



« LES ATTENTES DE LA COMMUNAUTÉ  
FRANCOPHONE DANS LE CADRE DU NOUVEAU  
PLAN PROVINCIAL DE SANTÉ »

2021 03 15



# Table des matières

Table des matières.....	1
Lettre à la ministre de la Santé.....	3
Abrégé de nos attentes.....	5
LES OBLIGATIONS CONSTITUTIONNELLES DU N.-B. ....	8
L’OPPORTUNITÉ DE LA CONSULTATION .....	13
Le « Plan des régies pour relever les défis du système de soins de santé » .....	18
« Agir en faveur de soins de santé publique fiables » .....	26
Les objectifs de tout Plan provincial de santé au Nouveau-Brunswick.....	35
Le respect des obligations constitutionnelles et juridiques de la province du Nouveau-Brunswick.....	35
Les besoins de la communauté.....	36
L’accessibilité .....	36
La sécurité.....	36
La qualité de vie au travail .....	37
Les services de soins de santé centrés sur le patient ou la patiente.....	37
Les soins de santé sont pertinents.....	38
Les ressources sont utilisées avec « efficience » .....	38
Les attentes d’Égalité Santé.....	39
Conclusions .....	42
ANNEXES .....	43
Tableau comparatif des services entre les deux régies de santé .....	44
Les éléments à considérer dans le cadre de la gouvernance .....	45
Conseil d’administration de la régie .....	45
Comité consultatif de l’hôpital .....	46



Réunions de la régie et du Comité consultatif de l'hôpital .....	46
Réunions à huis clos.....	47
Rôle de la présidence du Conseil d'administration .....	48
Rôle de la direction générale du réseau .....	48
LA SURVIE DE HÔPITAUX RURAUX.....	49



# Lettre à la ministre de la Santé

2021 03 15

Honorable Dorothy Shephard  
Ministre de la santé  
Place HSBC C. P. 5100  
Fredericton, NB  
E3B 5G8

Envoi par courriel : [Dorothy.Shephard@gnb.ca](mailto:Dorothy.Shephard@gnb.ca)

Objet : Nos attentes par rapport au prochain plan de santé provincial

Madame la Ministre

Vous trouverez en annexe les réactions et les attentes de notre organisme suite à la publication de votre document de consultation « Agir en faveur de soins de santé publique fiable. »

Nous tenons également à vous souligner que nous sommes disponibles en tout temps pour discuter avec vous de ce document.

Veillez agréer, Madame la Ministre, nos sincères salutations

A blue ink signature of Jacques Verge, written in a cursive style, is displayed within a white rectangular box.

Jacques Verge  
Secrétaire







## Abrégé de nos attentes

Le présent document se veut une synthèse de notre mémoire dans le cadre de la réforme en santé.

- Cette réforme est inappropriée en temps de pandémie ;
- Les statistiques contenues dans le document ne tiennent pas compte des données des deux communautés linguistiques et des deux régions ;
- Le document ne fait aucun suivi sur le Plan des régions de février 2020 « **Plan pour relever les défis du système de soins de santé du N.-B.** » soit les phases II et III ;
- Le document ne contient aucune évaluation du Plan provincial de santé 2013-2018 « **Rebâtir les soins de santé ensemble** ».

### Ce que tout plan de santé doit respecter et contenir :

- ➔ Le respect des lois et des droits selon :
  - La Charte
  - La Loi canadienne sur la santé
  - La loi sur l'égalité des deux communautés linguistiques du N.-B.
  - La loi sur les langues officielles
- ➔ La reconnaissance du droit de chaque communauté linguistique à des institutions de santé qui leur sont distinctes, propres et égales en soins de santé ;
- ➔ Le droit de se faire servir dans la langue officielle de son choix est un droit **individuel prévu à 16 (2)** ;
- ➔ Le droit d'une communauté linguistique d'avoir des institutions de santé qui leur sont distinctes, propres et égales en soins de santé est un droit **collectif prévu à 16,1 (1)** ;



→ Des changements dans la **Loi sur les régies régionales de la santé** (LRRS)

**Gouvernance et gestion :**

- L'élection de tous les membres du Conseil d'administration (CA) par la communauté ;
- L'élection de la présidence du CA par les membres élus du CA ;
- L'embauche et le renvoi du premier employé de la régie par le CA (la direction générale) ;
- L'imputabilité de la gestion par la direction générale au CA lors de réunions publiques ;
- Un Comité consultatif de chaque institution de la régie présidé par un membre élu du CA de la régie ;
- La décentralisation de la gestion locale des établissements de la régie (directions locales) ;
- La gestion et la gouvernance de tous les services hospitaliers par les régies de santé (services cliniques et non cliniques);
- La transparence de la prise de décision (huis clos : une exception pour protéger la vie privée)

**Égalité de soins de santé**

- Publication des services de soins de santé secondaires, secondaires spécialisés et tertiaires offerts dans chacune des régies sur le site du ministère de la Santé (mise à jour en temps réel) ;
- La mise en place d'un plan de « rattrapage » de 5 ans pour arriver à une égalité réelle de services de soins de santé entre les deux régies (Plan 2021-2026) ;

→ Les objectifs du Plan provincial doivent être émis par le ministre mais les moyens pour y arriver sont du ressort de la régie de santé ;



- Le plan doit répondre aux besoins de chaque communauté linguistique en assurant :
- L'accessibilité
  - La sécurité
  - La qualité de vie au travail
  - Des services de santé centrés sur le patient ou la patiente ;
  - Une offre de services de soins continus
  - Des soins de santé pertinents
  - Des ressources utilisées avec efficacité



# LES OBLIGATIONS CONSTITUTIONNELLES DU N.-B.

Le 26 janvier dernier, la ministre de la Santé, l'honorable K. Dorothy Shephard, a publié sur le site gouvernemental un document de travail sur l'avenir des soins de santé au Nouveau-Brunswick<sup>1</sup>. Dans son message la ministre affirme que « Les renseignements recueillis seront pris en compte lors de l'élaboration d'un plan provincial quinquennal sur la santé ».

