

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité ad hoc sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires	Date et heure : Endroit :	Le 26 septembre 2018 à 13:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle (Gilles) Moncton : CHUDGLD : Salle 171.33 (Michelyne, Lucille, Jean-Marie) Campbellton : HR : Salle 4002 (Jacques, Sonia, Marie) Lamèque : Salle 228 (Emeril) Grand-Sault : Salle 0217 (Gaitan) Jabber : 123027 Téléphone : 1-506-877-7333 suivi du 123027 et la touche #	
Présidente : Secrétaire :	Lucille Auffrey Marie Allard		
Participants			
Gilles Lanteigne Jacques Duclos Emeril Haché	Lucille Auffrey Sonia Roy Jean-Marie Nadeau	Gaitan Michaud Michelyne Paulin	
ORDRE DU JOUR			Documents
1. Ouverture de la réunion			
2. Déclaration de conflits d'intérêts			
3. Adoption de l'ordre du jour		D	✓
4. Affaires nouvelles			
4.1 Approbation du mandat		D	✓
4.2 Plan des services cliniques et Plan stratégique		I	✓
4.3 Cadre de référence – Soins de santé primaire		D	✓
4.4 Définition des établissements et centres de santé		D	✓
4.5 Mise à jour des services offerts et projets			
4.5.1 Services cliniques (Invitée : Johanne Roy)		I	
4.5.2 Services de consultation externe et Services professionnels (Invité : Stéphane Legacy)		I	
4.5.3 Services cliniques – Soins primaires (Jacques Duclos)		I	
4.6 Processus d'évaluation des besoins des communautés		I	✓
4.7 Charte des hôpitaux ruraux du N.-B. (Égalité Santé en Français)		I	✓
4.8 Horaire des rencontres		D	✓
5. Date de la prochaine réunion : le 1^{er} novembre 2018 à 13:30		I	
6. Levée de la réunion			

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Mandat

Vous trouverez ci-joint le mandat du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires adopté par le Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de sa réunion en juin 2018.

Vous trouverez une révision du mandat en lien avec ses responsabilités et sa composition qui devra être soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour adoption.

Mandat

Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires

Le Comité ad hoc du Conseil sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires est responsable de fournir au Conseil d'administration des recommandations, conseils, de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau en lien avec l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires.

Responsabilités

Attendu que :

- L'offre de services peut être différente d'un hôpital ou établissement communautaire à un autre (ex. : changement de vocation);
- La mission des hôpitaux et établissements communautaires sera défini en accord avec le plan stratégique et l'évaluation des besoins des communautés;
- Il existe une pénurie de ressources humaines dans certaines spécialités et l'offre de services sera menée avec un objectif et un plan de pérennité.

Le comité sera responsable de :

- Assurer que l'équipe de leadership revoit l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires ;
- Aider l'équipe de leadership dans l'identification d'une stratégie de transformation et de modernisation de l'offre de service ;
- Aider l'équipe de leadership dans l'identification de stratégies d'engagement des communautés respectives;
- Soumettre des recommandations au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Composition

Le Comité est composé de trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.

- Gaitan Michaud
- Jean-Marie Nadeau
- Emeril Haché
- Sonia A. Roy
- Michelyne Pauline,
- Gilles Lanteigne
- Johanne Roy
- Stéphane Legacy
- D'autres membres invités au besoin

Obligation de rendre compte

- Rend compte des activités et de la mise en œuvre du plan d'action au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Fréquence des réunions

- Le comité se réunit au moins trois fois par année et au besoin en tenant compte du calendrier préétabli des réunions du Conseil;
- Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).

2018 08 31

Mandat – révisé 26 septembre

Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires

Le Comité ad hoc du Conseil sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires est responsable de fournir au Conseil d'administration des recommandations, conseils, de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau en lien avec l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires.

Responsabilités

Attendu que :

- ~~L'offre de services est peut être~~ différente d'un hôpital ou établissement communautaire à un autre pour tenir compte des besoins spécifiques des diverses communautés et de (ex.: l'évolution, changement historique et conjoncture de vocation);
- L'offre de services doit s'arrimer avec le cadre des soins primaires
- La mission des hôpitaux et établissements communautaires sera défini en accord avec le plan stratégique et l'évaluation des besoins des communautés;
- ~~Il existe une pénurie de ressources humaines dans certaines spécialités et l'offre de services sera menée avec un objectif et un plan de pérennité.~~

Le comité sera responsable de :

~~Assurer que l'équipe de leadership revoit l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires ;~~

- Dans une perspective régionale et en accord avec le plan stratégique et le plan clinique, actualiser pleinement l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires en lien avec les compétences et ressources disponibles
- ~~Aider- Conseiller~~ l'équipe de leadership dans l'identification d'une stratégie de transformation et de modernisation de l'offre de service ;
- ~~Aider- Conseiller~~ l'équipe de leadership dans l'identification de stratégies d'engagement des communautés respectives;
- Soumettre des recommandations au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Formatted: Normal, Indent: Left: 0.22 cm, Right: -0.04 cm, Line spacing: Exactly 15.8 pt, No bullets or numbering, Allow hanging punctuation, Font Alignment: Auto

Formatted: Font: French (Canada)

Composition

Le Comité est composé de ~~trois cinq~~ membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.

- Gaitan Michaud
- Jean-Marie Nadeau

- Emeril Haché
- ~~Sonia A. Roy~~
- ~~Lucille Auffrey~~
- Michelyne Pauline ([membre d'office](#)),
- ~~Gilles Lanteigne~~ ([membre d'office et non-votant](#))
- ~~Jacques Duclos~~ ([non-votant](#))
- ~~Johanne Roy~~
- ~~Stéphane Legacy~~
- D'autres membres invités au besoin

Obligation de rendre compte

- Rend compte des activités et de la mise en œuvre du plan d'action au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Fréquence des réunions

- Le comité se réunit au moins trois fois par année et au besoin en tenant compte du calendrier préétabli des réunions du Conseil;
- Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Plan des services cliniques et Plan stratégique

Vous trouverez le Plan des services cliniques ayant été approuvé par le Conseil d'administration lors de sa réunion publique de en juin 2016. Vous trouverez également inclus le Plan stratégique du réseau de santé Vitalité 2017-2020.

Ces deux documents sont très importants pour guider les travaux du comité puisqu'ils contiennent les orientations de l'organisation tant au plan des défis que des objectifs actuels du Conseil d'administration. Bien que déjà connus des membres, ces documents pourront être discutés en lien avec le mandat révisé.



Réseau de santé Vitalité

Plan des services cliniques

21 juin 2016

TABLE DES MATIERES

NOTE AU LECTEUR	1
SOMMAIRE	2
1 CONTEXTE	4
2 TERRITOIRE ET POPULATION	5
2.1 Territoire.....	5
2.2 Population	7
2.2.1 Évolution démographique et vieillissement de la population.....	7
2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques	9
2.2.3 Conditions socioéconomiques	10
2.2.4 Portrait de santé.....	10
3 OFFRE DE SERVICES	15
3.1 Services hospitaliers	15
3.2 Services dans la communauté	19
4 RESSOURCES MÉDICALES.....	22
5 UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS	23
5.1 Hospitalisation et lits de soins aigus.....	23
5.2 Analyse de l'occupation des lits de soins aigus	25
6 TENDANCES DANS L'ORGANISATION DES SERVICES	26
6.1 Gestion des maladies chroniques.....	26
6.1.1 Croissance et impacts des maladies chroniques.....	26
6.1.2 Orientations préconisées	27
6.2 Autres tendances reconnues.....	28
6.3 Modèle de santé des populations : base de la transformation du Réseau de santé Vitalité	31
7 MODÈLE DE TRANSFORMATION ET DE MODERNISATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ.....	32
7.1 Vision de l'organisation des services cliniques.....	32
7.2 Principes directeurs de transformation.....	33
7.3 Axes d'action du modèle de transformation	35
7.3.1 Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation.....	36
7.3.2 Diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjour.....	37
7.3.3 Adapter les pratiques cliniques.....	38
8 ORGANISATION PROPOSÉE DES SERVICES SPÉCIALISÉS	39
8.1 Organisation générale des services	39
8.1.1 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales.....	41
8.1.2 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines médicales	45
8.1.3 Faits marquants pour l'organisation proposée des services diagnostiques.....	50
8.2 Répartition proposée des services sur le territoire du Réseau Vitalité	51
8.3 Organisation proposée des services médicaux de garde	58
8.4 Faits marquants sur l'enseignement et la recherche	61
8.4.1 Enseignement.....	61

8.4.2 Recherche.....	61
ANNEXE : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DE LA CONSULTATION PORTANT SUR L'ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du territoire	5
Figure 2 : Distances routières	7
Figure 3 : Distribution de la population par zone – 2015	8
Figure 4 : Évolution du nombre d’habitants par zone – 2006 à 2017.....	8
Figure 5 : Distribution de la population par groupe d’âge – 2011.....	9
Figure 6 : Évolution du poids démographique des personnes de 75 ans et plus – 2000 à 2021.....	9
Figure 7 : Taux d’hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus standardisé selon l’âge – 2010 à 2015	24
Figure 8 : Nombre de lits de soins aigus par 1 000 habitants – 2012-2013.....	24
Figure 9 : Pyramide de Kaiser	27
Figure 10 : Modèle de santé des populations	31
Figure 11 : Principes directeurs de transformation	33
Figure 12 : Modèle de transformation et modernisation.....	35
Figure 13 : Optimisation des services du Programme extra-mural	36
Figure 14 : Optimisation des services ambulatoires.....	37
Figure 15 : Optimisation des services communautaires.....	37
Figure 16 : Optimisation de la gestion des épisodes de soins	38
Figure 17 : Optimisation des continuums de soins et services.....	38
Figure 18 : Organisation du réseau de la douleur	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques indicateurs socioéconomiques	10
Tableau 2 : Quelques indicateurs relatifs aux résultats de santé	12
Tableau 3 : Quelques indicateurs relatifs aux comportements liés à la santé – 2013	12
Tableau 4 : Prévalence de problèmes de santé chroniques – 2011	13
Tableau 5 : Obstacles aux services de santé – 2014.....	14
Tableau 6 : Services non offerts par le Réseau de santé Vitalité.....	16
Tableau 7 : Principaux volumes d’activités des admissions, consultations et traitements en milieu hospitalier – 2015-2016.....	17
Tableau 8 : Principaux volumes d’activités des services diagnostiques et thérapeutiques en milieu hospitalier – 2015-2016.....	18
Tableau 9 : Liste des installations par zone, excluant les hôpitaux	19
Tableau 10 : Principaux volumes d’activités des services dans la communauté – 2015-2016.....	21
Tableau 11 : Effectifs médicaux en individus excluant les locums – 2016.....	22
Tableau 12 : Lits de soins aigus par 1 000 habitants – Avril 2014	25
Tableau 13 : Sept dimensions de la qualité	33
Tableau 14 : Dimensions de la qualité comme critères d’analyse pour l’élaboration du modèle d’organisation de services	34
Tableau 15 : Offre de services spécialisés proposée sur l’ensemble du territoire	52
Tableau 16 : Organisation proposée des services de garde sur l’ensemble du territoire	58

NOTE AU LECTEUR

Ce rapport sur le plan des services cliniques vise à consolider les services francophones offerts et à offrir à la population desservie par le Réseau de santé Vitalité, dans le respect des besoins de la distribution rurale de cette population. Il mise aussi sur un plan de rattrapage, en faveur du Réseau de santé Vitalité dans le développement de nouveaux services pour la population de la province.

Les nombreuses mesures proposées pour accentuer l'organisation régionale des services spécialisés au sein de ce Réseau sont le fruit de journées de réflexion en groupes multidisciplinaires, constitués par catégories de clientèles et regroupant des professionnels et des médecins de toutes les zones du Réseau. Ces journées de travail ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les différents intervenants cliniques et ont permis de préciser le modèle souhaité d'organisation des services du Réseau. Tous les participants ont salué l'initiative de ces rencontres et souhaitent la tenue régulière de telles journées au cours des mois à venir, dans le but de poursuivre le développement du modèle et de faciliter l'amélioration de la qualité des services.

Des discussions demeurent à poursuivre, des scénarios nécessitent d'être mieux questionnés et développés. Ce plan mérite donc de demeurer vivant et dynamique. Il trace les grandes orientations de la vision de l'organisation des services pour le Réseau de santé Vitalité mais il laisse place à la poursuite des réflexions pour l'améliorer et la compléter, notamment en ce qui concerne les moyens d'y parvenir.

SOMMAIRE

Depuis plusieurs années déjà, le Réseau de santé Vitalité déploie des efforts importants afin d'améliorer sa performance au niveau opérationnel. Dans son Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) 2015-2018, il annonce son intention d'accentuer l'importance accordée à l'amélioration de l'utilisation des ressources et services via un réaligement en profondeur du système de santé et des modes d'organisation et de prestation des services. Ce réaligement prévoit, notamment, le développement d'alternatives à l'hospitalisation afin d'adapter les modes de prise en charge et de suivi des clientèles à l'évolution des besoins en soins de santé des populations et d'améliorer l'efficacité du système.

Dans cette même veine, le ministère de la Santé a demandé à la direction du Réseau de santé Vitalité, au cours de l'été 2015, d'évaluer les répercussions de deux scénarios de réduction des services dans trois établissements hospitaliers communautaires, soit l'Hôpital et au Centre de santé communautaire de Lamèque, l'Hôpital Stella-Marie-de-Kent et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Ces scénarios consistaient à fermer les lits où à transformer les lits de courte durée en lits de longue durée, en plus de fermer les services d'urgence la nuit et réduire les services diagnostiques.

L'examen de ces scénarios a amené le Réseau de santé Vitalité à en proposer un troisième, inclusif de l'ensemble des établissements hospitaliers du réseau et jugé préférable à la fois pour le Réseau et pour la population. Ce plan constitue la toile de fond du Plan des services cliniques développé par le Réseau de santé Vitalité. Il s'appuie sur la vision d'un réseau de services hiérarchisés axé vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires de même que sur les soins et les services à domicile, et ce, tant pour le développement des soins et services de santé primaires que pour les services spécialisés et surspécialisés.

Le Plan des services cliniques repose sur l'analyse des patrons d'hospitalisation en soins aigus de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité. Ces analyses démontrent des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux du Réseau de santé Horizon et de la majorité des autres provinces canadiennes, particulièrement dans les trois zones du nord. Elles révèlent par ailleurs qu'une proportion significative du parc de lits de soins aigus est utilisée de façon inappropriée, à d'autres fins que des soins aigus, en raison à la fois d'inefficacités dans les pratiques cliniques et hospitalières et d'une disponibilité insuffisante de ressources et de services dans la communauté (ex. : places en foyers de soins, soins à domicile). Selon ces analyses, le nombre de lits de soins aigus « mal utilisés » ou « évitables » varierait entre 177 et 216 lits. Dans ce contexte, la mise en place de solutions de rechange à l'hospitalisation s'avère porteuse d'une meilleure organisation de services à offrir à la population.

Le Plan des services cliniques propose des pistes d'optimisation afin d'actualiser deux grands axes de transformation et de modernisation des services : l'intensification de solutions de rechange à l'hospitalisation et la diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjours. Pour ce qui est du premier axe, les pistes d'optimisation prioritaires portent sur la consolidation du Programme extra-mural, des services ambulatoires et des services communautaires. En ce qui a trait au deuxième axe d'action, le Réseau mise sur une meilleure gestion des épisodes de soins hospitaliers et sur l'amélioration des continuums de soins et services pour les différentes clientèles (ex. : maladies chroniques, personnes âgées, santé mentale Programme extra-mural).

L'organisation des services spécialisés est aussi basée sur un modèle hiérarchisé de services, en réseau, au sein de l'ensemble du territoire du Réseau de santé Vitalité. Ce modèle comprend aussi le renforcement des mécanismes d'amélioration continue de la qualité des services dans une perspective d'harmonisation régionale des pratiques dans toutes les disciplines médicales et professionnelles.

