensions de la qualité d'Agrément Canada, sans oublier l'efficacité. Il est essentiel que tout plan stratégique en santé soit centré sur l'utilisateur et qu'il réponde aux besoins de la population.

CONDITIONS DE SUCCÈS

Pour réussir à améliorer la qualité des soins de santé, selon les huit (8) dimensions d'Agrément Canada, certaines conditions préalables s'imposent pour pouvoir désengorger l'hôpital et réaffecter les ressources :

- Un système ambulancier efficace, intégré et géré par les réseaux de santé;
- Un programme extramural plus robuste, intégré et géré par le réseau de santé;
- Le nombre et le type de lits de soins appropriés aux différents types de clientèles. Il n'en faudra peut-être pas autant qu'on le croit si l'approche de soins de la clientèle gériatrique est mise à jour avec les connaissances plus récentes de la recherche;
- Une plus grande autonomie locale (autorité, responsabilité, imputabilité); c'est à dire un conseil d'administration formé de bénévoles issus du territoire de desserte de l'hôpital et un directeur général ou une directrice générale choisi.e par ce conseil et sous l'autorité de ce conseil. Les services offerts à l'ensemble des citoyens du Nouveau-Brunswick demeurent sous la responsabilité des réseaux de santé. Le ministre est responsable du financement et des orientations plus larges du système de santé public.
- Un système d'évaluation rigoureux, indépendant et universel des réseaux de santé qui permettra une comparaison fiable entre tous les hôpitaux et mesurer le coût réel des services; un tel système serait le meilleur outil d'évaluation de la performance des différents hôpitaux;
- Chaque hôpital doit avoir une direction sur place responsable du bon fonctionnement de celui-ci ainsi qu'une direction des soins infirmiers (direction du « nursing ») et une direction médicale. Ces trois postes peuvent être à temps partiel ou à temps complet selon les besoins de l'hôpital rural;
- Que la direction locale et le réseau puissent véritablement orienter la distribution de la main-d'œuvre médicale et professionnelle.

CONCLUSIONS

Si l'état a à cœur l'équité et la justice envers tous les citoyens sur l'ensemble de son territoire, la seule option possible est d'améliorer la qualité des services de santé et en particulier l'accessibilité de ceux-ci en milieu rural.

Égalité Santé en Français a fait une analyse de la situation des hôpitaux ruraux et arrive à la conclusion que ceux-ci sont en manque de services de soins de santé sur place.

Selon Égalité Santé en Français, cette situation inacceptable doit être corrigée et c'est pour cela que nous présentons en annexe une liste de services hospitaliers plus appropriés pour les hôpitaux en milieu rural.

De plus, Égalité Santé en Français propose une prise de décisions, une direction et une gouvernance locales.

Nous croyons que ces recommandations permettraient de résoudre les nombreuses problématiques actuelles qui se vivent actuellement en milieu rural.



NOTE SUR L'ÉCONOMIE

Les institutions qui croissent et survivent sont celles qui innovent et qui font de la recherche pour améliorer leur efficacité et leur efficience.

En collaboration avec les établissements d'enseignement, les hôpitaux ruraux présentent un grand potentiel pour la recherche et l'innovation dans les services de première ligne. La recherche y est généralement peu dispendieuse. Les découvertes permettront de diminuer les coûts et, dans certains cas, auront un potentiel de commercialisation rentable, sans compter l'effet d'attraction sur la main-d'œuvre et la création de postes académiques.

NOTE SUR LE NUMÉRIQUE

La pandémie a démontré que des outils numériques pouvaient faciliter l'accès aux soins de santé. Elle nous a aussi démontré les carences numériques entre les milieux urbains et ruraux. Égalité Santé soutient que la province doit non seulement réclamer un meilleur accès numérique pour les régions mais elle doit, tout comme le fédéral, investir dans un accès câblé au numérique qui est beaucoup plus rapide, sécuritaire et moins affecté par les situations climatiques.

Les outils numériques en santé doivent principalement servir à éviter des déplacements à la clientèle rurale mais il faut aussi tenir compte que tous et toutes n'ont pas les capacités financières pour se payer cet accès numérique. Les outils numériques ne doivent pas servir d'excuse à l'implantation de services cliniques en région ou à la suppression de ces services en région.

Le gouvernement devrait donc prendre en considération la possibilité d'établir des « centres d'accès » pour cette population moins favorisée que ce soit par le biais du financement pour cet accès à des clubs ou organismes bénévoles en région rurale.



ANNEXE: LISTE DES SERVICES DES HÔPITAUX RURAUX

Selon notre proposition, chaque établissement aurait un conseil d'administration local et la direction (direction de l'hôpital, direction médicale et direction des soins infirmiers de l'hôpital) répondrait à ce conseil. Chaque hôpital rural devrait offrir les services de soins de santé suivants selon les besoins de sa population.