[Égalité santé en français Nouveau-Brunswick Inc.](#) (Égalité Santé) commentera cette consultation en tenant compte des éléments suivants :

- Les obligations constitutionnelles de la province en matière de santé
- L'opportunité de la consultation
- Le Plan pour relever les défis du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick des régies de santé annoncé en 2020
- « Agir en faveur de soins de santé publique fiables »
- Les objectifs que devrait considérer le Plan quinquennal sur la santé

---

1 <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/SoinsDeSante/DocumentDeTravail-SoinsDeSantePubliqueFiables.pdf>



- Les attentes d'Égalité Santé
- Nos conclusions

Égalité Santé tient à rappeler à la Ministre de la Santé et au gouvernement de la Province du Nouveau-Brunswick, les obligations constitutionnelles qui doivent être prises en compte dans toute planification des soins de santé dans notre province.

Comme vous le savez, nous avons déposé un avis de poursuite contre la province du Nouveau-Brunswick le 13 juin 2017 et que malgré la contestation par le Procureur général de la province de notre qualité d'agir, la juge en chef de la Cour du Banc de la Reine, Tracey K. DeWare, a confirmé notre qualité d'agir dans une décision<sup>2</sup> rendue le 19 novembre 2020.

Bien qu'aucune décision n'ait été rendue sur le fond de la cause, Égalité Santé a quand même avisé la Ministre de la Santé et la présidente du Conseil d'administration du réseau de santé que toute action prise dans le cadre d'une réforme de la santé ou d'un plan du ministère ou de la régie ne pouvait aliéner les droits de la communauté linguistique francophone et acadienne.

---

2 <https://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2020/11/MC-449-17-Jacques-Verge-al-v.-Province-du-Nouvea-u-Brunswick-De%CC%81cision-TKD-November-19-2020.pdf>



Égalité Santé a de plus, lorsque nous avons appris que la ministre de la Santé avait demandé aux députés et maires de lui faire parvenir leur vision de la santé, fait parvenir à la ministre notre vision des soins de santé et nous lui rappelions ce qui suit :

« Avant même de considérer la vision de la santé, nous devons rappeler au gouvernement les droits individuels et collectifs et les obligations constitutionnelles qui s'appliquent en santé :

- Chaque individu a le droit de s'exprimer dans la langue officielle de son choix en santé et ceci en tout temps et en tout lieu;
- Le système de santé doit communiquer en tout temps et en tout lieu avec l'individu sans délai;
- Les deux communautés linguistiques ont le droit à des institutions de santé qui leur sont distinctes, propres et égales en soins de santé;
- C'est l'obligation de la province de voir à ce que les deux communautés linguistiques aient des institutions de santé qui sont distinctes, propres et égales en soins de santé. »<sup>3</sup>

Contrairement à ce que le premier ministre et la ministre de la Santé ont affirmé, Vitalité et Horizon ne peuvent pas se « partager des

---

<sup>3</sup> Égalité Santé, lettre à la ministre de la Santé en date du 27 décembre 2020



services<sup>4</sup> » en déshabillant Vitalité qui est le réseau ayant peu de services à partager.

Ce partage de services se ferait au détriment de la communauté francophone et acadienne. De plus, ce serait un outil d'assimilation pur et simple. Le premier ministre pense-t-il que des patients vont dans deux institutions pour se faire soigner ou pense-t-il que le personnel de nos institutions se tourne les pouces? Son affirmation nous annonce-t-elle une coupure de services?

La Ministre de la Santé ne peut pas non plus affirmer que « tout est sur la table » comme elle le disait le 27 janvier dernier<sup>5</sup>. Comment la ministre de la Santé peut-elle bafouer les droits de la communauté linguistique francophone et acadienne?

La santé est une institution de notre communauté comme le juge l'affirmait dans la cause de l'Hôpital Montfort. Dans le jugement du 29 novembre 1999 la Cour divisionnaire de l'Ontario affirme que « l'hôpital Montfort en tant que centre vraiment francophone, nécessaire à la progression et à l'amélioration de l'identité franco-ontarienne comme

---

4 <https://ici.radio-canada.ca/tele/le-telejournal-acadie/site/segments/reportage/337012/higgs-dedoublements-vitalite-horizon>

5 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1766278/consultations-avenir-soins-sante-nouveau-brunswick>



minorité culturelle et linguistique en Ontario et à la protection de cette culture contre l'assimilation. <sup>6</sup>»

Est-ce qu'en affirmant que tout est sur la table, la ministre de la Santé nous annonce-t-elle des coupures de services? Quel est le sens de sa déclaration? Si c'est le cas, ayez au moins le courage de le dire et cessez de nous faire perdre notre temps!

Égalité Santé affirme dans sa poursuite que c'est l'obligation de la province de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges des deux communautés linguistiques à des institutions d'enseignement distinctes et aux institutions culturelles distinctes nécessaires à leur protection et à leur promotion selon l'article 16.1 de la Charte canadienne des droits et libertés<sup>7</sup>.

**La santé est, selon nous, une institution de la communauté linguistique francophone.**

---

<sup>6</sup> <https://hopitalmontfort.com/fr/les-victoires-de-montfort>

<sup>7</sup> <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>



## L'OPPORTUNITÉ DE LA CONSULTATION

Le premier ministre affirmait le 10 février dernier lors de son discours sur l'État de la province que « Bon nombre d'entre nous éprouvent des sentiments d'anxiété et sont incertains de ce que l'avenir nous réserve<sup>8</sup> ». Nous nous posons la question suivante : est-ce le temps propice à une vraie consultation? Selon la ministre Shephard, les commentaires, observations et opinions serviront à l'élaboration du plan provincial quinquennal sur la santé.

La **Loi sur les régies régionales de la santé**<sup>9</sup> prévoit à l'article 6 que le ministre établit et peut modifier un plan provincial de santé. Lorsque nous cherchons le dernier plan provincial de santé, nous constatons que ce plan préparé sous le ministre de la Santé Flemming couvrait la période de 2013 à 2018. Depuis ce temps, les régies et le ministère fonctionnent en fonction de ce plan de 2013 à 2018. C'est également en novembre 2013 que le ministre Flemming alors ministre de la Santé, présentait à l'Assemblée législative son Plan de « **Répartition équitable des services de santé** » en conformité avec l'entente hors cour entre la Province et Égalité Santé survenue en 2010.