Les nombreuses mesures proposées pour accentuer l'organisation régionale des services spécialisés au sein de ce Réseau sont le fruit de journées de réflexion en groupes multidisciplinaires, constitués par catégories de clientèles

et regroupant des professionnels et des médecins de toutes les zones du Réseau. Ces journées de travail ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les différents intervenants cliniques et ont permis de préciser le modèle souhaité d'organisation des services du Réseau. Tous les participants ont salué l'initiative de ces rencontres et souhaitent la tenue régulière de telles journées au cours des mois à venir, dans le but de poursuivre le développement du modèle et faciliter l'amélioration de la qualité des services.

Le modèle d'organisation de services du Réseau de santé Vitalité prévoit la prestation de services dans les communautés le plus souvent possible pour les services ambulatoires. Il vise aussi le rehaussement des services de réadaptation et du Programme extra-mural pour plusieurs catégories de clientèles. Pour les services d'hospitalisation, les hôpitaux régionaux devraient tous offrir une gamme assez complète de services, sauf pour les services plus spécialisés. Dans ce cas, un élargissement du bassin de desserte est prévu à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité ou en complémentarité avec le Réseau Horizon, pour certains services tertiaires.

Les modèles régionaux développés pour les services d'oncologie et de néphrologie seront élargis, dans l'immédiat, aux services de gériatrie et de traitement des douleurs chroniques. L'accent sera aussi mis sur l'harmonisation régionale des pratiques les autres services.

Pour les services tertiaires, le Réseau de santé Vitalité mise sur le plan de rattrapage, en sa faveur, dans le développement de nouveaux services pour la population de la province :

- ▶ Fort de la reconnaissance du département régional francophone de neurologie, il compte développer un Centre provincial de traitement des maladies rares;
- ▶ L'expertise en pneumologie et en oncologie permet d'envisager le développement d'un Centre d'excellence en chirurgie thoracique;
- ▶ L'expertise du Réseau en oncologie, jointe à celle de la neurologie, ouvre la porte au projet de développement, par le Réseau de santé Vitalité, d'un programme provincial en génétique.

Les besoins de la population variant d'une zone sanitaire à l'autre et d'une communauté à l'autre, de même que la nature des services disponibles localement et régionalement, le Plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité prévoit le développement de plans d'action dans chacune de ses quatre zones. L'approche générale préconisée consiste à cibler les alternatives à l'hospitalisation dans chaque communauté et à les implanter de façon progressive, en misant sur un plan d'investissement structuré de 4 M\$ au cours de la première année ainsi que sur le partenariat avec les communautés.

Au final, le Plan des services cliniques développé par le Réseau de santé Vitalité vise à mieux répondre aux besoins en soins de santé de la population. L'analyse des tendances en matière d'évolution des maladies et des modes de prise en charge ailleurs au Canada et dans le monde démontre que le système demeure centré sur l'offre de services en milieu hospitalier et que les services de santé primaires dispensés dans la communauté, voire à domicile, demeurent sous-développés et sous-utilisés face au développement des maladies chroniques et au vieillissement rapide de la population.

1 CONTEXTE

Depuis plusieurs années déjà, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a fait de l'amélioration de la performance du système de santé une priorité. Au printemps 2012, il créait le Bureau du renouveau du système de santé (BRSS), afin de fournir une direction ciblée et d'intensifier les efforts visant à bâtir un système de soins de santé performant et viable au Nouveau-Brunswick.

Un exercice d'étalonnage de haut niveau réalisé par le BRSS a démontré que les dépenses publiques totales de santé par personne de la province étaient inférieures à la moyenne canadienne de 79 \$ en 2004, mais qu'elles étaient devenues supérieures à cette moyenne de 277 \$ en 2011, ce qui représente une somme totale de 209 M\$ lorsque cet excédent est appliqué à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. En considérant le secteur hospitalier uniquement, la province affichait cette même année un écart défavorable de 237 \$ par rapport à la moyenne canadienne et cet écart grimpeait l'année suivante à 394,5 \$, générant ainsi une dépense « excédentaire » par rapport à cette moyenne de 298 M\$. Une augmentation significative des dépenses en santé dans un contexte de faible croissance populationnelle explique cette détérioration du positionnement relatif du Nouveau-Brunswick par rapport au reste du pays.

Une analyse complémentaire démontrait par ailleurs, durant la même période, des taux d'hospitalisation et des durées moyennes de séjour à l'hôpital plus élevés au Nouveau-Brunswick que les moyennes canadiennes. Le BRSS concluait que le système de santé au Nouveau-Brunswick n'était pas adéquatement ou suffisamment aligné, intégré, centré sur le citoyen, innovateur, abordable et durable, et proposait alors l'objectif de ramener le coût moyen par personne en dépenses publiques de santé au Nouveau-Brunswick à la moyenne canadienne d'ici l'année fiscale 2016-2017.

Depuis, le Réseau de santé Vitalité a réalisé plusieurs exercices afin d'atteindre cet objectif tout en maintenant l'accès à des services de qualité, axés sur le réalignement du système de santé, l'optimisation de la productivité et l'efficacité du Réseau.

Dans le plan des services cliniques, le Réseau de santé opte pour une transformation en profondeur du système de santé via l'amorce d'un véritable virage ambulatoire et communautaire à l'échelle de l'ensemble du Réseau.

Le système de santé doit impérativement amorcer un tel virage, non seulement pour améliorer sa viabilité, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de soins et services de la population., conditionnés par le vieillissement et l'explosion des maladies chroniques. Ces phénomènes mettent en lumière les limites d'un système de santé qui demeure largement centré sur l'hôpital et sur l'utilisation souvent inappropriée de lits de soins aigus pour des conditions qui, les données probantes le confirment, peuvent être traitées et suivies de façon plus efficace et efficiente en mode ambulatoire.

Les communautés considèrent que le rôle joué par l'hôpital, et donc la présence de lits hospitaliers, est crucial pour leur vitalité. Pourtant, les tendances mondiales démontrent qu'il est nécessaire et requis de faire un virage vers les soins ambulatoires pour assurer une accessibilité accrue aux soins et services, au moment opportun. De plus, il faut admettre que l'hôpital n'est pas un milieu de vie approprié pour les aînés, principaux clients des services et que le système public doit se repositionner pour offrir autant que possible ses services en dehors des murs des hôpitaux, dans des milieux familiaux et communautaires adéquats.

Dans les pages qui suivent, le Réseau de santé Vitalité présente son Plan des services cliniques. Celui-ci porte sur le développement et la décentralisation à l'échelle des communautés des services de santé primaires et la réalisation d'un véritable virage ambulatoire et communautaire dans les modes d'organisation régionale de ces services, tant pour les services généraux que pour les services spécialisés/surspécialisés et des programmes de recherche et d'enseignement.

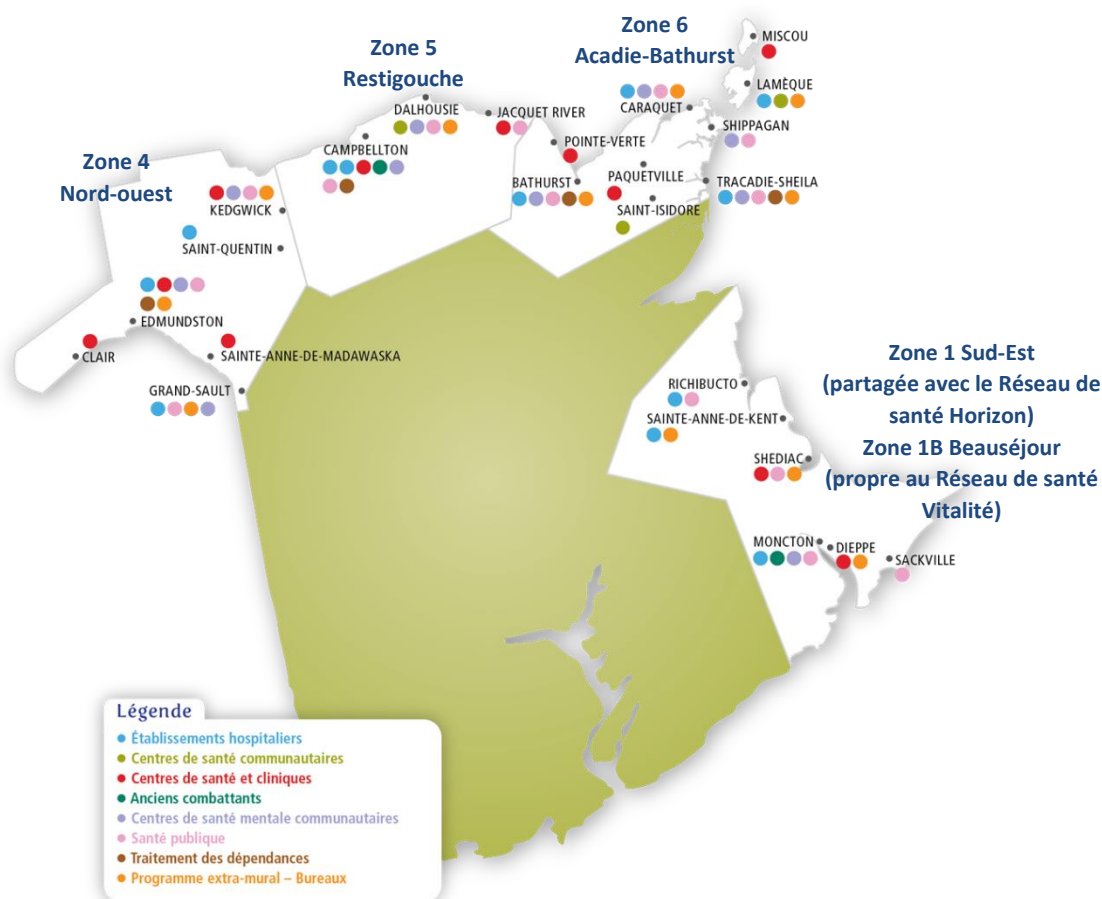
2 TERRITOIRE ET POPULATION

Ce chapitre dresse le portrait géographique, démographique, socioéconomique et sanitaire du territoire desservi par le Réseau de santé Vitalité.

En bref, le territoire couvert par le Réseau de santé Vitalité est globalement défavorisé sur les plans socioéconomiques et de l'état de santé de la population par rapport à celui du Réseau Horizon et aux autres provinces canadiennes. Ce territoire est caractérisé par un clivage significatif entre les trois zones rurales sociosanitaires du nord et celle essentiellement urbaine du sud. Contrairement à la situation qui prévaut dans le sud, la population du nord est en déclin. De plus, cette population affiche une proportion plus élevée de personnes âgées, elle vieillit plus rapidement et elle affiche un état de santé, des comportements liés à la santé et un profil socioéconomique défavorables par rapport à celle du sud.

2.1 TERRITOIRE

Figure 1 : Carte du territoire



Le Réseau de santé Vitalité dessert un territoire où les distances à parcourir et les conditions routières difficiles durant les mois d'hiver constituent des limites incontournables à l'accès aux services pour les résidents des zones du nord de la province.

Le territoire du Réseau de santé Vitalité comporte quatre zones sociosanitaires :

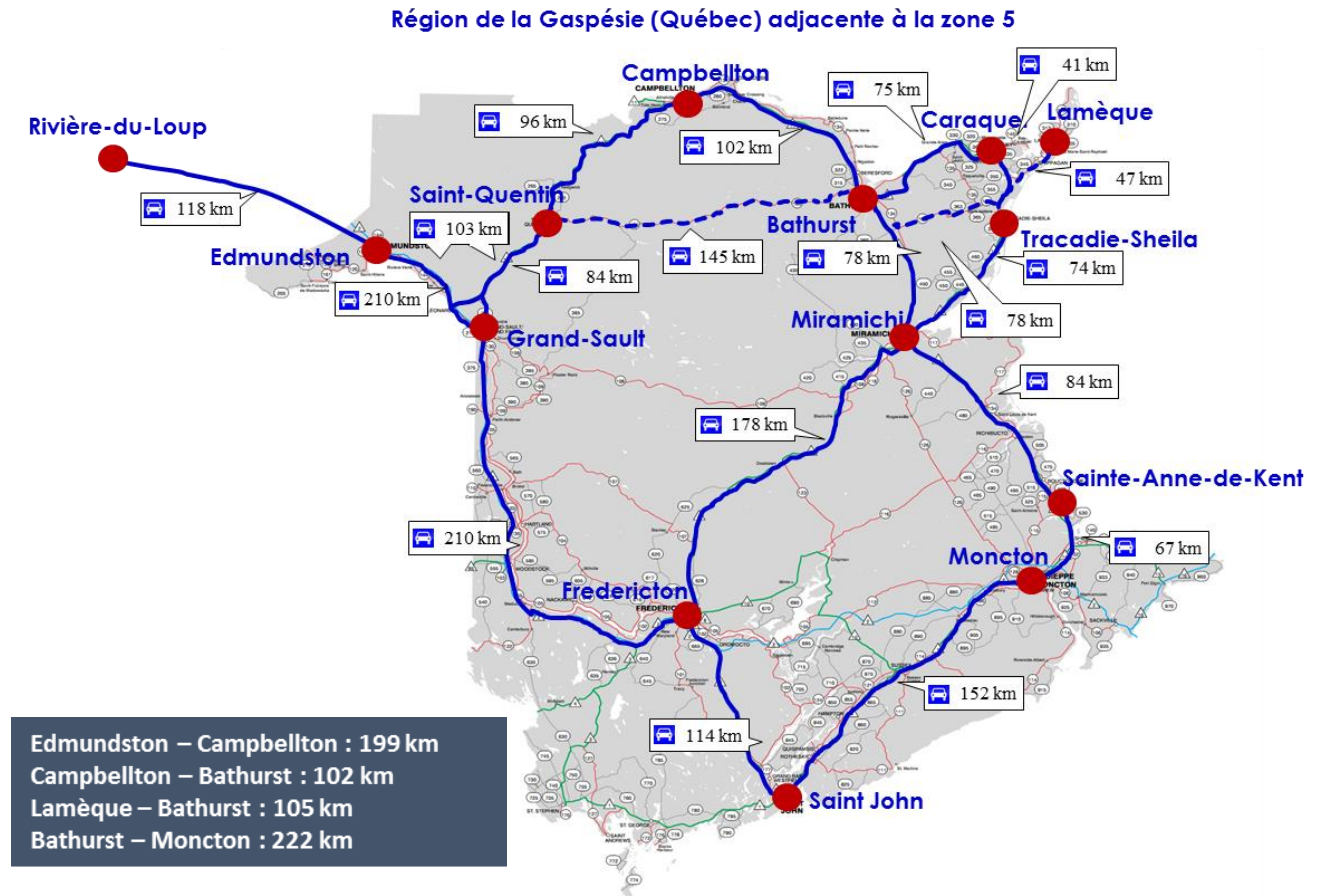
- ▶ d'une part, la zone 1B Beauséjour (faisant partie de la zone 1 Sud-Est);
- ▶ d'autre part, les trois zones du nord de la province (4 Nord-Ouest, 5 Restigouche et 6 Acadie-Bathurst).

Le territoire du nord de la province est essentiellement rural, alors que la région de Moncton (zone du Sud-Est) est plus urbaine. La population de la zone du Sud-Est est également servie par le Réseau de santé Horizon.

Des particularités liées au réseau routier et au climat caractérisent le territoire du Nouveau-Brunswick en général et plus particulièrement celui du Réseau de santé Vitalité. Les trois quarts des routes de la province sont rurales. On y trouve très peu d'autoroutes à quatre voies (seulement dans le nord-ouest et dans la région de Moncton). Le risque de collisions avec des orignaux et autres bêtes sauvages est important et de nombreuses routes nécessitent des travaux de réfection. De plus, la province est très enneigée l'hiver, surtout dans le nord, où les tempêtes sont fréquentes et les vents forts. Ainsi, les conditions routières hivernales souvent précaires dans des régions isolées comme Saint-Quentin et Lamèque compliquent les déplacements et entraînent des préoccupations importantes pour la population de ces régions.