LITS

Les données disponibles démontrent hors de tout doute que toutes les personnes hospitalisées dans les petits hôpitaux nécessitent beaucoup de soins et ne peuvent pas être congédiées parce que les services dont elles ont besoin ne sont pas offerts à l'extérieur de l'hôpital. Il faut donc mettre en place les services ambulatoires, les services à domicile et les foyers de soins nécessaires pour congédier ces patients de l'hôpital.

- Soins aigus
 - Soins palliatifs
 - Réadaptation
 - Évaluation médicale
-

SALLE D'URGENCE/CLINIQUE AMBULATOIRE, SANS RENDEZ-VOUS

MÉDECINS (Services ou consultants)

SERVICES

- Médecin de famille
- Urgentologue

CONSULTANTS

- Pédiatre
- Psychiatre
- Gynéco-obstétricien-ne
- Interniste
- Chirurgien (chirurgie générale)
- Gériatre

(les consultants fournissent des services régulièrement à temps partiel)

RÉADAPTATION

En première ligne, la clientèle visée est d'abord la clientèle âgée en perte d'autonomie pour laquelle il s'agit d'abord de maintenir et améliorer la force nécessaire à leur mobilité.

Selon le volume de patients avec des problèmes plus complexes, des services spécialisés devraient être offerts en milieu communautaire.

On pourra y faire une plus large place aux professionnels en réadaptation et les cliniques pourraient être itinérantes.

- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Reconditionnement pour retour à domicile
- Post-chirurgicale
- Autres comme les blessures musculosquelettiques et neurologiques

CLINIQUES PROFESSIONNELLES

- Nutritionniste
- Psychologue
- Infirmière praticienne
- Travailleur social
- Pharmacien
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Kinésiologue
- Orthophoniste
- Audiologue
- Oncologie

CLINIQUES INTERDISCIPLINAIRES

Nous parlons précisément de diabète, HTA, insuffisances cardiaques, asthme, MPOC, obésité, syndrome métabolique, tabagisme, maladies inflammatoires (digestives et musculosquelettiques), maladies neuromusculaires (en particulier héréditaires) etc.

- Arrêt tabagisme
- Diabète
- Asthme
- HTA
- Insuffisance cardiaque
- MPOC
- Obésité
- Maladies inflammatoires digestives
- Maladies inflammatoires musculosquelettiques

SANTÉ MENTALE

La santé mentale se prête bien à la décentralisation. Sa clientèle souvent démunie sera mieux servie, qu'elle soit adulte ou pédiatrique. Un mélange de télémédecine et de clinique interdisciplinaire pourra répondre à la majorité des besoins de cette clientèle.

- Clinique interdisciplinaire psychiatrique pédiatrique
- Clinique interdisciplinaire psychiatrique adulte

SERVICES DE CONSULTATIONS MÉDICALES (soins ambulatoires sur place)

Ces cliniques ambulatoires seront établies sur la base des volumes de patients et des professionnels disponibles. La direction devra s'assurer du déploiement approprié de la main d'oeuvre médicale ou autres lorsque le besoin est identifié.

Nous pourrions, par exemple, avoir des cliniques en cardiologie, en orthopédie et en gastro-entérologie pour répondre aux besoins identifiés.

SANTÉ PUBLIQUE

Il devrait y avoir une présence de la santé publique pour coordonner et donner la vaccination, pour la coordination des services aux personnes avec des maladies à déclaration obligatoire, pour répondre aux besoins locaux d'éducation publique sur la santé et pour faire la liaison en cas de crise sanitaire.

- Clinique de vaccination
- Éducation et santé populationnelle : prévention et dépistage

SOUTIEN À DOMICILE ET PROGRAMME EXTRA-MURAL SOUS LA GESTION DES RÉSEAUX DE SANTÉ

CENTRES DE JOUR GÉRIATRIQUES

C'est un outil qui vise trois (3) objectifs : le premier est de mobiliser le patient en le forçant à se déplacer, le deuxième lui permet de maintenir un réseau social et de sortir de son isolement (Voir les déterminants de la santé) et le troisième vise les 40% et plus de patients âgés mal nourris. Ces patients sont fragiles et nécessitent beaucoup de soins; la littérature récente sur ce sujet est convaincante.

IMAGERIE

- Radiologie générale
- Ultra-sons
- CT scan

ECG ET ÉPREUVES D'EFFORTS CARDIAQUES

LABORATOIRE DE BASE

- Phlébotomie
- Banque de sang
- Chimie
- Hématologie



LA SANTÉ

notre droit
notre survie



Égalité Santé en Français

449 Chartersville, Dieppe, N.-B. E1A 5H1

info@egalitesante.com

506.852.8885



www.egalitesante.com