---

8 [https://www.youtube.com/watch?v=lu851r6dO70&ab\\_channel=tvRogers](https://www.youtube.com/watch?v=lu851r6dO70&ab_channel=tvRogers)

9 <http://laws.gnb.ca/en/showpdf/cs/2011-c.217.pdf>



Le parti conservateur est au pouvoir depuis le 9 novembre 2018, d'abord à la tête d'un gouvernement minoritaire et d'un gouvernement majoritaire depuis le 14 septembre 2020. Pourquoi le gouvernement n'a-t-il pas fait cette consultation depuis sa prise du pouvoir en 2018?

Près de trois ans plus tard, il entreprend deux réformes soit celle de la santé et l'autre du monde municipal sans parler de la révision obligatoire de la **Loi sur les langues officielles du N.-B.** prévue dans cette Loi.

Devait-il faire les consultations pour la santé immédiatement? Non puisque depuis près de trois ans, le système de santé fonctionne en vertu du Plan provincial de la santé 2013-2018. Pourquoi cette presse? La ministre qui doit en même temps gérer la pandémie aurait pu facilement retarder cette consultation : **rien ne pressait surtout pas en temps de pandémie.**

La pandémie servirait-elle de justification à la ministre Shephard pour avoir un semblant de consultation et ainsi mettre en place des changements qui affecteront principalement la communauté linguistique francophone et acadienne?



Une autre raison pour retarder cette consultation pour élaborer le plan provincial en santé en est une de processus. Avant de faire un plan, il faut d'abord étudier la situation, ce qui a dû être fait en 2013 puisque le ministère a déposé ce plan 2013 à 2018.

Lorsque le plan prend fin, normalement, le processus suivi est de faire l'évaluation des résultats de ce qui avait été édicté comme piste d'action pour évaluer leurs résultats. Par la suite, les recherches exigent qu'un état des lieux ou de la situation actuelle soit fait.

Enfin, en temps normal, les gens se demandent s'il faut continuer les actions entreprises dans le dernier plan et si nécessaires établissent les nouvelles actions à entreprendre pour améliorer la situation.

Le Plan provincial de santé a pris fin en théorie en 2018 et il aurait été normal de faire l'évaluation des mesures annoncées dans ce plan. Nous ne retrouvons pas de telles données dans le document soumis par la ministre Shephard le 26 janvier. Tout au plus, nous retrouvons un état de la situation mais sans justification. Par exemple, la ministre écrit que les coûts de santé par individu sont 4 805.00\$ pour l'année 2017 sans nous donner la moyenne canadienne et surtout sans nous donner le pourcentage d'augmentation par rapport à l'année précédente. Nous nous demandons si l'année 2017 est la dernière année pour laquelle le coût annuel par habitant est disponible?



Non seulement il aurait été utile de nous donner les tendances à long terme mais le ministère fait sans aucun fondement l'affirmation suivante : « Cela signifie que le Nouveau-Brunswick possède sans doute le système de soins de santé le plus rentable de tout le pays<sup>10</sup> ». Sur quelle(s) base(s) peut-on faire une telle affirmation? Si cette affirmation est exacte, pourquoi se presser à mettre en place un nouveau plan.

Nous pourrions penser et avec raison que le gouvernement veut profiter de la pandémie, comme il l'a fait pour obtenir un gouvernement majoritaire, pour nous imposer ce qu'il n'a pas pu faire en février 2020.

Nous trouvons étrange, pour être poli, la publication le 23 février 2021 de votre « Publication du plan d'action sur la santé mentale et le traitement des dépendances » alors que les consultations publiques n'ont même pas débuté.

Ce n'est pas que nous sommes en désaccord avec la nécessité d'avoir une attention particulière pour la santé mentale et les dépendances, au contraire.

---

10 GNB, Agir en faveur de soins de santé publique fiables 2021, p.3



Ce qui nous insulte, c'est que la santé mentale et les dépendances font partie des considérations qui doivent être prises en compte dans le cadre du prochain Plan provincial de la santé. D'ailleurs, votre troisième objectif de votre document de travail porte sur la santé mentale et les dépendances.

Devons-nous conclure que les décisions sont déjà prises au sein du ministère et que cette tournée virtuelle de consultation n'est qu'un exercice médiatique? Sachez que nous avons autre chose à faire que de participer à des consultations bidon!



## Le « Plan des régies pour relever les défis du système de soins de santé »

En février 2020, les deux directions générales des régies de santé assises de chaque côté du ministre de la Santé de l'époque, Hugh J. Flemming, nous annonçaient ce qu'elles qualifiaient de « **Plan des régies** ». Le ministre s'assurait de dire qu'il supportait le « plan des régies ». Mais était-ce bien le Plan des régies comme l'avaient affirmé les deux directions générales?

Nous avons bien compris et rapidement que ce plan des régies n'avait jamais été discuté publiquement au sein du réseau de santé Vitalité. Devant l'opposition à ce plan, la vice-présidente du Conseil d'administration, une membre élue par la population, Norma McGraw, contestait même qu'il y avait eu un vote sur ce plan même si nous apprenions que le sujet avait été discuté à huis clos lors d'une rencontre le 10 décembre 2020.



Madame McGraw a même démissionné de son poste en contestant ce vote<sup>11</sup>. Jean-Marie Nadeau, un autre membre élu, démissionnait lors de la réunion de mars 2020 affirmant qu'il en avait assez<sup>12</sup>.

Lors de la comparution du réseau Vitalité le 17 février 2020 devant le Comité des comptes publics, la présidente du Conseil d'administration, Michelyne Paulin, et la direction générale, Gilles Lanteigne ont affirmé à plusieurs reprises que le Conseil d'administration avait bel et bien voté en faveur de ce plan mais sans jamais publier le texte de cette résolution.

Égalité Santé a fait la demande de recevoir cette résolution en vertu de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée mais le réseau de santé a invoqué l'article 23 de cette Loi 25 (1)b) qui se lit ainsi :

25(1) Le responsable d'un organisme public local peut refuser de communiquer à l'auteur de la demande des renseignements dont la communication risquerait vraisemblablement de révéler :

---

11 <https://www.acadienouvelle.com/actualites/2020/02/26/norma-mcgraw-demissionne-de-son-poste-au-c-a-de-vitalite/>

12 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1663743/jean-marie-nadeau-claque-la-porte-du-conseil-dadministration-de-vitalite>



- b) le contenu des délibérations qui ont eu lieu au cours d'une réunion des représentants élus de l'organisme public local ou d'une réunion de son organe dirigeant ou d'un des comités de ses représentants élus ou de son organe dirigeant, si le public a été exclu de la réunion.