Les habitants du territoire du Réseau de santé Vitalité peuvent généralement recevoir des soins de santé primaires dans leur communauté sinon dans une localité environnante à l'intérieur de 30 minutes de route. Pour les soins secondaires, les gens doivent se déplacer vers l'hôpital régional le plus près, qui est en moyenne à une heure de route, généralement dans un rayon de 100 kilomètres. Ceux qui habitent dans les zones du nord doivent faire en moyenne quatre heures de route pour recevoir des soins de santé tertiaires, ces zones étant situées à quelques centaines de kilomètres de Moncton. Notons également que les zones Nord-Ouest et Restigouche sont adjacentes à la province du Québec tandis que celle de Beauséjour est adjacente à l'Île-du-Prince-Édouard et à la Nouvelle-Écosse.

Figure 2 : Distances routières



Source : Google Maps

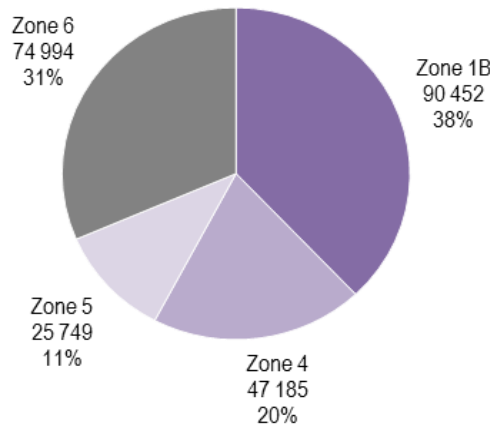
2.2 POPULATION

2.2.1 Évolution démographique et vieillissement de la population

Le Réseau de santé Vitalité dessert une population relativement âgée et vieillissant rapidement, surtout dans les zones du nord, et en déclin dans les zones du nord.

En 2015, le territoire du Réseau de santé Vitalité compte environ 238 000 habitants, soit 32 % de la population de la province du Nouveau-Brunswick. La figure 3 illustre la distribution de la population desservie par zone : ainsi, 38 % de cette population vit dans la zone 1 et 62 % dans les zones du nord de la province.

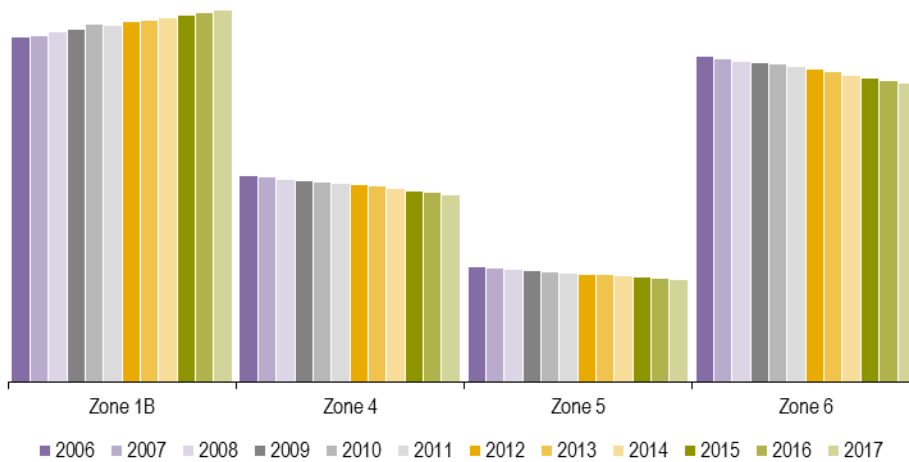
Figure 3 : Distribution de la population par zone – 2015



Source : Réseau de santé Vitalité, projection de population 2015

Le Réseau de santé Vitalité est marqué par un déclin et un vieillissement de sa population dans les zones du nord. Cette diminution de population est causée par deux facteurs principaux : l’émigration des travailleurs dans d’autres provinces canadiennes et le déplacement de la population vers les régions du sud de la province, particulièrement dans la région du Grand Moncton. Les projections de population indiquent que ces tendances vont se poursuivre au cours des prochaines années. Globalement, la population du Réseau de santé Vitalité diminue légèrement au cours des ans, alors que celle du Réseau Horizon augmente légèrement.

Figure 4 : Évolution du nombre d’habitants par zone – 2006 à 2017

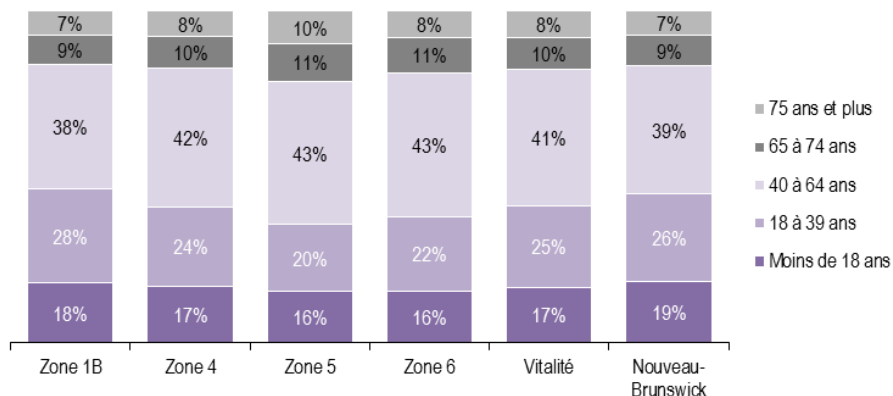


Source : Réseau de santé Vitalité, estimations de population, 1er juillet, 2006 à 2014, et projections 2015 à 2017

La population du Réseau de santé Vitalité est plus âgée que celle du Réseau de santé Horizon. Au recensement de 2011, l’âge médian était de 47 ans à 49 ans dans les trois zones du nord, alors qu’il était de 43 ans dans la zone du Sud-Est et de 44 ans au niveau provincial. Comme l’indique la figure qui suit, la proportion de personnes âgées de

65 ans et plus est particulièrement élevée dans la zone 5 de Restigouche (21 % comparativement à 16 % dans la zone du Sud-Est et dans la province).

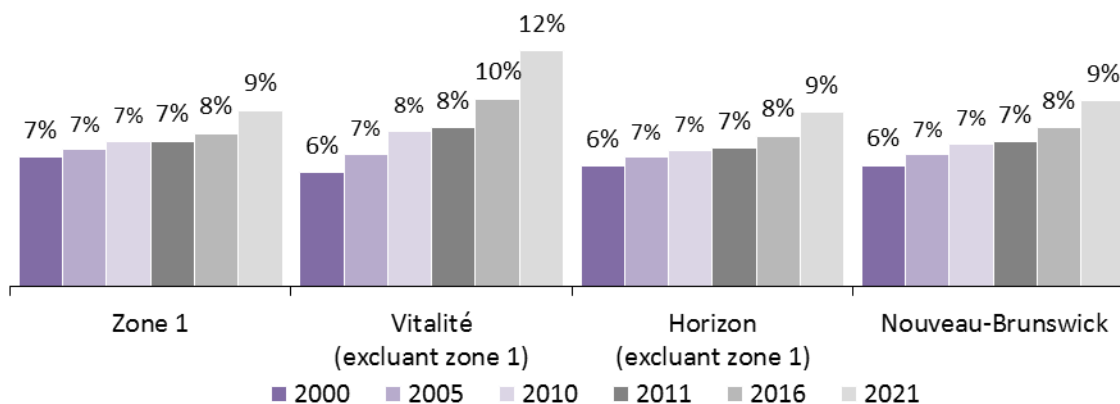
Figure 5 : Distribution de la population par groupe d'âge – 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011

Comme le montre la figure suivante, le vieillissement de la population se poursuivra dans toutes les zones du Réseau de santé Vitalité d'ici 2021, mais à un rythme plus rapide dans les trois zones du nord que dans celle du sud. On peut donc s'attendre à un accroissement des besoins en services de santé dans le temps.

Figure 6 : Évolution du poids démographique des personnes de 75 ans et plus – 2000 à 2021



Sources : Statistique Canada, estimations de population 2000, 2005 et 2010 et Statistique Canada, Korem (données MapInfo) et RCGT pour les projections 2011, 2016 et 2021

2.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

Le français est la langue maternelle d'environ le tiers de la population du Nouveau-Brunswick. En 2011, le français est la langue maternelle de 42 % de la population de la zone du Sud-Est et de 83 % de la population des zones du

nord de la province¹. Les proportions de la population dont la langue parlée le plus souvent à la maison est le français sont légèrement inférieures aux proportions de la population dont la langue maternelle est le français (en 2011, 37 % de la population de la zone du Sud-Est et 81 % de la population des zones du nord).

En 2011, la proportion d'autochtones varie de 2 % à 5 % dans les quatre zones de Vitalité (3 % au Nouveau-Brunswick). On compte également relativement peu d'immigrants (4 % dans la zone du Sud-Est tout comme dans l'ensemble de la province et de 1 % à 3,5 % dans les autres zones de Vitalité).

2.2.3 Conditions socioéconomiques

Sur le plan socioéconomique, le Nouveau-Brunswick est l'une des provinces les moins bien nanties au Canada. À l'exception de la zone 1, la population du Réseau de santé Vitalité est moins scolarisée et moins bien nantie, avec des revenus plus bas et un taux de chômage plus élevé, que la moyenne provinciale.

La population des zones du nord présente un statut socioéconomique défavorable. Bien qu'on note un niveau de scolarisation en hausse partout au Nouveau-Brunswick, celui-ci est moins élevé dans le nord. Parmi les sept zones sociosanitaires de la province, les trois zones du nord montrent les proportions les plus élevées de personnes sans diplôme d'études secondaires et de personnes à faible revenu. Selon le recensement de 2011, la proportion de personnes de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires varie de 23 % à 29 % dans les zones du nord, tandis qu'elle est de 15 % dans la zone du Sud-Est et de 17 % pour l'ensemble de la province. En ce qui concerne la proportion de personnes à faible revenu, elle varie de 20 % à 25 % dans les trois zones du nord, contre 15 % dans la zone du Sud-Est et 17 % dans l'ensemble de la province.

Tableau 1 : Quelques indicateurs socioéconomiques

	Zone Beauséjour	Zone Nord- Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie- Bathurst	Nouveau- Brunswick
Sans diplôme d'études secondaires (25-64 ans) (2011)	15,3 %	23,0 %	25,3 %	28,8 %	16,8 %
Rang	3/7	5/7	6/7	7/7	8/10
Taux de chômage (2013)	8,7 %	12,0 %	12,6 %	17,1 %	10,4 %
Rang	2/7	4/7	5/7	6/7	8/10
Faible revenu (2011)	14,7 %	20,2 %	25,3 %	21,4 %	17,2 %
Rang	1/7	5/7	7/7	6/7	8/10

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

2.2.4 Portrait de santé

Par rapport à la moyenne canadienne, la population du Nouveau-Brunswick, et celle des zones du nord du Réseau de santé Vitalité en particulier, présente un portrait de santé globalement défavorable en ce qui concerne les habitudes de vie et la prévalence de maladies chroniques.

¹ Source : Statistique Canada, Profil de recensement 2011, site web consulté le 31 mai 2016 : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Note : Ces proportions tiennent compte des réponses uniques et des réponses multiples qui comprennent le français.

Les habitudes de vie contribuent de façon significative à l'état de santé de la population et le portrait global démontre qu'une partie importante de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité pourrait bénéficier de l'adoption de comportements plus sains.

Le portrait de santé de la population 2014-2015 publié par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) fait ressortir les éléments suivants (voir les tableaux 2, 3 et 4) :

- ▶ Parmi les dix provinces canadiennes, le Nouveau-Brunswick se classe au dernier rang en ce qui concerne la perception de la santé (physique et mentale). La province se classe également très défavorablement en ce qui concerne la pratique de l'activité physique (8/10), la consommation d'alcool (10/10) et la consommation de tabac (9/10).
- ▶ Parmi les sept zones sociosanitaires du Nouveau-Brunswick, la zone du Sud-Est se classe très bien pour plusieurs indicateurs relatifs aux résultats de santé, notamment les suivants : perception d'une bonne ou excellente santé mentale (1/7), douleurs qui empêchent de faire certaines activités (1/7) et espérance de vie (1/7). En ce qui concerne les comportements liés à la santé, les résultats de la zone du Sud-Est sont généralement proches de la moyenne provinciale.
- ▶ Les résultats de santé des zones Nord-Ouest et Restigouche sont le plus souvent les plus mauvais de la province. Ces zones se classent aux deux derniers rangs pour les indicateurs suivants : perception de la santé mentale, douleurs qui empêchent de faire certaines activités et espérance de vie. En ce qui concerne les comportements liés à la santé, on note des proportions relativement importantes de personnes qui perçoivent un niveau de stress élevé et de personnes qui fument.
- ▶ Malgré des conditions socioéconomiques défavorables, la population de la zone Acadie-Bathurst présente des résultats de santé et des comportements liés à la santé dans les moyennes provinciales, en général.
- ▶ Les principaux problèmes de santé chroniques, en termes de prévalence, de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité, comme de celle du Nouveau-Brunswick dans son ensemble, sont l'hypertension artérielle, l'arthrite, le reflux gastrique, la douleur chronique et la dépression. De plus, le dernier sondage sur la santé primaire effectué par le CSNB, publié en février 2015, rapporte une hausse du nombre de personnes déclarant avoir une ou plusieurs conditions chroniques.
- ▶ Enfin, ce même sondage révèle que les obstacles à une bonne santé semblent plus importants pour les répondants des zones du nord du Nouveau-Brunswick lorsque l'on regarde les résultats obtenus pour la disponibilité des services, les coûts des médicaments, des traitements et procédures et des ambulances.

Ces constats démontrent la nécessité de transformer notre système de santé afin de pouvoir mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer sa santé. **L'analyse des caractéristiques énoncées plus haut met en évidence l'importance de la proximité des lieux où sont offerts les soins et les services de santé en tant que facteur clé pour faciliter leur accessibilité.** Une population vieillissante, donc moins mobile, avec des moyens économiques limités et un état de santé fragile nécessite un accès facile aux services, à proximité de son milieu de vie. La dispersion de la population du territoire de Vitalité et les distances entre les diverses collectivités sont des éléments qui ne peuvent être ignorés dans la planification des services. De plus, les conditions routières hivernales souvent précaires dans des régions isolées comme Saint-Quentin et Lamèque compliquent les déplacements et entraînent des préoccupations importantes pour la population de ces régions.

Tableau 2 : Quelques indicateurs relatifs aux résultats de santé

	Zone Beauséjour	Zone Nord- Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie- Bathurst	Nouveau- Brunswick	Canada
Se croient en très bonne ou excellente santé (2013)	52,4 %	46,1 %	52,7 %	51,7 %	54,0 %	59,4 %
Rang	4/7	7/7	3/7	5/7	10/10	
Se croient en très bonne ou excellente santé mentale (2013)	69,2 %	55,7 %	63,2 %	64,9 %	66,7 %	71,1 %
Rang	1/7	7/7	6/7	5/7	10/10	
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (2013)	13,9 %	21,4 %E	23,1 %	10,3 %E	16,3 %	14,7 %
Rang	1/7	6/7	7/7	1/7	7/10	
Espérance de vie (2007-2009)	81,4	79,3	78,6	81,3	80,2	81,1
Rang	1/7	6/7	7/7	2/7	5/10	

E : à utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 3 : Quelques indicateurs relatifs aux comportements liés à la santé – 2013

	Zone Beauséjour	Zone Nord- Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie- Bathurst	Nouveau- Brunswick	Canada
Activité physique, actif pendant les loisirs	51,0 %	49,0 %	51,5 %	46,5 %	49,6%	55,2 %
Rang	3/7	4/7	2/7	5/7	8/10	
Fruits et légumes, au moins cinq fois par jour	36,7 %	34,1 %	37,8 %	43,1 %	35,9 %	40,8 %
Rang	3/7	5/7	2/7	1/7	6/10	
Obésité	25,1 %	26,5 %	22,7 %E	24,8 %	25,9 %	18,8 %
Rang	3/7	5/7	1/7	2/7	7/10	
Alcool, au moins cinq verres en une même occasion, au moins une fois par mois	26,0 %	26,1 %	21,2 %E	24,8 %E	25,1 %	18,9 %
Rang	5/7	6/7	2/7	4/7	10/10	
Tabac, fumeurs réguliers ou occasionnels	18,4 %	24,9 %	29,5 %	24,0 %E	21,8 %	19,3 %
Rang	1/7	5/7	7/7	4/7	9/10	
Stress, niveau élevé	21,3 %	27,9 %	23,4 %E	15,0 %E	20,1 %	23,0 %
Rang	5/7	7/7	6/7	1/7	5/10	

E : à utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Rang : Pour les zones, le rang situe la zone parmi les sept zones du Nouveau-Brunswick (évaluation du meilleur au pire). Pour le Nouveau-Brunswick, le rang situe la province parmi les dix provinces du Canada.