Égalité Santé a contesté cette réponse du réseau Vitalité à l'effet que nous ne demandions pas le contenu des discussions mais le texte de la résolution qui aux dires de la direction générale a été envoyée au Ministre de la Santé. Peine perdue, le réseau de santé malgré les interventions de la section du Droit à l'information du Bureau de l'Ombud a maintenu sa position.

Devant ce fait, nous avons déposé une plainte auprès de l'Ombud affirmant que le réseau Vitalité abuse de la procédure de huis clos en ayant des réunions à huis clos avant la majorité des réunions régulières, que ce sujet précis du Plan aurait dû être discuté en public et que troisièmement des personnes qui ne font pas partie du Conseil d'administration assistent régulièrement à ces huis clos. Nous attendons une réponse à savoir si l'Ombud fera enquête sur notre plainte.



Pour revenir à ce Plan des régies de santé, il prévoyait :

- La fermeture des six (6) urgences de minuit à huit heures le lendemain ;
- La réduction des listes d'attente ;
- L'amélioration des services de traitement des dépendances et de santé mentale ;
- La conversion de 120 lits de soins de courte durée en lits de soins chroniques de longue durée;
- La prise de décisions et planification continues axées sur les patients.

Le document de février 2020 se concluait en affirmant que le gouvernement recevait et approuvait les recommandations des régies de santé. Quelques jours plus tard, le premier ministre et non le ministre de la Santé, annulait la fermeture des six (6) urgences la nuit. De plus, le premier ministre promettait de venir nous expliquer ce que nous n'avions pas compris selon lui et promettait aussi un forum provincial sur la santé.

Nous attendons toujours des explications claires et précises expliquant ce plan des régies présenté par les directions générales de régies de santé et par le fait même des employés du ministre de la Santé. Pourquoi cette annulation par le premier ministre, lui qui affirmait qu'il allait faire des changements même au risque de perdre les prochaines élections!



Tout ce que nous avons entendu au cours des derniers mois de la part du premier ministre et de sa ministre c'est que le premier ministre « veut éliminer les dédoublements » et selon la ministre de la santé que « tout est sur la table ».

En plus des explications promises, nous demandons au premier ministre et à sa ministre de la Santé de publier la liste des soins de santé secondaires, secondaires spécialisés et tertiaires par régie et nous pourrons ainsi comparer et situer les dédoublements. Au cours des dix dernières années, nous avons tenté d'obtenir cette fameuse liste de la part du ministère. Nous avons toujours eu la même réponse que nous n'avons d'ailleurs jamais cru : « le ministère n'a pas cette liste ». Encore en juin 2019, nous avons demandé aux fonctionnaires présents lors d'une rencontre avec le ministre Flemming de nous fournir cette liste. Nous attendons toujours.

La ministre a clairement défini ce qu'est un service viable sur le plan clinique comme « *Pour qu'un service soit viable sur le plan clinique, chaque spécialité doit normalement compter quatre ou cinq médecins pour faire en sorte que le programme soit disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept et 365 jours par an, sans interruption majeure.*<sup>13</sup>»

---

13 GNB, Agir en faveur de soins de santé publique fiables 2021, p.11



Pour nous, un tel service peut être viable même si les médecins de ce service se retrouvent sur plus d'un site à condition d'avoir une coordination du rôle de la garde entre les sites pour les médecins qui y œuvrent.

Nous pourrions alors parler de dédoublements ou de triplements de services de soins de santé. La population constatera alors que ces dédoublements et triplements se produisent majoritairement dans le réseau Horizon et de plus que le réseau Vitalité a peu de services de soins secondaires, secondaires spécialisés et tertiaires.

Faute de publication des données et surtout de la liste des services de soins de santé par région, nous assumerons que la ministre a quelque chose à cacher à la population ou qu'un fonctionnaire n'a pas fait son travail. Comment un ministère ne peut-il pas savoir ce qui se donne comme services sous sa responsabilité? Comment le ministère ne peut-il pas savoir ce qui se passe dans les régions de santé qui sont de son ressort?

Faute d'une liste ministérielle, Égalité Santé continuera à utiliser sa propre liste de services de soins de santé comparant les services entre les deux régions.



Notre tableau en annexe (Annexe 1) démontre clairement que le dédoublement ne se situe nullement du côté de la régie de santé Vitalité et qu'affirmer que Vitalité est le problème est de la mauvaise foi.

Revenons à ce fameux plan des régies de santé de février 2020. Que reste-t-il de ce fameux plan? Qu'est-il arrivé aux autres mesures annoncées le 11 février 2020?

Est-ce que ce Plan adopté en catimini par les réseaux de santé contenait d'autres mesures que nous devons apprendre plus tard? Quelles étaient les mesures de la phase II et de la phase III?

« On évoque aussi, sans donner de détails, des changements en ce qui a trait aux services de laboratoires, et aux services d'alimentation et d'entretien ménager. Les services extra-muraux offriront des possibilités de soins en ligne, à l'aide de messages textes ou de courriers électroniques, par exemple<sup>14</sup>. »

---

<sup>14</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1516539/gouvernement-fermeture-urgences-nuit-hopitaux-services-sante>



Ce sont là des sujets abordés par le ministre Flemming lors de l'annonce du 11 février 2020. Qu'en est-il maintenant? Il s'est passé un an et nous ne le savons toujours pas mais la ministre nous amène sur une autre voie avec son document!



## « Agir en faveur de soins de santé publique fiables »

Le 26 janvier dernier, la ministre Shephard publiait son document de travail sur l'avenir des soins de santé au Nouveau-Brunswick ayant comme titre « **Agir en faveur de soins de santé publique fiables** ». Le titre est un bon exemple de marketing. Pourquoi ne pas se servir de la cote d'amour de Dre Russell et son équipe durant cette pandémie pour marquer l'imaginaire de la population.

Le titre le plus pertinent aurait été « Agir en faveur de soins publics de santé fiables » mais le gouvernement ne voulait sans doute pas éliminer la privatisation des soins de santé du grand portrait. Il faut se souvenir que ce parti alors dans l'opposition critiquait la privatisation du Programme Extra-Mural il n'y a pas si longtemps mais rendu au pouvoir a fait une analyse très sommaire du contrat avec Medavie pour s'empresse de le maintenir!

Pour le gouvernement Higgs-Austin, ce contrat était un bon contrat pour la province et ses citoyens et citoyennes. Pourtant, la vérificatrice générale dénonçait il n'y a pas si longtemps le laxisme des composantes du contrat qui favorisait Medavie aux dépens de la bonne gestion gouvernementale.



Elle critiquait même la structure de gouvernance d'EM/ANB, une entité de la Partie III gérée par un conseil d'administration<sup>15</sup>.

C'est ce Conseil d'administration qui a conclu une entente de dix (10) ans avec Medavie pour la gestion du Programme Extra-Mural et Ambulance N.-B. Mais qui nomme les membres de ce Conseil d'administration et qui sont les membres de ce Conseil d'administration? Le rapport annuel 2019-2020 d'EM/ANB nous donne la réponse.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2020V1/Chap3f.pdf>

<sup>16</sup> [https://extramuralnb.ca/files/documents/2019-2020-Rapport-annuel-dEM-ANB\\_web.pdf](https://extramuralnb.ca/files/documents/2019-2020-Rapport-annuel-dEM-ANB_web.pdf) page 7



<p><b>René Boudreau, président</b> Sous-ministre adjoint Services ministériels, ministère de la Santé</p>	<p><b>John Estey, vice-président</b> Directeur Services de santé d'urgence, ministère de la Santé</p>
<p><b>Dan Coulombe</b> Directeur général Soins aigus, ministère de la Santé</p>	<p><b>Jean Daigle</b> Vice-président, Affaires communautaires Réseau de santé Horizon</p>
<p><b>Jennifer Elliott</b> Directrice Unité des soins de santé à domicile, ministère de la Santé</p>	<p><b>Stéphane Legacy</b> Vice-président, Services de consultation externe et Services professionnels Réseau de santé Vitalité</p>
<p><b>Heidi Liston</b> Directrice générale Soins de santé primaires, ministère de la Santé</p>	<p><b>Mark Thompson</b> Directeur Services de soutien ministériels, ministère de la Santé</p>

Au cours de l'exercice 2019-2020, les deux membres suivants du conseil d'administration d'EM/ANB ont quitté leurs fonctions :

- **Patsy MacKinnon**, secrétaire-trésorière, directrice générale, Services financiers, ministère de la Santé
- **Claude Allard**, sous-ministre délégué, Services de santé et Affaires francophones, ministère de la Santé

L'autre question intéressante est de se demander qui est le directeur général de cette structure nommée EM/ANB? Dans le même rapport annuel de 2019-2020, nous constatons que « dans le cadre de ces contrats, le président de SSMNB agit également à titre de directeur général d'EM/ANB. Le directeur général rend compte au conseil d'administration dont les membres sont nommés par le ministère de la Santé et employés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. »<sup>17</sup>

---

17 Ibid



Il n'est donc pas surprenant que la vérificatrice générale se pose des questions sur la gestion et la transparence de cette structure<sup>18</sup>

Dans son message la ministre Shephard affirme que les commentaires et réactions du public seront pris en compte lors de l'élaboration du plan provincial quinquennal sur la santé. Ce plan est prévu en vertu de l'article 6 de la ***Loi sur les régies régionales de la santé***.<sup>19</sup> Une recherche sur le web, nous permet de constater que le dernier Plan provincial de la santé date de 2013 à 2018 et qu'il avait été publié lors du gouvernement Alward soit le 23 septembre 2013. Son titre était d'ailleurs évocateur « **Rebâtir les soins de santé ensemble : Plan provincial de la santé 2013-2018** ».

La première constatation que nous devons faire est que ce plan est échu depuis quelques trois années. Pourquoi devons-nous procéder rapidement depuis le 26 janvier? Si nous avons rebâti ensemble les soins de santé pourquoi devons-nous agir pour des soins de santé fiables maintenant?

---

18 <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/auditor-general-report-school-infrastructure-1.5769065>

19 <http://laws.gnb.ca/en/showpdf/cs/2011-c.217.pdf>



Quelle évaluation a été faite du plan de 2013-2018? Quels constats ont été faits? La ministre nous donne des statistiques fournies par d'autres organismes comme le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) ou l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mais ces données sont pour l'ensemble de la population néo-brunswickoise et non recueillies sur la base linguistique ou sous celle des régions de santé.

Il est inacceptable que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick ne tienne pas compte des communautés linguistiques dans les statistiques qu'il publie contrairement à l'entente hors cour entre la Province et Égalité Santé en 2010. De plus, les statistiques fournies par la ministre ne tiennent pas compte du fait des dépenses des deux régions de santé séparément.

La ministre a même décidé de modifier, dans son document de travail, les principes que devait contenir le prochain plan de santé. Comparons ce qui était inscrit en 2013 et ce qui l'est maintenant.

<b>Plan 2013-2018</b>	<b>Plan 2021-2026</b>
<p>Accès :</p> <p>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.</p>	<p>Accessibilité :</p> <p>La capacité des patients ou clients à obtenir des soins ou services au bon endroit et au bon moment, selon leurs besoins respectifs, dans la langue officielle de leur choix.</p>