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 4 : Prévalence de problèmes de santé chroniques – 2011

Prévalence en %	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie- Bathurst	Nouveau- Brunswick
Hypertension artérielle	24,6	25,6	32,0	28,1	25,7
Arthrite	16,2	15,8	20,9	16,1	18,0
Reflux gastrique	16,1	15,4	18,6	15,3	16,1
Douleur chronique	13,9	16,7	17,0	13,7	15,0
Dépression	13,3	11,5	14,0	13,1	12,7
Asthme	9,6	7,8	9,6	12,0	10,3
Diabète	8,8	9,0	10,3	9,7	9,2
Maladie cardiaque	7,6	11,1	8,7	8,7	8,3
Cancer	7,0	5,6	7,5	7,0	7,0
Emphysème ou MPOC	2,2	3,9	n/d	n/d	2,7
Trouble de l'humeur autre que la dépression	n/d	n/d	4,0	2,6	n/d

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015

Tableau 5 : Obstacles aux services de santé – 2014

Catégorie	Indicateurs	Nouveau-Brunswick	Zone 1	Rang Zone 1	Zone 4	Rang Zone 4	Zone 5	Rang Zone 5	Zone 6	Rang Zone 6	Zone 2	Rang Zone 2	Zone 3	Rang Zone 3	Zone 7	Rang Zone 7
Obstacles aux services de santé	Services de santé non disponibles dans votre région au moment où vous en aviez besoin	17.4%	10.9%	1	21.6%	5	26.2%	7	23.8%	6	14.8%	2	20.9%	3	21.2%	4
	Problèmes de transport	7.1%	5.7%	2	6.2%	3	10.6%	7	4.3%	1	8.7%	6	7.9%	5	7.7%	4
	Problème de langue avec un professionnel de la santé	4.2%	4.0%	3	4.0%	3	10.8%	7	5.9%	5	2.6%	1	3.4%	2	8.1%	6
	Les médicaments coûtent trop cher	35.1%	32.5%	3	51.1%	6	47.6%	5	54.9%	7	29.6%	2	26.3%	1	42.4%	4
	Les traitements ou les procédures coûtent trop cher	19.9%	18.4%	3	36.1%	7	29.7%	5	34.5%	6	14.2%	2	13.0%	1	25.7%	4
	Les services d'ambulance coûtent trop cher	21.7%	19.9%	3	32.1%	5	32.2%	6	35.0%	7	17.0%	2	16.5%	1	28.9%	4
	Difficulté à sortir de la maison en raison d'un problème de santé	12.4%	11.5%	4	9.8%	2	11.4%	3	8.3%	1	14.7%	7	14.2%	6	12.5%	5
	Difficulté à vous y retrouver dans le système des soins de santé	9.3%	8.7%	4	7.2%	2	9.3%	5	7.0%	1	11.0%	7	10.4%	6	7.8%	3

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage soins primaires 2014

3 OFFRE DE SERVICES

Le PRSA 2016-2019 présente la gamme des services offerts par le Réseau de santé Vitalité. Celle-ci couvre les soins de santé primaires, le Programme extra-mural, les services de santé publique, la santé mentale communautaire, les services de traitements des dépendances et les services hospitaliers. En complément d'information, ce chapitre présente de façon plus détaillée les principaux volumes d'activités et précise les services hospitaliers tertiaires qui ne sont pas offerts directement par le Réseau.

3.1 SERVICES HOSPITALIERS

Les tableaux 7 et 8 donnent un portrait des volumes d'activités pour l'année 2015-2016 dans les 11 hôpitaux du Réseau de santé Vitalité ainsi qu'au Centre de santé communautaire St. Joseph. Ces tableaux mettent en lumière, notamment :

- ▶ Des activités en obstétrique dans chacun des hôpitaux régionaux, variant entre 655 nouveau-nés au CHU Dr-Georges-L.-Dumont et 183 à l'Hôpital régional de Campbellton;
- ▶ Des volumes importants de consultations à l'urgence dans les neuf hôpitaux qui hébergent une unité d'urgence;
- ▶ Une concentration des volumes d'activités en soins ambulatoires (visites), en dialyse (traitements) et en chimiothérapie (traitements) au CHU Dr-Georges-L.-Dumont (respectivement 42 %, 67 % et 51 % des volumes totaux d'activité du Réseau Vitalité);
- ▶ Un volume relativement faible de cas chirurgicaux à l'Hôpital Régional de Campbellton comparativement aux trois autres hôpitaux régionaux (15 % de l'ensemble des cas chirurgicaux du Réseau Vitalité);
- ▶ La réalisation de plus de 20 000 jours-traitement au Service de radiothérapie du centre Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard du CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
- ▶ Une concentration des tests de laboratoires au CHU Dr-Georges-L.-Dumont et à l'Hôpital régional Chaleur (65 % des volumes totaux de procédés réalisés à l'échelle du Réseau Vitalité);
- ▶ Une concentration des activités de thérapie respiratoire et clinique à l'Hôpital régional Chaleur et, dans une moindre mesure, au CHU Dr-Georges-L.-Dumont (respectivement 30 % et 25 % des volumes totaux de procédés à l'échelle du réseau).

Notons également que la population desservie par le Réseau de santé Vitalité doit se déplacer pour obtenir certains services tertiaires non offerts par le Réseau. Le tableau de la page suivante énumère ces services.

Tableau 6 : Services non offerts par le Réseau de santé Vitalité

Service tertiaire	Point de service
Chirurgie cardiaque/cathétérisme	Saint-Jean, Québec
Neurochirurgie/Soins neuro-intensifs	The Moncton Hospital, Halifax, Québec
Soins néonataux intensifs	The Moncton Hospital, Halifax, Québec
Réadaptation tertiaire	Fredericton
Unité de psychiatrie - Enfants et adolescents	The Moncton Hospital
Traumatologie	The Moncton Hospital, Saint-Jean, Québec
Pédiatrie spécialisée	Halifax, Québec
Chirurgie pédiatrique	Halifax, Québec
Transplantation	Nouvelle-Écosse, province de Québec, Ontario
Unité des brûlés	The Moncton Hospital, Québec

Tableau 7 : Principaux volumes d'activités des admissions, consultations et traitements en milieu hospitalier – 2015-2016

	Zone Beauséjour		Zone Nord-Ouest			Zone Restigouche			Zone Acadie-Bathurst				Total - Vitalité
	Georges-Dumont	Stella-Maris-de-Kent	Edmundston	Grand-Sault	Saint-Quentin	Campbellton	CSC St Joseph	CH Restigouche	Chaleur	Tracadie-Sheila	Enfant-Jésus RHSJ	Lamèque	
Services hospitaliers													
Admissions (nouveau-nés exclus)	10 013	437	5 344	428	304	4 177			6 537	1 425	209	90	28 964
Admissions - Anciens combattants	24					15							39
Admissions - CH Restigouche								269					269
Total	10 037	437	5 344	428	304	4 192		269	6 537	1 425	209	90	29 272
Nouveau-nés	655		316			183			430				1 584
Consultations à l'urgence	48 204	33 504	29 058	19 568	13 389	21 922			32 319	22 688	23 772		244 424
Visites ambulatoires	165 994	4 949	59 923	15 938	12 992	28 231	11 525		61 788	17 117	20 432		398 889
Cas chirurgicaux	7 909		4 640			3 024			5 197				20 770
Traitements de dialyse	39 868		4 261				2 007		8 274	5 238			59 648
Traitements à la clinique d'oncologie (excluant traitements au chevet)	4 777		1 070	233	91	611	24		1 407		1 122		9 335
Jours-traitement - radiothérapie	20 522												20 522

Source : Réseau de santé Vitalité

Tableau 8 : Principaux volumes d'activités des services diagnostiques et thérapeutiques en milieu hospitalier – 2015-2016

	Zone Beauséjour		Zone Nord-Ouest			Zone Restigouche			Zone Acadie-Bathurst				Total - Vitalité
	Georges-Dumont	Stella-Maris-de-Kent	Edmundston	Grand-Sault	Saint-Quentin	Campbellton	CSC St Joseph	CH Restigouche	Chaleur	Tracadie-Sheila	Enfant-Jésus RHSJ	Lamèque	
Laboratoire, imagerie et thérapie respiratoire													
Procédés de laboratoire	4 982 317	268 768	734 350	201 012	135 670	759 469	104 160		1 374 476	628 049	441 360	108 767	9 738 398
Procédés d'imagerie médicale	136 886	22 603	63 060	11 552	7 228	48 054	7 731		72 841	29 417	21 925	8 263	429 560
Procédés de thérapie respiratoire et clinique sur les maladies pulmonaires	73 591	1 093	47 614	5 263	5 568	45 593			91 397	20 990	8 906	345	300 360
Jours-traitement - Services de réadaptation et thérapeutiques													
Audiologie	2 225		2 853			1 676	48		2 430				9 232
Ergothérapie	13 408	854	6 542	1 028	151	5 752		5 086	6 339	2 147	1 409	11	42 727
Physiothérapie	32 058	3 506	17 400	5 269	1 449	19 331	3 670	3 974	16 725	6 900	6 014	3 533	119 829
Orthophonie	4 380		1 822	565	95	1 453	109	857	2 582	1 098	1 314		14 275
Récréologie	17 817		6 598			5 967		8 687					39 069
Service social	6 086		2 692	631		3 562	464	2 790	2 906	516	474	213	20 334
Psychologie	2 982		1 495			956		699	3 151	439	110		9 832
Nutrition clinique	19 085	714	6 488	1 250	745	4 346	977	1 126	5 785	1 986	1 930	879	45 311

Source : Réseau de santé Vitalité

3.2 SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Les données relatives à l'utilisation des services de santé offerts dans la communauté par le Réseau de santé Vitalité révèlent des niveaux de consommation variables d'une zone à l'autre, par type de service, qui reflètent des écarts dans l'offre de services.

Le tableau qui suit présente, par zone, les installations du Réseau offrant des services dans la communauté.

Tableau 9 : Liste des installations par zone, excluant les hôpitaux

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres de santé communautaires (2) 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ St Joseph (Dalhousie) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lamèque
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres de santé (7) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre médical régional de Shediac 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de santé de Sainte-Anne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de santé de Jacquet River 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de santé Chaleur (Pointe-Verte) ▪ Centre de santé de Miscou ▪ Centre de santé de Paquetville ▪ Saint-Isodore
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniques (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique de phlébotomie (Dieppe) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique médicale du Haut-Madawaska (Clair) ▪ Clinique médicale de Kedgwick 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique médicale E. L. Murray (Campbellton) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres de santé mentale communautaire (10) ▪ Point de service (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moncton Richibucto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campbellton ▪ Point de service à Dalhousie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Shippagan ▪ Tracadie-Sheila
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé publique – Bureaux principaux (12) ▪ Points de service (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moncton ▪ Richibucto ▪ Sackville ▪ Shediac 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campbellton ▪ Point de service à Dalhousie ▪ Point de service à Jacquet River 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Shippagan ▪ Tracadie-Sheila
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement des dépendances (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desservie par Réseau Horizon 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edmundston 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campbellton 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bathurst ▪ Tracadie-Sheila
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme extra-mural – Bureaux (11) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieppe ▪ Sainte-Anne-de-Kent ▪ Shediac 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edmundston ▪ Grand-Sault ▪ Kedgwick 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalhousie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bathurst ▪ Caraquet ▪ Lamèque ▪ Tracadie-Sheila

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst
▪ Anciens combattants	▪ Centre de santé des anciens combattants (Moncton)		▪ Unité des anciens combattants (Hôpital régional de Campbellton)	

En ce qui a trait aux volumes d'activité des services dans la communauté, le tableau 10 met notamment en évidence :

- ▶ Un très faible volume de consultations en centre de santé communautaire ou centre de santé dans les zones Beauséjour et Nord-Ouest comparativement aux zones Restigouche (à St. Joseph) et Acadie-Bathurst (à Saint-Isidore et Lamèque);
- ▶ Une pénétration des activités du Programme extra-mural relativement uniforme dans les quatre zones du Réseau de santé Vitalité en termes de volumes d'admissions par 1 000 personnes. Par contre, une intensité de services plus élevée dans la zone Nord-Ouest que dans les trois autres zones, en termes de nombre moyen annuel de visites par usager admis;
- ▶ Un volume d'activité plus élevé en santé mentale communautaire dans les zones Restigouche et Acadie-Bathurst.

Tableau 10 : Principaux volumes d'activités des services dans la communauté – 2015-2016

	Nombre					Nombre pour 1 000 personnes				
	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total
Centres de santé communautaires et centres de santé										
Consultations	26 218	5 576	51 959	85 428	169 181	290	118	2 018	1 139	710
Programme extra-mural										
Admissions	2 993	1 593	883	2 427	7 896	33	34	34	32	33
Visites	76 556	52 853	22 588	53 432	205 429	846	1 120	877	712	862
Santé publique										
Immunisation : vaccins en milieu scolaire	4 232	589	960	1 956	7 737	47	12	37	26	32
Évaluation du trottineur en santé : cas évalués	734	230	86	393	1 443	8	5	3	5	6
Santé mentale communautaire										
Nouvelles demandes de services	1 849	1 109	819	2 593	6 370	20	24	32	35	27
Personnes ayant reçu des services	2 527	2 010	1 594	4 621	10 752	28	43	62	62	45
Suivi thérapeutique - adultes	2 043	1 569	1 270	3 806	8 688	23	33	49	51	36
Suivi thérapeutique - enfants/ados	496	447	329	831	2 103	5	9	13	11	9
Services de traitement des dépendances										
Admissions		390	202	361	953		8	8	5	6
Personnes ayant reçu des services externes		710	266	670	1 646		15	10	9	11
Consultations externes		6 388	1 893	7 938	16 219		135	74	106	110

Source : Réseau de santé Vitalité

4 RESSOURCES MÉDICALES

Le PRSA 2016-2019 présente le portrait macroscopique des ressources humaines et des ressources médicales du Réseau de santé Vitalité. Les tableaux qui suivent présentent de façon plus détaillée, par spécialité, le portrait des ressources médicales.