Plan 2013-2018	Plan 2021-2026
<p><b>Gamme de services appropriée :</b> Les soins ou services offerts sont adaptés aux besoins des patients ou des clients et sont conformes aux normes établies.</p>	<p><b>Justesse :</b> Les soins ou services fournis correspondent aux besoins des patients ou clients et sont conformes aux normes établies.</p>
<p><b>Efficacité :</b> Les soins ou services offerts, les interventions pratiquées ou les mesures prises permettent d'obtenir les résultats désirés.</p>	<p><b>Efficacité :</b> Les soins ou services offerts, les interventions pratiquées ou les mesures prises permettent d'obtenir les résultats désirés.</p>
<p><b>Efficiéce :</b> En arriver aux résultats désirés en faisant l'utilisation la plus efficiente possible des ressources.</p>	<p><b>Rendement :</b> Les résultats désirés sont obtenus en utilisant les ressources de la manière la plus rentable possible.</p>
<p><b>Équité :</b> Viser la prestation de soins et de services équitables pour tous.</p>	<p><b>Équité :</b> Chacun reçoit des soins ou services de qualité, quelles que soient ses caractéristiques et ses circonstances individuelles.</p>
<p><b>Sécurité :</b> Les risques potentiels de l'intervention ou de l'environnement sont évités ou limités.</p>	<p><b>Sécurité :</b> Les risques associés à une intervention ou à l'environnement sont évités ou réduits au minimum.</p>
<p><b>Viabilité clinique :</b> Les programmes comptent au moins quatre ou cinq fournisseurs et le volume est suffisant pour maintenir l'expertise clinique.</p>	



Nous remarquons d'abord que les principes à partir desquels le nouveau plan est décrit ne sont pas identiques. La viabilité clinique est disparue des principes, les termes du prochain plan sont tirés de l'énumération faite dans *la Loi créant le Conseil de santé du Nouveau-Brunswick en matière de santé*<sup>20</sup> qui à l'article 1 établit les critères pour évaluer la qualité des services de santé comme suit :

« qualité des services de santé » La qualité générale des services dans le système de soins de santé mesurée au regard de l'accessibilité, de l'équité, de la justesse, de la sécurité, du rendement et de l'efficacité. (health service quality) »

Ces termes ne sont cependant pas définis dans la *Loi créant le Conseil de santé du Nouveau-Brunswick en matière de santé ni dans la Loi sur les régies régionales de la santé*. Nous constatons aussi que la définition du terme équité est passée d'une définition collective à une définition individuelle.

Lors d'une rencontre avec le sous-ministre du temps, Tom Maston, et la sous-ministre déléguée aux affaires francophones, Lyne St-Pierre-Ellis, ces deux hauts fonctionnaires nous avaient confirmé que ce terme équité se rapportait aux deux régies de santé. À la fin novembre 2013, le ministre Flemming avait d'ailleurs déposé le Plan de répartition équitable des soins de santé doté d'un budget dont l'objectif

---

20 <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cs/2016-c.104/>



était de faire le rattrapage entre les soins de santé offerts dans Horizon et manquants dans Vitalité.

Pourquoi cette définition du terme équité a-t-elle été modifiée? Est-ce pour avoir l'appui du People's Alliance ou parce que le premier ministre ne croit pas dans les droits linguistiques et l'égalité de nos deux communautés linguistiques de la province. Sa réponse lorsque nous lui affirmions que les francophones avaient des droits en vertu de la Charte, nous revient constamment. Il avait affirmé sans broncher que « les cours avaient interprété trop largement les droits linguistiques », alors qu'il terminait la campagne électorale en septembre 2018.

Pour revenir aux principes de 2013-2018, il nous faut voir les évaluations qui ont été faites par rapport à l'atteinte de ces objectifs. Rien ne sert de modifier la définition de l'objectif si nous ne savons pas où nous en sommes rendus dans la recherche de cette atteinte. Nous devons savoir pourquoi et comment nous avons atteint l'objectif et pourquoi nous ne l'avons pas atteint selon le cas.

Dans le cas d'un échec de l'atteinte, la cause de l'échec est-elle une question d'investissement ou de manque de ressources humaines ou une autre cause?

Puisque nous parlons de ressources humaines, nous voulons revenir sur ce sujet qui nous préoccupe depuis cinq ans. Nous avons affirmé précédemment que la crise des ressources humaines a été accentuée



par la centralisation à outrance du moins au sein de la régie Vitalité. En effet, nous avons constaté depuis l'arrivée de l'ex-direction générale de notre réseau francophone en 2015 deux changements.

Le premier est celui de la centralisation des embauches et du recrutement sous l'égide d'une vice-présidence dont le poste a été occupé depuis trop longtemps par des intérimaires. La dernière personne à occuper ce poste l'a fait à cause de la pandémie à partir de son domicile dans une autre province à quelques six ou sept cents kilomètres du Nouveau-Brunswick.

Le deuxième constat est celui de la diminution des postes à temps plein et l'augmentation de postes à temps partiel ce qui a encouragé de nombreux jeunes à se diriger ailleurs pour avoir une sécurité d'emploi. De plus, nous croyons qu'il y a eu une augmentation significative du temps supplémentaire.

Ces deux situations doivent cesser le plus rapidement possible. Les ressources humaines doivent retourner au niveau local. Le manque de personnel dans nos institutions était minime en 2015!



# Les objectifs de tout Plan provincial de santé au Nouveau-Brunswick

En considérant ce que les juristes appellent les lois des lois, c'est-à-dire ce dont la Province doit tenir compte pour respecter les obligations qu'elle s'est donnée dans les lois provinciales et ce qui est inclus dans la Loi fondamentale du Canada soit la Charte canadienne des droits et libertés, Égalité Santé soutient que tout plan de santé doit contenir les principes suivants :

*Le respect des obligations constitutionnelles et juridiques de la province du Nouveau-Brunswick*

Tout plan de la province et de ses institutions doit respecter les obligations prévues dans la **Charte canadienne des droits et libertés** aux articles 16 et 16.1. De plus, la province doit respecter la **Loi canadienne sur la santé**, la **Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick** et la **Loi sur l'égalité des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick**.



### *Les besoins de la communauté*

Tout plan doit répondre aux besoins de chacune des communautés linguistiques et de ses citoyens et citoyennes. Le plan doit être développé en collaboration avec chacune des communautés qui aura reçu les données pertinentes de sa communauté pour arriver à des décisions éclairées tout en tenant compte des particularités locales.

### *L'accessibilité*

Le Plan doit assurer à la population de chacune des communautés locales des services de soins de santé offerts dans la régie de sa communauté linguistique qui sont accessibles dans un délai raisonnable (temps et distance). (Égalité santé fait la distinction entre l'accessibilité et la disponibilité)

### *La sécurité*

Le plan doit assurer la sécurité en tout temps des patientes et patients à l'intérieur des institutions de la régie de santé de chacune des communautés linguistiques.