Tableau 11 : Effectifs médicaux en individus excluant les locums – 2016

	Zone Beauséjour	Zone Nord- Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie- Bathurst	Total - Vitalité
Médecine familiale	104	58	30	78	270
Urgence	12	14	4	15	36
Médecine interne	2	7	2	1	10
Cardiologie	4			3	7
Dermatologie	3	1		1	5
Endocrinologie	1		1		2
Gastro-entérologie	2			2	4
Gériatrie	2				2
Néphrologie	6			2	8
Neurologie	3	1			4
Physiatrie	1				1
Pneumologie	4		1	1	6
Rhumatologie	2				2
Anesthésie	9	5	4	6	24
Chirurgie générale	5	5	2	3	15
Chirurgie vasculaire et thoracique	1				1
Ophthalmologie	4	2	2	2	10
ORL	3	1	1	2	7
Orthopédie	4	5	2	4	15
Plastie	1			1	2
Urologie	3	1	1	2	7
Oncologie	10				9
Psychiatrie	9	4	11	7	33
Gynécologie et obstétrique	3	6		3	12
Pédiatrie	6	3	2	3	14
Pathologie	4	3	3	5	15
Hématologie	3				3
Microbiologie*	4	1			5
Radiologie diagnostique	6	5	3	4	18
Radiologie interventionnelle	2				2
Médecine nucléaire	1	1		1	3
Total	227	111	70	147	555

Source : Réseau de santé Vitalité

*Notes : un microbiologiste à temps partiel et une consultante pédiatre-cardiologue pour cliniques et échocardiographie pédiatrique 3 fois par année dans la zone Nord-Ouest

5 UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Les taux d'hospitalisation en soins aigus tout comme le ratio de lits aigus par personne demeurent plus élevés dans les zones desservies par le Réseau de santé Vitalité que dans celles desservies par le Réseau de santé Horizon et que dans la plupart des autres provinces canadiennes et ce, malgré une diminution au cours des dernières années. Ces écarts s'expliquent sans doute en partie par des facteurs démographiques, géographiques et socio-sanitaires propres au territoire couvert par le Réseau Vitalité. Par ailleurs, une proportion significative des lits de soins aigus des hôpitaux du Réseau de santé Vitalité est occupée par des patients qui ne requièrent plus des soins aigus et qui bénéficieraient grandement d'autres types de prise en charge et de soins, en dehors des hôpitaux. Plusieurs analyses démontrent que cette situation est attribuable à la fois à des inefficiences dans les pratiques cliniques et hospitalières et à un manque de ressources et de services dans la communauté.

5.1 HOSPITALISATION ET LITS DE SOINS AIGUS

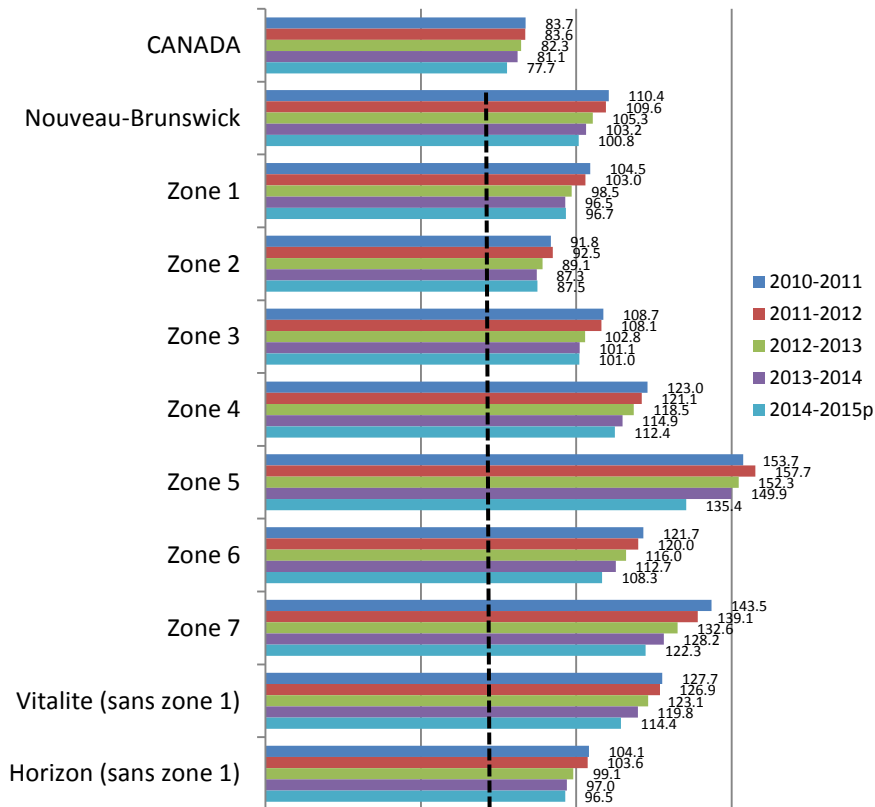
Malgré une diminution du taux d'hospitalisation au cours des ans dans toutes les zones du Nouveau-Brunswick, le recours à l'hospitalisation demeure plus élevé au Nouveau-Brunswick, en particulier dans les zones du Réseau de santé Vitalité, que dans l'ensemble du Canada. La figure 7 sur la page suivante illustre bien cette situation.

En 2014-2015, le taux d'hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus était de 77,7 à l'échelle du Canada, contre 100,8 à celle du Nouveau-Brunswick et 114,4 à celle du Réseau de santé Vitalité (excluant la zone Beauséjour). Ainsi, le taux d'hospitalisation du Réseau de santé Vitalité plus élevé que celui du Réseau de santé Horizon contribue à élever la moyenne provinciale.

Cette situation est attribuable à une multiplicité de facteurs : le contexte géographique (régions rurales, distances parfois importantes à parcourir pour recevoir des services spécialisés non disponibles localement), le profil démographique (proportion de personnes âgées très élevée) de la population du nord de la province et la situation socioéconomique particulièrement défavorable de cette même population. Toutefois, ces facteurs à eux seuls ne justifient pas un recours si important à l'hospitalisation.

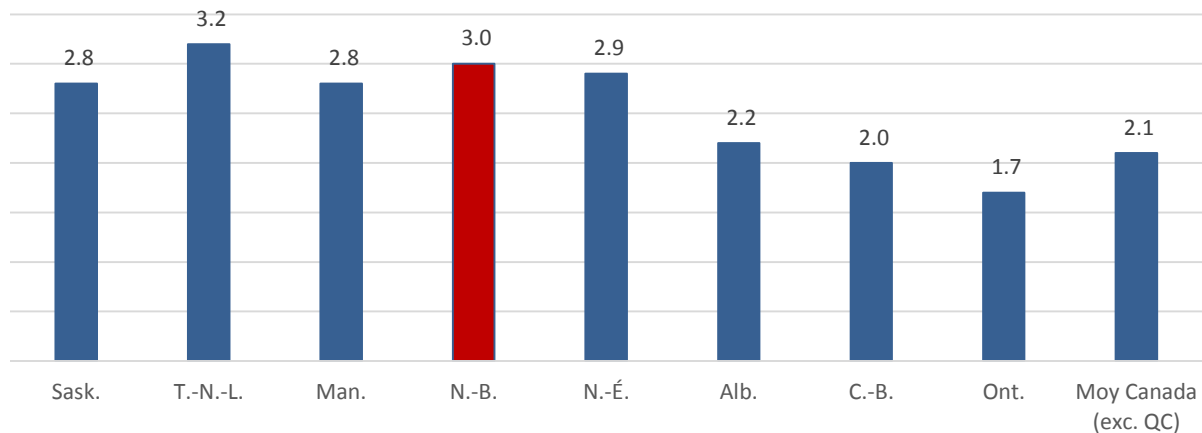
Le corollaire de ces constats concernant les taux d'hospitalisation est un nombre de lits de soins aigus pour 1 000 personnes plus élevé au Nouveau-Brunswick qu'en moyenne au Canada (3,00 contre 2,10 au Canada excluant le Québec, en 2012-2013), comme l'illustre la figure 8 ci-après.

Figure 7 : Taux d'hospitalisation par 1 000 habitants en soins aigus standardisé selon l'âge – 2010 à 2015



Note : Taux standardisé d'hospitalisation selon l'âge, excluant les nouveau-nés. Basé sur le lieu de résidence du patient (province ou région). Le Canada exclut les données du Québec et des territoires. Données de 2014-2015 projetées sur 6 mois.
Sources : BDCP portail de l'ICIS . Méthodologie GMA 2014. Estimations de la population selon la division de recensement, le sexe et le groupe d'âge au 1er juillet, basées sur la Classification géographique type (CGT) 2011 annuel (personnes).

Figure 8 : Nombre de lits de soins aigus par 1 000 habitants – 2012-2013



Note : Exclusion des hôpitaux pédiatriques et des établissements psychiatriques.
Source : ICIS Les lits d'hôpitaux en service et dotés en personnel, 2012-2013.

Les données du tableau ci-dessous montrent qu'au mois d'avril 2014, avec ses 816 lits de soins aigus, le Réseau de santé Vitalité comptait 3,41 lits par 1 000 habitants, contre 2,70 pour le Réseau de santé Horizon et 2,92 pour le Nouveau-Brunswick.

Tableau 12 : Lits de soins aigus par 1 000 habitants – Avril 2014

	Population	Nombre de lits aigus	Nombre de lits aigus par 1 000 habitants
Vitalité	239 498	816	3,41
Horizon	518 556	1 400	2,70
Nouveau-Brunswick	758 054	2 216	2,92

Source : Réseau de santé Vitalité

5.2 ANALYSE DE L'OCCUPATION DES LITS DE SOINS AIGUS

Depuis quelques années, de nombreuses études ont été réalisées par le Réseau de santé Vitalité en ce qui concerne l'occupation des lits de soins aigus. Tous les travaux effectués mènent à la même conclusion : une part importante des lits de soins aigus du Réseau de santé Vitalité est occupée par des patients qui ne requièrent plus des soins aigus et qui bénéficieraient grandement d'autres types de prise en charge et de soins, en dehors des établissements hospitaliers. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait : des alternatives à l'hospitalisation limitées, des inefficiences dans les processus du système de santé, le manque de ressources en communauté et l'engorgement des lits par des patients en attente d'un placement dans un foyer de soins.

Cette clientèle est composée majoritairement d'âinés et le système de santé et ses partenaires se doivent d'offrir un milieu de vie mieux adapté à leurs besoins. Il devient impératif de trouver des alternatives pour :

- ▶ éviter que ces personnes soient obligées de vivre dans un milieu hospitalier, lequel n'est pas propice au maintien de leur autonomie et les met en situation de risque (notamment à cause des infections nosocomiales);
- ▶ éviter les hospitalisations et offrir des alternatives de soins;
- ▶ mieux outiller les foyers de soins et les communautés pour offrir les soins en fin de vie.

Ces différentes analyses confirment le recours élevé à l'hospitalisation pour la population du Réseau de santé Vitalité et une proportion non négligeable du parc de lits de soins aigus utilisé de façon inappropriée, à d'autres fins que des soins aigus. Cette situation s'explique à la fois par des inefficiences dans les pratiques cliniques et hospitalières et par une disponibilité limitée de ressources et de services dans la communauté (ex. : places en foyers de soins, soins à domicile). Selon ces analyses, le nombre de lits de soins aigus « mal utilisés » ou « évitables » varierait entre 177 et 216 lits.

Le plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité vise donc au cours des prochaines années, à accentuer les pratiques vers la prestation de services ambulatoires et de services à domicile dans la communauté, et ce, tant pour les services généraux que pour les services spécialisés et surspécialisés.

6 TENDANCES DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

6.1 GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

6.1.1 Croissance et impacts des maladies chroniques

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé de longue durée, dont les principaux sont l'arthrite, le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les maladies cardiovasculaires. Une définition plus large inclut également les cancers et la maladie mentale. Au fil des ans, l'augmentation de l'espérance de vie et les mauvaises habitudes de vie ont entraîné un accroissement important des maladies chroniques.

De nos jours, elles sont la première cause de décès à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit qu'en 2020 les maladies chroniques seront responsables de trois décès sur quatre dans le monde (OMS, 2011). Plus spécifiquement au Canada, 67 % de tous les décès sont causés par quatre maladies chroniques : le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les MPOC (Agence de santé publique du Canada, 2013).

Dans la même voie, le phénomène de la multimorbidité ou le cumul de maladies chroniques touche un nombre grandissant de Néobrunswickois et alourdit de façon importante le fardeau des maladies chroniques. Bien que le vieillissement de la population amplifie ce phénomène, l'augmentation demeure significative même lorsque les données sont ajustées en fonction de l'âge.

Les maladies chroniques engendrent :

- ▶ une utilisation accrue des services institutionnels de santé : hospitalisations et visites à l'urgence fréquentes (l'urgence étant devenue l'alternative à des services de première ligne mal adaptés aux besoins des personnes);
- ▶ une charge pour les personnes atteintes, limitant leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie;
- ▶ sur le plan économique et social, une augmentation de l'absentéisme et une réduction de la performance au travail.

Plusieurs études ont démontré le fardeau économique des maladies chroniques. Par contre, d'autres travaux ont montré que la réduction des facteurs de risque peut amener une diminution de la prévalence des maladies chroniques et ainsi engendrer des économies.

Malgré de nombreuses avancées au cours des dernières années dans la gestion des maladies chroniques, plusieurs problématiques perdurent :

- ▶ L'organisation actuelle des services pour les personnes présentant une maladie chronique est encore fragmentée, ponctuelle et limitée dans le temps, axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus;
- ▶ L'approche actuelle par maladie est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale exigée par les maladies chroniques;
- ▶ L'accès à un médecin de famille demeure difficile, tout comme l'accès en temps opportun à un spécialiste;
- ▶ Les services offerts par les équipes spécialisées en milieu hospitalier constituent la seule voie pour une prise en charge, engorgeant ainsi ces services;
- ▶ Il n'existe pas de mécanismes formels de transmission de l'information pertinente en lien avec une hospitalisation, un traitement, une intervention, ou encore une ordonnance, permettant une continuité de l'information et une prise en charge continue de la personne.

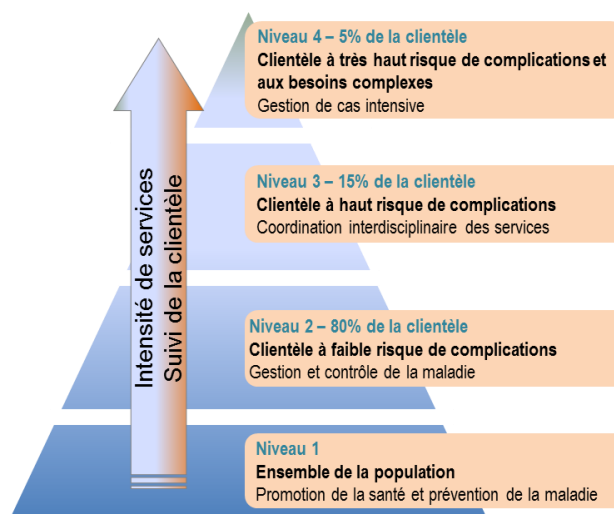
La réflexion sur la transformation du Réseau de santé Vitalité doit, par conséquent, s'inspirer des meilleures pratiques organisationnelles et cliniques en matière de gestion de ce fléau que sont les maladies chroniques qui frappe de plein fouet l'ensemble des pays industrialisés.

6.1.2 Orientations préconisées

La revue de la littérature démontre qu'une approche systémique intégrée et coordonnée des services sous forme de continuum réduit la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques, améliore la qualité de vie des personnes, de même que la performance du système.

Les enjeux de gestion des maladies chroniques exigent une action concertée à tous les niveaux du système de santé. À cet effet, la pyramide du Kaiser Permanente et l'*Expanded Chronic Care Model (CCM-E)* ont inspiré plusieurs organismes dans la définition de l'organisation des soins en maladies chroniques. Ces modèles préconisent une approche planifiée et proactive et des équipes interdisciplinaires de première ligne comme point d'entrée et de centre de coordination des services. Ils abordent également les aspects de promotion de la santé et de prévention de la maladie, l'intégration des pratiques cliniques préventives et le dépistage précoce, l'évaluation et le traitement par l'équipe interdisciplinaire de première ligne en lien avec une deuxième ligne structurée, les suivis en fonction des niveaux de services selon les besoins de la personne, et les services visant l'habilitation, l'adaptation et la réadaptation par des pratiques favorisant la motivation et l'autogestion. Finalement, l'approche palliative est également intégrée dans les soins aux patients dans un contexte de maladies chroniques (Association canadienne de soins palliatifs, 2013).

Figure 9 : Pyramide de Kaiser



Source: Adapté de la *Pyramide de Kaiser Permanente* – modèle de niveau de soins et services à la population pour la gestion des maladies chroniques.

Néanmoins, l'ajustement de la gestion des maladies chroniques requiert la transformation des paradigmes suivants :

- ▶ L'offre de services en maladies chroniques doit veiller à ce que la personne reçoive les bons soins au bon endroit, au bon moment et par le bon intervenant;
- ▶ Une gestion optimale des maladies chroniques nécessite :
 - une communauté d'action formelle et structurée, basée sur la collaboration entre les établissements de santé et les partenaires du réseau de services (centres de services communautaires, cliniques, pharmacies, etc.) et de la communauté (citoyens, municipalités, etc.);
 - des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, de même que des actions ciblées par des pratiques cliniques préventives et un dépistage précoce;
 - des équipes interdisciplinaires en maladies chroniques (ÉIMC) en première ligne qui assurent le suivi de la personne en fonction de ses besoins, dans toute la trajectoire de services et qui interviennent dès l'annonce des signes précurseurs de la maladie;
 - des soins et des services continus, intégrés et coordonnés, assurant un accès en temps opportun;

- des initiatives locales en milieu scolaire, municipal et communautaire et des actions individuelles (counseling) favorisant la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques évitables;
- des pratiques cliniques préventives et le dépistage précoce par les intervenants de première ligne, afin d'agir sur les déterminants de la santé, en modifiant les comportements de santé;
- des interventions visant la motivation de la personne à prendre en charge sa santé, le développement de ses capacités, l'autogestion et la réadaptation;
- un environnement et des politiques publiques favorables à la santé afin d'agir sur les déterminants de la santé, de modifier les expositions qui peuvent entraîner des maladies et d'améliorer la résistance aux agents infectieux;
- la coordination de l'accès à des services de première, deuxième et troisième lignes et à des services offerts par les programmes dans la communauté afin de répondre aux besoins de la personne;
- le suivi de l'ensemble des besoins du patient sur une base continue par le médecin de famille, l'ÉIMC et les spécialistes;
- La mise en place d'un tandem médecin/gestionnaire de cas de l'ÉIMC qui agit comme porte d'entrée pour le patient, grâce à des modalités d'accès diversifiées, et qui assure le suivi de l'ensemble des besoins du patient;
- La désignation d'un gestionnaire de cas au sein de l'ÉIMC qui assure l'évaluation, le suivi des interventions et le soutien du patient, et qui agit comme interface entre le patient et le réseau de services, grâce à une coordination des services auprès des différentes équipes spécialisés au moment opportun.

6.2 AUTRES TENDANCES RECONNUES

D'un point de vue global, afin de rehausser l'organisation des soins et des services, plusieurs tendances nationales et internationales sont reconnues :

- ▶ La hiérarchisation des soins et services, laquelle implique :
 - La prestation du bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit;
 - L'amélioration, de façon prioritaire, des services de première ligne et leur arrimage avec les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne;
 - La conclusion d'ententes de services qui donnent accès à des services régionaux ou suprarégionaux, lorsque les réponses aux besoins ne peuvent être offertes localement.
- ▶ L'organisation des services et de l'expertise en réseau :
 - La définition d'un réseau de santé s'articule autour du principe fondamental du continuum de services, lequel réfère à la fois à la notion de continuité et de complémentarité des services et des soins requis par les individus et par la population. Le principe de continuum de services permet de reconnaître explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'acteurs et d'organisations (établissements du réseau de santé, organismes communautaires, cabinets médicaux, etc.) doivent répondre;
 - Les services et l'expertise offerts par ces acteurs et organisations doivent être dispensés dans une perspective de promotion de la santé et du bien-être, de prévention des problèmes de santé et de bien-

être, de traitement de première ligne ou encore de services spécialisés (secondaires, tertiaires, quaternaires);

- L'organisation en réseau des services et de l'expertise se fait suivant plusieurs paramètres :
 - À l'échelle locale, régionale, provinciale et même nationale;
 - par spécialité/nature de service;
 - par clientèle ;
- La concentration des services spécialisés :
 - Les critères qui président à la concentration des services spécialisés sont généralement : la présence de masses critiques de clientèles; l'impact sur le recrutement et la rétention; le maintien de l'expertise;
 - Ce principe implique que les ressources spécialisées ou en quantité limitées sont au service d'un réseau plutôt que d'un établissement.
- ▶ L'interdisciplinarité, laquelle implique :
 - La dispensation de soins axés sur le patient fait appel à la notion de pratique en interdisciplinarité afin d'assurer une coopération et coordination optimale entre professionnels, qu'ils soient médecins, cliniciens ou autres;
 - La mise à profit des compétences et connaissances spécialisées de chacun pendant toute la séquence de soins, ainsi que des milieux de soins propres à chacun;
 - l'accès aux services des professionnels de la santé les plus aptes à répondre aux besoins du patient ou du client au moment et au lieu voulus, via notamment :
 - L'élaboration d'un but commun ou d'un résultat commun à atteindre en santé;
 - L'acceptation et la reconnaissance des compétences et des connaissances spécialisées complémentaires qu'apportent les différents fournisseurs de soins;
 - Une coordination efficace et une communication permanente entre les fournisseurs de soins.
- ▶ La standardisation des pratiques à l'échelle d'une organisation ou d'un réseau local, régional ou provincial de services, par le recours à des outils et des protocoles communs, afin :
 - Que tous puissent bénéficier de la même qualité de soins et services, peu importe leur lieu de résidence;
 - De faciliter la coopération et la coordination entre prestataires de services.
- ▶ La consolidation des services de liaison et de gestion de cas, pour :
 - Assurer la continuité des soins et des services à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire;
 - Et, plus largement, assurer la continuité des soins et des services requis, partout à l'intérieur du système de santé, ainsi qu'avec les partenaires dans la communauté, afin de coordonner des actions intersectorielles prévues dans un plan de services individualisés.
- ▶ Le développement des soins de collaboration, par :
 - La mise en place de modèles de pratique au sein desquels les utilisateurs de services et leurs proches, ayant leur propre expérience, en collaboration avec des prestataires de soins et de services, chacun doté d'une formation, d'une expérience clinique, en tenant compte des lois professionnelles en vigueur, travaillent de concert pour mieux coordonner les soins et les services et les rendre plus efficaces. Ces services comprennent la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies.

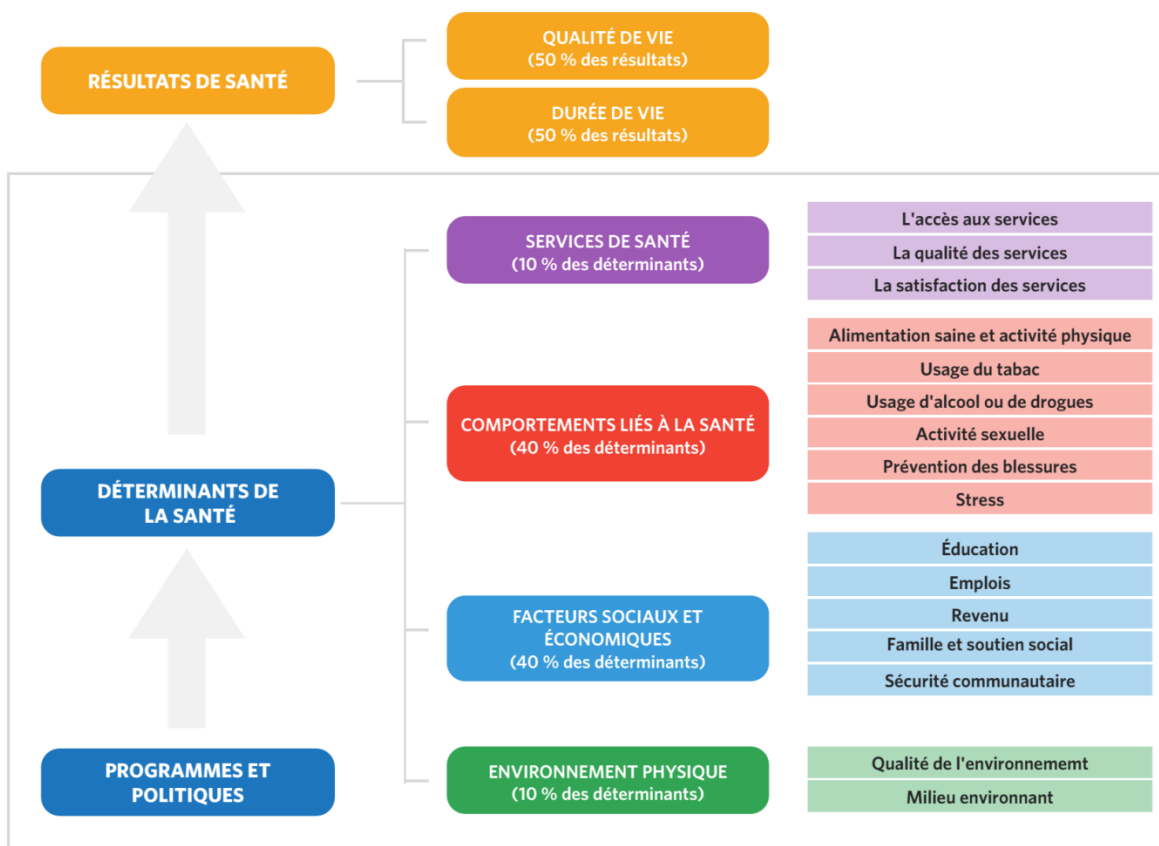
- Les soins en collaboration peuvent prendre plusieurs formes et impliquer un éventail de partenaires dans divers contextes. L'objectif principal est d'assurer que la personne ait accès à une gamme et à un continuum complet de soins et de services qui sont éclairés par la connaissance des bonnes pratiques et qui sont offerts d'une manière acceptable pour eux, leurs proches et les intervenants impliqués.
- Les soins de collaboration impliquent deux grands changements dans la pratique :
 - l'expansion et la diversité de la gamme des partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle;
 - le renforcement de l'autodétermination de l'utilisateur de services.
- ▶ Le développement des soins de santé primaires, par l'optimisation :
 - Des services communautaires : centres de santé communautaire/équipes de santé familiale, soins palliatifs communautaires, services de crise en santé mentale, services de soutien et d'entraide pour proches aidants, services d'hébergement, rôle élargi des pharmaciens communautaires, création de maisons de naissances et recours aux services de Sages-femmes, etc.;
 - Des soins et services à domicile : soins de courte durée, soins de longue durée, soins palliatifs, services de réadaptation, soins de longue durée, services de soutien, évaluation gériatrique, etc.;
 - Des services ambulatoires : cliniques externes spécialisées, hôpitaux de jour, chirurgie d'un jour, services de réadaptation externe, suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves, décentralisation des services de dialyse et de chimiothérapie.
- ▶ L'amélioration de la performance des salles d'urgence et la réduction de leur encombrement, par la mise en œuvre de solutions à l'urgence, mais aussi en amont et en aval, telles que :
 - Le repérage des clientèles à risque (isolement, soutien, maladies mentales ou chroniques, déficiences) et la prise en charge plus efficace dans la communauté;
 - L'implantation de l'accueil clinique à l'hôpital pour les médecins de famille qui ont des patients semi-urgents et le développement des protocoles d'accès rapide (*fast track*) aux services diagnostiques et aux consultations spécialisées pour les médecins de la communauté;
 - Le développement d'équipes mobiles d'intervention dans les résidences pour personnes âgées;
 - Le développement d'équipes d'intervention de crise en santé mentale, ainsi que d'équipes d'intervention pour les problèmes de toxicomanie et de dépendance;
 - L'implantation d'un service Info-santé pour la population;
 - L'élargissement du rôle des infirmières au triage – par protocole de délégation;
 - Le jumelage des cas non urgents aux cliniques sans rendez-vous;
 - Le développement d'unités d'hospitalisation brève (24-48 heures);
 - Le développement de corridors de services officiels avec les hôpitaux spécialisés;
 - Le recours aux consultations et au monitoring à distance;
- ▶ La diminution du recours à l'hospitalisation comme outil principal de « traitement » des problématiques de santé, de façon à redonner aux lits d'hôpitaux leur vocation première de soins aigus, par des stratégies telles que :
 - L'adaptation de l'hôpital à la personne âgée (*Senior Friendly Hospital*);
 - Une meilleure gestion des lits;

- La diminution des durées de séjour;
- Un meilleur contrôle des infections;
- La mise en place d'une gestion plus serrée de la pharmacothérapie;
- L'optimisation du potentiel de chirurgie d'un jour;
- La mise en place, le cas échéant, d'une couverture médicale inter-établissements/régionale;
- Le développement d'alternatives à l'hospitalisation.

6.3 MODÈLE DE SANTÉ DES POPULATIONS : BASE DE LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Toutes les tendances sur les modèles d'organisation de services convergent vers une conclusion commune : l'état de santé des populations résulte plutôt de l'amélioration des facteurs comportementaux, sociaux et environnementaux que des facteurs liés à la prestation de services de santé. C'est sur cette base que le Réseau de santé Vitalité appuie la transformation de ses services au cours des prochaines années. L'illustration ci-après résume ces phénomènes.

Figure 10 : Modèle de santé des populations



Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

7 MODÈLE DE TRANSFORMATION ET DE MODERNISATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

7.1 VISION DE L'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES

Énoncé : Mettre en place un réseau de services hiérarchisés axé vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires de même que sur les soins et les services à domicile, tant pour la prestation de services généraux que de services spécialisés et surspécialisés.

Le modèle de transformation et modernisation du système de santé proposé par le Réseau de santé Vitalité repose sur les fondements suivants :

- ▶ Pour les personnes :
 - La reconnaissance de la primauté des personnes;
 - Une action préventive sur les déterminants de la santé;
 - L'accent sur les services pour les personnes les plus vulnérables;
- ▶ Pour l'organisation des services :
 - Un réseau de services hiérarchisés, fondés sur une première ligne forte, solidement arrimée à des services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième ligne;
 - Une offre de services pertinente et présentant une réelle valeur ajoutée pour la population;
 - Un plan de services basé sur une vision de performance globale, fondé sur des standards élevés de qualité ainsi que sur les données probantes :
 - recherche de l'excellence clinique,
 - efficience mise au service de la qualité;
 - Une gamme de services harmonisés sur l'ensemble du territoire;
 - Une organisation de services misant sur l'interdisciplinarité et sur la collaboration intersectorielle;
 - Une organisation des services spécialisés en réseau axée sur :
 - la déconcentration des services de première ligne dans les communautés,
 - la concentration des services hospitaliers spécialisés qui requièrent une expertise particulière;
- ▶ Pour la gestion du Réseau :
 - Le développement d'une gouvernance clinique forte²;

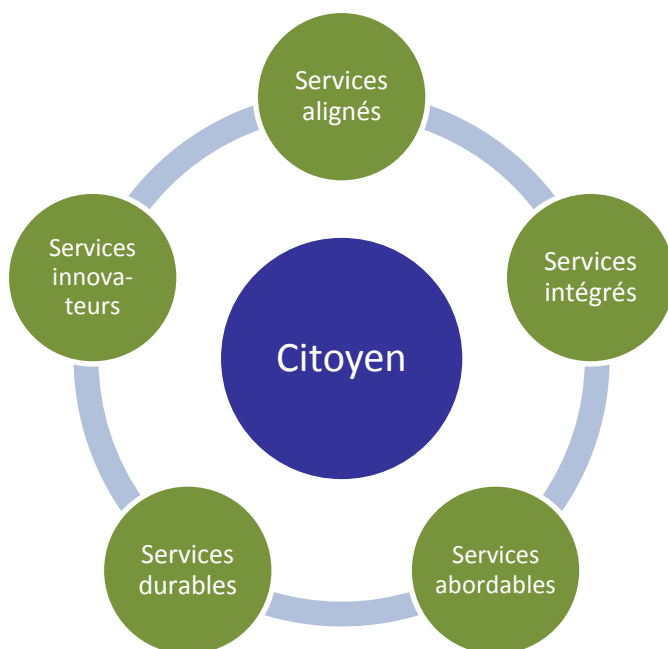
² La gouvernance clinique peut être définie comme « un mode d'exercice de l'autorité des différents acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé en vue d'améliorer la qualité des soins et des services de santé ». Elle rapproche la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle par le développement et l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. La gouvernance clinique vise à la fois à : a) impliquer les professionnels dans le renouvellement de l'organisation; b) impliquer l'organisation dans l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels (Brault & Roy 2008).