### *La qualité de vie au travail*

La province doit offrir aux personnes qui fournissent des soins de santé une qualité de vie au travail, des salaires décents et une protection contre les abus physiques ou psychologiques. C'est la responsabilité de la régie d'assurer en tout temps la sécurité physique et psychologique du personnel qui travaillent dans ses établissements. De plus, la régie doit assurer la protection des lanceurs d'alertes qui dénoncent des situations inacceptables ou dangereuses au sein de la régie.

### *Les services de soins de santé centrés sur le patient ou la patiente*

Les décisions par rapport à la santé et les soins requis sont prises en collaboration avec le patient ou la patiente et sa famille en tenant compte des besoins particuliers de ceux-ci.

### **La régie offre des services de soins de santé continus**

Les services de soins de santé et de soins à domicile font partie du continuum de soins de la régie de santé.



*Les soins de santé sont pertinents*

Les soins de santé offerts dans chacune des régies de santé des deux communautés linguistiques sont appropriés, font suite aux discussions avec le patient ou la patiente et sa famille et répondent aux besoins des patients et patientes.

*Les ressources sont utilisées avec « efficacité »*

Les ressources humaines, financières et l'équipement sont utilisés le plus adéquatement possible dans chaque régie de santé.

Ces grands principes doivent être les seules considérations dans le Plan provincial de santé qui sera développé. Les moyens pour y arriver doivent être décidés par le Conseil d'administration de chacune des régies de santé et non par la direction générale qui est actuellement l'employée de la ministre de la Santé ainsi que les membres de son équipe de direction. De plus, les discussions et les décisions par rapport à votre Plan ministériel doivent absolument être faites en public et non à huis clos comme le réseau Vitalité le fait trop souvent.



## Les attentes d'Égalité Santé

Égalité Santé s'attend à ce que le ministère et la province ne s'aventurent pas sur le chemin de changements qui auront comme effet de réduire les services, les effectifs et les droits de la régie de santé Vitalité qui est la régie de la communauté linguistique francophone.

Nous n'avons pas besoin de vous rappeler que nous avons déposé une poursuite contre la Province du Nouveau-Brunswick pour le respect des droits de la communauté linguistique francophone en santé et que nous vous avons avisé dans une lettre du 9 décembre 2020 des principes juridiques que « votre réforme » devait respecter.

À cet effet, nous tenons à vous répéter les demandes que nous avons faites dans le cadre de notre poursuite et que nous avons aussi présentées à votre prédécesseur en 2019.

Égalité Santé réclame ce qui suit :

- La reconnaissance dans la ***Loi sur l'égalité des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick*** et dans la ***Loi sur les régies régionales de la santé*** que les deux communautés linguistiques de notre province ont toutes deux droit à des institutions de santé distinctes, propres et égales en soins de santé;
- La reconnaissance du droit de la communauté linguistique francophone et acadienne de gérer et de gouverner ses propres institutions de santé;



- Les modifications suivantes à la ***Loi sur les régies régionales de la santé*** pour assurer :
  - L'élection de tous les membres du Conseil d'administration par les membres de la communauté linguistique francophone et acadienne;
  - La nomination de la présidence du Conseil d'administration par les membres élus de ce Conseil d'administration;
  - L'embauche et le renvoi si nécessaire de la direction générale du réseau par le Conseil d'administration qui est l'employeur de celle-ci;
  - La décentralisation de la gestion et de la gouvernance quotidienne du réseau de santé (directions locales);
  - La mise en place d'un conseil consultatif formé de bénévoles au sein de chaque institution de santé dont la présidence est assurée par un membre élu du Conseil d'administration de la régie de santé;
  - L'égalité de services de soins de santé entre les régies de santé des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick;
  - La mise en place d'un plan de « rattrapage » de 5 ans pour arriver une égalité réelle de services de soins de santé entre les deux régies (Plan de rattrapage 2021-2026).
  - L'abolition du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et la répartition de ses ressources humaines et financières entre les deux régies de santé;



- Le transfert de la gestion et de la gouvernance de tous les services hospitaliers sous les régies de santé (services cliniques et non cliniques);
- La prise de décision au sein des régies de santé soit effectuée lors de rencontres publiques à l'exception de décisions par rapport à un individu (patient, employé ou les médecins);
- La transparence de la régie de santé et de chacune de ses institutions;
- La protection des membres du personnel à titre de siffleur d'alerte

Nous avons joint en annexe un document adopté récemment par notre Conseil d'administration qui détaille bien nos attentes au niveau de notre régie de santé. Ce document est en annexe et s'intitule « **Les éléments à considérer dans le cadre de la gouvernance** ». Nous avons également placé en annexe notre document sur les hôpitaux ruraux intitulé « **La survie des hôpitaux ruraux – Charte des hôpitaux ruraux du Nouveau-Brunswick** ».



## Conclusions

Nous terminons, Madame la Ministre, en réitérant l'importance que votre réforme respecte les droits des deux communautés linguistiques, communautés qui sont égales en droit et statut, et qui doivent être égales en soins de santé aussi.

Nous vous invitons également à publier la liste des services de soins secondaires, secondaires spécialisés et tertiaires offerts dans chaque institution de chaque régie et le regroupement de ces données par régie.

Nous ne comprenons pas que votre ministère nous consulte sans même avoir compilé les données pertinentes à notre communauté linguistique francophone et acadienne et de plus par régie de santé. C'est un geste inacceptable et inexcusable.

La santé est notre droit et l'égalité est aussi un droit. Votre défi est de vous assurer que les deux communautés ont des soins de santé égaux ce qui n'est pas le cas actuellement pour le réseau Vitalité. Vous ne devez pas confondre le droit d'être servi dans sa langue et le droit de notre communauté à des institutions égales en service de soins de santé.