- L'engagement des médecins et des professionnels de la santé;
- La confiance mutuelle entre les médecins, les professionnels de la santé et l'organisation.

7.2 PRINCIPES DIRECTEURS DE TRANSFORMATION

Pour le développement de ce modèle, le Réseau de santé Vitalité s'est aussi appuyé sur les principes directeurs retenus par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick pour rebâtir son système de santé et mener au renouveau. Ainsi, pour l'avenir, le Réseau de santé Vitalité veut maintenir des services axés sur le citoyen, alignés, intégrés, abordables, durables et innovateurs.

Figure 11 : Principes directeurs de transformation



À l'instar des autres partenaires du système de santé du Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Vitalité adhère aux sept dimensions de la qualité associées au système de santé du Nouveau-Brunswick.

Tableau 13 : Sept dimensions de la qualité

Accessibilité	Équité
Caractère approprié (justesse)	Sécurité
Efficacité	Viabilité clinique
Efficiencia	

Le modèle de transformation et de modernisation retenu est fondé sur la recherche d'un **équilibre dynamique optimal** entre ces sept dimensions (plutôt que par celle, inatteignable, d'une qualité maximale pour chaque dimension) et sur l'examen de critères développés pour chacune. Ces dimensions de la qualité ont ainsi été utilisées comme critères d'analyse pour élaborer un modèle d'organisation de services du Réseau de santé Vitalité, dans la recherche d'un équilibre optimal.

Tableau 14 : Dimensions de la qualité comme critères d'analyse pour l'élaboration du modèle d'organisation de services

Critères	Éléments à considérer	Définitions des critères et commentaires
Viabilité-Sécurité-Durabilité		Viabilité et durabilité : Capacité d'offrir le service en tout temps, sans bris de service Sécurité : Capacité d'offrir un service de qualité ou de l'offrir selon des modalités raisonnables d'accessibilité
	Facilité de recrutement et rétention de médecin	Le modèle proposé doit tenir compte des enjeux connus et plus ou moins constants de recrutement-rétention et doit permettre de les résoudre
Pour rendre les services de façon viable, sécuritaire et durable, peut-on identifier un élément plus important parmi ceux qui sont liés à l'accessibilité-équité-caractère approprié?		
Accessibilité-équité-caractère approprié		Accessibilité : Modalités à prévoir pour rendre le service disponible Équité : Capacité d'offrir à la population ayant des caractéristiques similaires, une accessibilité semblable aux services Caractère approprié : Pertinence du service
	Fréquence d'utilisation du service	Caractéristique à considérer dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Par exemple, épisode chirurgical vs suivi des patients avec MPOC
	Caractéristiques de la population	Caractéristique à considérer dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Les principales caractéristiques de la population sont le vieillissement et la présence significative de maladies chroniques
	Distance du site de prestation	Caractéristique à mettre en parallèle avec l'équité dans les modalités à prévoir pour rendre le service accessible Réponse à fournir à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité ou possibilité d'ententes de services avec Horizon? Avec le Québec?
	Langue	Caractéristique essentielle à considérer pour rendre accessibles tous les services au sein du Réseau de santé Vitalité ou compromis à faire avec Horizon?
Efficacité-efficience-service abordable		Critères qui découleront des solutions proposées pour assurer l'équilibre entre services viables et services accessibles-équitable-alignés-centrés sur les besoins de la population-appropriés?

Enfin, ce modèle s’inspire des tendances lourdes en matière d’évolution des maladies et des modes d’organisation et de prestation de services, sur les besoins spécifiques de la population desservie par le Réseau de santé Vitalité en matière de soins de santé et sur la meilleure façon d’assurer une transition harmonieuse entre le modèle actuel et le modèle souhaité.

7.3 AXES D’ACTION DU MODÈLE DE TRANSFORMATION

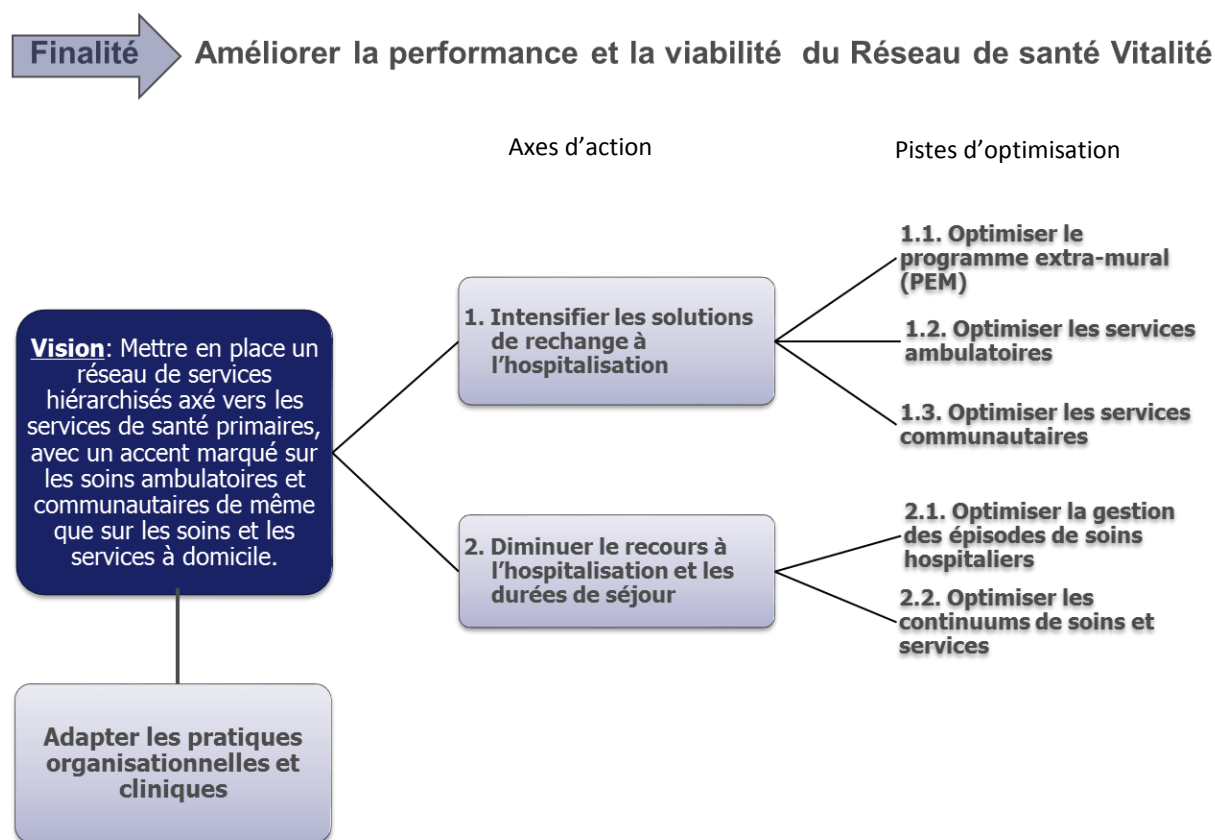
Le modèle de transformation retenu prévoit deux grands axes d’action pour améliorer la performance et la viabilité du Réseau de santé Vitalité et pour actualiser la vision d’un virage vers les services de santé primaire pour l’ensemble de ses services, soit :

- ▶ l’intensification des solutions de rechange à l’hospitalisation,
- ▶ une meilleure gestion des épisodes de soins hospitaliers.

Il implique par ailleurs une modification des façons de faire reposant sur l’adaptation des pratiques organisationnelles et cliniques à l’évolution des besoins et préférences de la population, des technologies de la santé et des connaissances sur les interventions les plus efficaces et efficientes.

La figure 12 illustre le modèle de transformation et de modernisation des services retenu par le Réseau de santé Vitalité, avec ses deux axes d’actions et les pistes d’optimisation ciblées pour chacun d’eux.

Figure 12 : Modèle de transformation et modernisation



Le reste de cette section est consacré à la présentation des principales mesures considérées pour chacune des pistes d'optimisation.

7.3.1 Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation

Le Réseau de santé Vitalité est encore largement centré sur l'hôpital et sur les services offerts en milieu hospitalier, comme en font foi les taux élevés d'hospitalisation ainsi que l'engorgement des urgences et des lits d'hospitalisation. Pour réduire la fréquence des hospitalisations et les durées de séjour en milieu hospitalier tout en tenant compte des besoins d'une population vieillissante dont l'état de santé est plus fragile, il faut offrir des alternatives dans la prestation des soins.

Trois pistes d'optimisation prioritaires ont été cernées à cet effet :

- ▶ L'optimisation des services au Programme extra-mural (PEM);
- ▶ L'optimisation des services ambulatoires;
- ▶ L'optimisation des services communautaires.

Les figures 13 à 15 présentent une liste de mesures en lien avec chacune de ces trois pistes d'optimisation. Il convient de noter que la pertinence relative de chacune des mesures devra être analysée dans le contexte propre aux populations desservies, à la lueur des services déjà en place et des problématiques de santé prioritaires de leur population. Ces mesures reposent sur une analyse exhaustive des tendances observées ailleurs au Canada et dans le monde, mais elles ont été identifiées à titre indicatif et ne constituent en aucune façon une liste exhaustive ou définitive.

Figure 13 : Optimisation des services du Programme extra-mural



Figure 14 : Optimisation des services ambulatoires

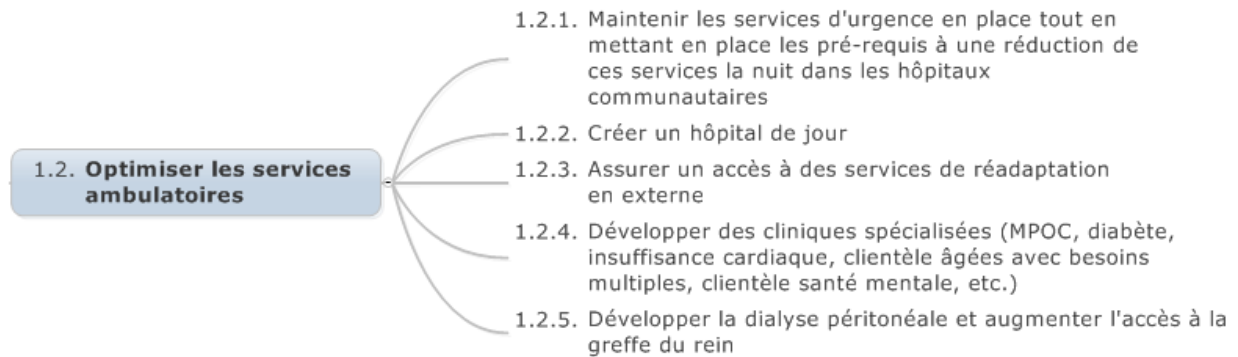


Figure 15 : Optimisation des services communautaires



7.3.2 Diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjour

Parallèlement aux mesures à mettre en place pour développer des solutions de rechange à l'hospitalisation, le plan de transformation et de modernisation retenu par le Réseau de santé Vitalité prévoit la mise en place des mesures par les établissements hospitaliers afin d'améliorer la pertinence des admissions et des séjours dans un lit de courte durée. Ces mesures peuvent être regroupées sous deux pistes d'optimisation prioritaires, soit :

- ▶ L'optimisation de la gestion des épisodes de soins;
- ▶ L'optimisation des continuums de soins et services.

À l'instar des mesures associées aux pistes d'optimisation prioritaires pour développer des solutions de rechange à l'hospitalisation, les mesures listées dans les figures 16 et 17 ne représentent pas une liste exhaustive et définitive et leur pertinence devra être analysée à la lueur des contextes propres à chaque milieu de soins. Chose certaine, les données analysées sur la pertinence des séjours hospitaliers suggèrent la présence dans tous les établissements hospitaliers de délais liés à des causes internes, médicales ou hospitalières, sur lesquels ces établissements peuvent agir en devenant plus efficaces et plus efficaces au niveau de leurs processus. D'autres délais sont liés à la présence de continuums de services sous-optimaux, générant des hospitalisations évitables ou encore nuisant à la

continuité des soins et services suite à un épisode de soins aigus en milieu hospitalier. Ce type de délais invite à une action coordonnée des hôpitaux avec leurs partenaires afin d'optimiser les continuums de services.

Figure 16 : Optimisation de la gestion des épisodes de soins

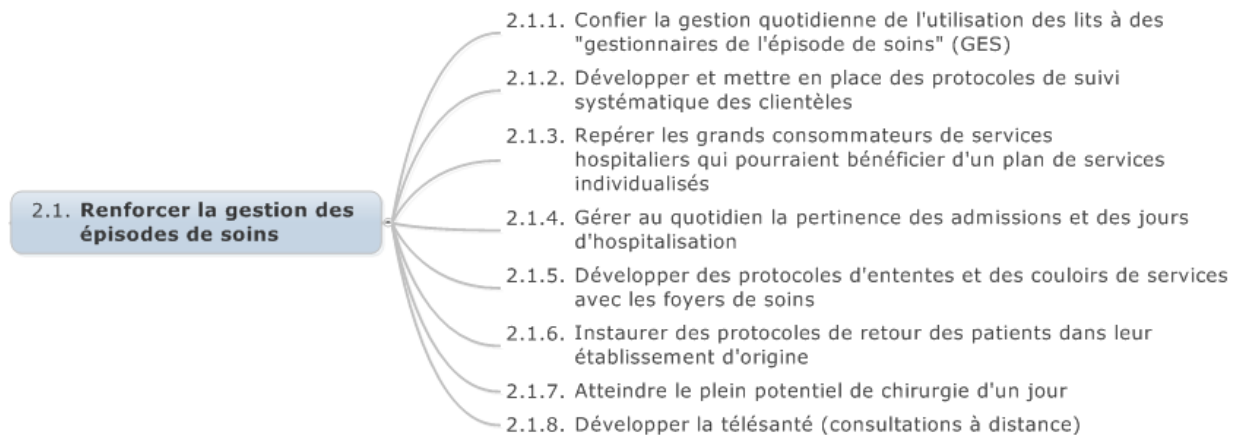
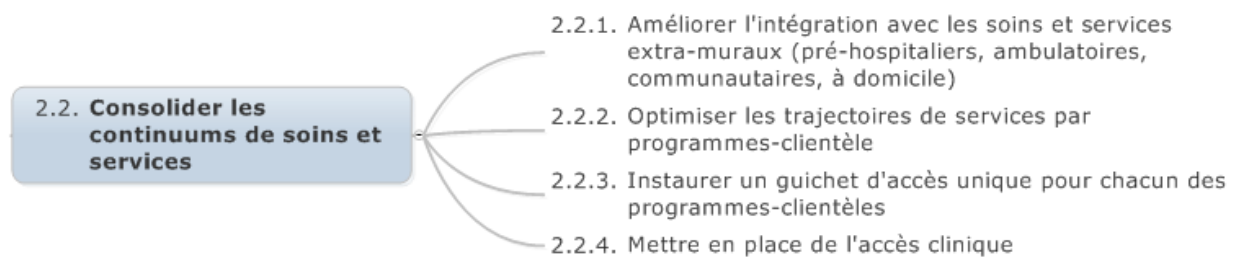


Figure 17 : Optimisation des continuums de soins et services



7.3.3 Adapter les pratiques cliniques

Enfin, pour transformer le système de santé, il faut réexaminer nos modes de prestation des soins en fonction de l'évolution des connaissances relatives à la prévention et aux traitements lorsque ces derniers deviennent nécessaires. Afin de réussir dans ce nouveau paradigme, il faut parfois remettre en question les approches traditionnelles. Cette démarche exige la participation des médecins et des autres professionnels de la santé. Ces personnes détiennent l'expertise requise pour effectuer cette transformation, en collaboration avec les autres parties prenantes. Nous listons ici plusieurs approches existantes, au sein même du Réseau de santé Vitalité ou dans d'autres contextes, qui ont donné d'excellents résultats et que le Réseau prévoit utiliser :

- ▶ Équipes multidisciplinaires dans les cabinets de médecin et centres communautaires;
- ▶ Modèle de gestion de cas et plans de services individualisés pour clientèles vulnérables (ex. : clientèles âgées, maladies chroniques, santé mentale);
- ▶ « D'abord chez soi » (*Home first*);
- ▶ Approche gériatrique en milieu hospitalier;
- ▶ « Choisir avec soin » (réduction des examens, des traitements et des procédés inutiles).