Merci



# ANNEXES



## Annexe 1

Tableau comparatif des services entre les deux régions de santé

SERVICES TERTIAIRES AU N.-B.	Vitalité (FR)	Horizon (EN)	SERVICES SECONDAIRES AU N.-B.	Vitalité (FR)	Horizon (EN)
Centre de réadaptation	0	1	Neurologie	1	3
Laboratoire de sommeil	1	1	Gynéco-oncologie	1	0
Laboratoire référence en microbiologie	1	1	Chirurgie colorectale	0	Incomplet
Laboratoire cathétérisme cardi- aque	0	3	Chirurgie de Mohs	Incomplet	Incomplet
Chirurgie cardiaque	0	1	Soins intensifs pédiatriques	0	2
Centre de neurochirurgie	0	2	Chirurgie plastique	Incomplet	3
Unité de pédopsychiatrie	0	1	Salle d'endoscopie ERCP	0	1
Centre de traumatologie	0	2	Centre intégré du sein	1	2
TEP (Pet scan)	1	1	Services de gériatrie spécialisés	Incomplet	2
Centre de grands brûlés	0	2	Rhumatologie	Incomplet	2
Unité néonatale tertiaire	0	3	Physiatrie	Incomplet	2
Laboratoire électrophysiologie cardiaque	0	1	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
Centre d'hémodialyse	3	1			
Centre de radio-oncologie	1	1			
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>21</b>			

Où est l'égalité?

Source : <https://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2021/02/Depliant3volets-EgaliteSante-9jan.pdf>



## Annexe 2

### *Les éléments à considérer dans le cadre de la gouvernance*

Toute modification à la LRRS et au fonctionnement de la régie de santé francophone doit tenir compte des éléments suivants :

#### Conseil d'administration de la régie

- Tous les membres du Conseil d'administration de la régie doivent être élus par la population;
- Tous les électeurs doivent avoir le choix de voter pour la régie de leur choix;
- Nous devons donc avoir deux cartes électorales soit une pour Vitalité et l'autre pour Horizon;
- Nous croyons que le nombre de membres du CA doit être au minimum de 11;
- À ce nombre, il faut ajouter les 3 membres d'office actuellement prévus dans la LRRS :
- Le directeur général qui doit être membre sans droit de vote;
- Le président du comité professionnel consultatif qui doit être membre sans droit de vote;
- Le président du comité médical consultatif qui doit être membre sans droit de vote.
- Les membres élus éliront parmi eux la présidence, la vice-présidence, le ou la secrétaire et le trésorier ou trésorière de la régie.



### Comité consultatif de l'hôpital

- Chaque hôpital aura son comité consultatif qui sera présidé par un membre élu du CA de la régie;
- Ce comité consultatif aura comme rôle de recueillir les préoccupations et de prioriser les demandes de la population desservie par l'hôpital;
- Le nombre et le processus pour choisir ces personnes est à déterminer en fonction de la réforme municipale à venir;
- Ce comité serait formé de bénévoles nommés par les représentants en plus de la direction générale, de la direction médicale, des soins infirmiers de l'hôpital;
- Ce comité consultatif serait une alternative à une structure ayant des représentants des malades comme dans d'autres juridictions.

### Réunions de la régie et du Comité consultatif de l'hôpital

- L'ensemble de ces réunions doivent être publiques et facilement accessibles;
- L'accès doit être en présentiel et aussi par un accès numérique;
- L'accès numérique doit se faire sans avoir à s'identifier par un logiciel du genre You Tube;
- Les documents disponibles aux membres du Conseil d'administration doivent être disponibles au public dès leur présentation dans le cadre de la réunion du Conseil d'administration;
- Les questions du public et des journalistes doivent faire partie intégrante de la rencontre du Conseil d'administration. Elles doivent faire partie de l'enregistrement de la réunion.



## Réunions à huis clos

- Ce genre de réunion doit être limité et justifié à la population;
- Seuls les membres du Conseil d'administration ou du Comité consultatif de l'hôpital peuvent y être invités;
- Les seuls motifs pour une réunion à huis clos sont inscrits dans le procès-verbal de la réunion publique au cours de laquelle ce huis clos a été voté;
- Les quatre motifs actuels sont précisés dans la LRRS et sont les suivants :
- Révéler des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
- Révéler des renseignements sur les questions de gestion des risques ou de soins aux malades;
- Porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la régie régionale de la santé;
- Compromettre l'efficacité avec laquelle la régie régionale de la santé exécute ses fonctions et responsabilités;
- Selon nous, la seule justification pour un huis clos doit être « Révéler des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable »;
- Nous croyons que les trois autres points nuisent à la livraison des services et la sécurité des patients. L'exemple de la décision prise à huis clos par le réseau Vitalité de couper les services d'oncologie à Grand-Sault et St-Quentin, celle d'approuver le Plan pour relever les défis du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et la fermeture des urgences la nuit auraient dû être prises en public et non à huis clos;
- De plus, nous soutenons que toutes les décisions pour aller à huis clos doivent être prises en public et motivées. De plus, si une décision est prise à huis clos, elle doit être ratifiée lors de la réunion publique;
- Une personne peut y être invitée pour présenter un document ou répondre à des questions mais elle ne peut pas assister aux délibérations ou à une intervention d'une autre personne invitée;



- Par exemple, au niveau de la régie, les membres de l'équipe de leadership ne peuvent pas assister aux réunions à huis clos.

#### Rôle de la présidence du Conseil d'administration

- Par tradition la présidence d'un CA ne vote pas sauf s'il y a égalité de vote et dans ce cas elle doit voter pour garder le dossier ouvert;
- Cette tradition est encore plus essentielle dans les réunions des comités qui relèvent du Conseil d'administration ;
- La présidence du CA doit être membre d'office de tous les comités du Conseil d'administration mais sans droit de vote.

#### Rôle de la direction générale du réseau

- Cette personne est le premier employé du réseau;
- Il relève du Conseil d'administration;
- Il est responsable de la gestion quotidienne du réseau et en est redevable au Conseil d'administration;
- Il doit faire rapport de sa gestion lors de chaque réunion publique du réseau;
- Nous considérons que les nominations au poste de vice-présidence du réseau doivent être ratifiées par le Conseil d'administration lors d'une réunion publique.



## Annexe 3

### LA SURVIE DE HÔPITAUX RURAUX

#### Charte des hôpitaux ruraux du Nouveau-Brunswick



Source : Égalité santé en français N.-B. inc.

Pour télécharger le document :

<https://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2021/01/2-%E2%80%93-Egalite%CC%81Sante%CC%81-Brochure-Charte-16pages-1.pdf>



# 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](http://www.egalitesante.com)