8 ORGANISATION PROPOSÉE DES SERVICES SPÉCIALISÉS

8.1 ORGANISATION GÉNÉRALE DES SERVICES

L'organisation des services spécialisés est calquée sur le modèle global de transformation et de modernisation du Réseau de Santé Vitalité : elle mise sur les solutions de rechange à l'hospitalisation et la tendance à la diminution du recours à l'hospitalisation.

Les services spécialisés sont aussi basés sur un modèle hiérarchisé d'organisation de services, en réseau, au sein de l'ensemble du territoire du Réseau de santé Vitalité. Ce modèle comprend le renforcement des mécanismes d'amélioration continue de la qualité des services dans une perspective d'harmonisation régionale des pratiques dans toutes les disciplines médicales et professionnelles.

Les nombreuses mesures proposées pour accentuer l'organisation régionale des services spécialisés au sein de ce Réseau sont le fruit de journées de réflexion en groupes multidisciplinaires, constitués par catégories de clientèles et regroupant des professionnels et des médecins de toutes les zones du Réseau. Ces journées de travail ont été l'occasion d'échanges fructueux entre les différents intervenants cliniques et ont permis de préciser le modèle souhaité d'organisation des services du Réseau. Tous les participants ont salué l'initiative de ces rencontres et souhaitent la tenue régulière de telles journées au cours des mois à venir, dans le but de poursuivre le développement du modèle et de faciliter l'amélioration de la qualité des services.

En un mot, ce plan vise à consolider les services francophones offerts et à offrir à la population desservie par le Réseau de santé Vitalité, dans le respect des besoins de la distribution rurale de cette population.

Plusieurs discussions demeurent à poursuivre, plusieurs scénarios nécessitent d'être mieux questionnés et développés. Ce plan mérite donc de demeurer vivant et dynamique. Il trace les grandes orientations de la vision de l'organisation des services pour le Réseau de santé Vitalité mais il laisse place à la poursuite des réflexions pour l'améliorer et la compléter sur les moyens d'y parvenir.

Le modèle d'organisation de services du Réseau de santé Vitalité prévoit la prestation de services dans les communautés le plus souvent possible pour les services ambulatoires. Il vise aussi le rehaussement des services de réadaptation et du Programme extra-mural pour plusieurs catégories de clientèles. Pour les services d'hospitalisation, les hôpitaux régionaux devraient tous offrir une gamme assez complète de services, sauf pour les services plus spécialisés. Dans ce cas, un élargissement du bassin de desserte est prévu à l'intérieur du Réseau de santé Vitalité ou en complémentarité avec le Réseau Horizon, pour certains services tertiaires.

Les modèles régionaux développés pour les services de neurologie, d'oncologie et de néphrologie seront élargis, dans l'immédiat, aux services de gériatrie et de traitement des douleurs chroniques. L'accent sera aussi mis sur l'harmonisation régionale des pratiques pour les autres services. L'accès aux services sera mieux intégré, par l'organisation centralisée de la gestion des rendez-vous.

Pour les services tertiaires, le Réseau de santé Vitalité mise sur un plan de rattrapage, en sa faveur, dans le développement de nouveaux services pour la population de la province :

- ▶ Fort de la reconnaissance du département régional francophone de neurologie, il compte développer un Centre provincial de traitement des maladies rares;
- ▶ L'expertise en pneumologie et en oncologie permet d'envisager le développement d'un Centre d'excellence en chirurgie thoracique;
- ▶ L'expertise du Réseau en oncologie, jointe à celle de la neurologie, ouvre la porte au projet de développement d'un programme provincial en génétique.

Les pages suivantes présentent le résumé des principales orientations en matière d'organisation de services. Ces informations sont réparties en trois sections :

- ▶ Orientations pour l'organisation des services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales;
- ▶ Orientations pour l'organisation des services spécialisés liés aux disciplines médicales;
- ▶ Orientations pour l'organisation des services diagnostiques.

L'échéancier de mise en œuvre sur trois ans demeure à confirmer.

Les résultats détaillés des travaux portant sur l'organisation des services spécialisés au sein du Réseau de santé Vitalité sont présentés en annexe, dans un document séparé, qui fait partie intégrante du plan des services cliniques. Ainsi, chacun des éléments apportés sera analysé et rediscuté pour y apporter les précisions et ajustements nécessaires au cours des prochaines années.

8.1.1 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales

<i>Services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
	<i>À confirmer</i>		
<i>Les services en développement dans une perspective d'organisation régionale ou provinciale</i>			
<i>Clinique de la douleur/physiatrie</i>			
▶ Assumer le leadership provincial de consolidation et de développement du service dans une approche d'organisation régionale et de réseau provincial selon la figure 18.			
▶ Maintenir les services hospitaliers dans les centres régionaux			
▶ Développer une équipe multidisciplinaire complète dans tout le Réseau			
<i>Chirurgie thoracique</i>			
▶ À court terme, maintenir le modèle actuel d'organisation de la garde et des services d'hospitalisation (Edmundston, Bathurst, Georges-Dumont) à partir de l'expertise de chirurgiens généraux ayant aussi une pratique de chirurgie thoracique			
▶ Développer un Centre d'excellence provincial en chirurgie thoracique au sein de Vitalité, dont l'organisation des services sera développée en partenariat			
▶ Miser sur des liens formels avec le milieu d'enseignement pour faciliter la formation continue			
<i>Les services à consolider</i>			
<i>Anesthésie</i>			
▶ Maintenir les services de garde et les services d'hospitalisation dans les centres hospitaliers régionaux			
▶ Explorer les modalités de décentralisation des activités préopératoires et de suivi postopératoire dans les communautés			
▶ Explorer les modalités de régionalisation des approches pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services			
<i>Chirurgie générale</i>			
▶ Maintenir les services de garde et les services d'hospitalisation dans les centres hospitaliers régionaux			
▶ Maintenir les cliniques externes et de chirurgie mineure dans les hôpitaux communautaires			
▶ Partager les informations sur les délais d'attente pour consultation en chirurgie par pathologie ou problème spécifique			

Services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales

Année 1 Année 2 Année 3
À confirmer

- ▶ Consolider les services d’endoscopie digestive dans tous les hôpitaux régionaux et communautaires, selon les volumes sauf pour les ERCP, où les services seront maintenus disponibles à partir de Moncton

Chirurgie bariatrique

- ▶ Maintenir le modèle actuel de service où les procédures sont effectuées par des chirurgiens ayant une formation spécifique en chirurgie bariatrique
- ▶ Maintenir les services à Bathurst et Georges-Dumont
- ▶ Considérer la création de cliniques satellites de suivi bariatrique pour rapprocher les services des patients
- ▶ Régionaliser et harmoniser les pratiques
- ▶ Miser sur des liens formels avec le milieu d’enseignement pour faciliter la formation continue

Chirurgie vasculaire

- ▶ À court terme, maintenir le modèle actuel d’organisation de la garde (garde provinciale) et des services d’hospitalisation, en complémentarité avec le Réseau Horizon
- ▶ À moyen et long terme, le Comité consultatif des services cliniques propose :
 - la consolidation d’un véritable réseau francophone, axé sur les besoins de la population
 - de voir à établir du support clinique satellite au moyen des nouvelles technologies
 - d’explorer les modalités permettant d’offrir des services de cliniques externes dans certains hôpitaux communautaires
- ▶ Miser sur des liens formels avec le milieu d’enseignement pour faciliter la formation continue
- ▶ Consolider un véritable réseau francophone axé sur les besoins de la population.

Ophtalmologie

- ▶ Maintenir le modèle actuel d’organisation pour les services de garde et les services hospitaliers, en complémentarité avec le Réseau Horizon pour le sud du territoire
- ▶ Maintenir le corridor de transfert établi avec la Nouvelle-Écosse pour les services tertiaires
- ▶ Optimiser l’utilisation des ressources des hôpitaux régionaux pour la prestation des services dans l’ensemble du

Services spécialisés liés aux disciplines chirurgicales

Année 1 Année 2 Année 3

À confirmer

territoire

ORL

- ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation pour les services de garde (garde suprazonale) et les services hospitaliers, en complémentarité avec le Réseau Horizon pour le sud du territoire
- ▶ Considérer la concentration des effectifs dans un Centre, pour les zones du nord du territoire
- ▶ Intensifier les efforts de recrutement;
- ▶ Renforcer les services ambulatoires dans les hôpitaux communautaires

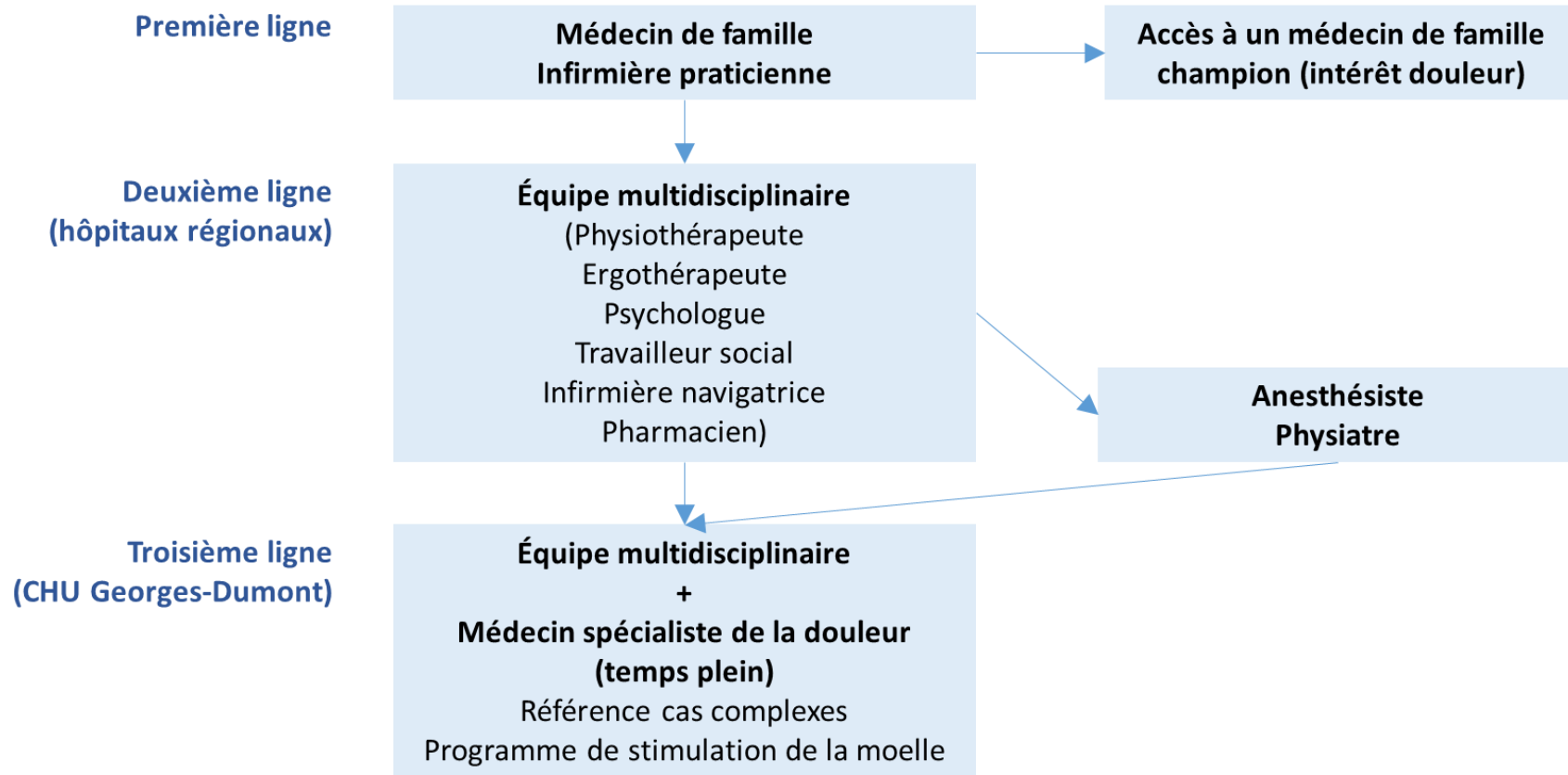
Orthopédie

- ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation pour les services de garde et l'hospitalisation, en complémentarité avec le Réseau Horizon pour le nord-est du territoire;
- ▶ Reconnaître les services « de niche » actuellement disponibles à l'intérieur du territoire et les développer;
- ▶ Intensifier les services de réadaptation préopératoires et postopératoires, en externe et à domicile
- ▶ Maximiser l'utilisation de l'ensemble des infrastructures au sein du Réseau et optimiser l'utilisation des ressources disponibles

Urologie

- ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation de services

Figure 18 : Organisation du réseau de la douleur



8.1.2 Faits marquants pour l'organisation proposée des services spécialisés liés aux disciplines médicales

<i>Services spécialisés liés aux disciplines médicales</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
	<i>À confirmer</i>		
<i>Les services en développement dans une perspective d'organisation régionale ou provinciale</i>			
<i>Dermatologie</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation des services ▶ Compléter l'analyse des besoins pour le développement de services de dermatologie dans les hôpitaux communautaires, particulièrement pour la photothérapie et développer la technique de Mohs dans les cliniques externes de deux hôpitaux régionaux 			
<i>Génétique</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capitaliser sur l'opportunité de recrutement médical en génétique, du recrutement récent de deux nouveaux neurologues, sur la reconnaissance des programmes de neurologie (département régional de neurologie francophone, Centre des maladies rares) et d'oncologie ainsi que sur les objectifs du plan de rattrapage en faveur du Réseau de santé Vitalité pour développer l'expertise provinciale en génétique 			
<i>Gériatrie</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ En conformité avec le plan de rattrapage en faveur du Réseau de santé Vitalité, formaliser le fonctionnement du programme de gériatrie dans un réseau régional de services ▶ Étendre la disponibilité de cliniques de vieillissement, inspirées du modèle en place à Campbellton, au sein du Réseau ▶ Miser sur l'expertise présente à Georges-Dumont et à Campbellton pour consolider ces services, améliorer l'accès aux spécialistes et harmoniser les pratiques ▶ Accentuer le virage ambulatoire pour la prestation de services à la clientèle âgée : soins de jour/hôpital virtuel, services du Programme extra-mural, etc. ▶ Consolider les services avec l'appui de médecins de famille dont la pratique est orientée sur des services gériatriques ▶ Développer davantage le soutien à distance par la télémédecine et la consultation téléphonique 			

Services spécialisés liés aux disciplines médicales

Année 1 Année 2 Année 3
À confirmer

Neurologie

- ▶ Profiter du recrutement récent de deux nouveaux neurologues, de la reconnaissance du programme de neurologie (département régional de neurologie francophone) ainsi que des objectifs du plan de rattrapage en faveur du Réseau de santé Vitalité pour développer le Centre des maladies rares
- ▶ Offrir une couverture provinciale pour les services de garde et maintenir le modèle de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau
- ▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement l'hôpital de jour
- ▶ Organiser des services multidisciplinaires dans les cliniques externes des hôpitaux communautaires, pour le suivi des maladies chroniques (maladies neuromusculaires)
- ▶ Évaluer l'accès aux services de TEP/TDM pour le programme de neurologie

Les services à consolider

Cardiologie

- ▶ Maintenir le modèle actuel pour les services de garde et les services d'hospitalisation, basé sur la hiérarchisation des services (médecin de famille-médecine interne-cardiologue)
- ▶ Maintenir les corridors de transfert actuels pour les services tertiaires (vers Georges-Dumont pour la population du nord-est de la province et de Moncton, et vers le Québec, pour la population du nord-ouest)
- ▶ Créer un corridor de transfert pour les IRM cardiaques vers le CHUGLD
- ▶ Rehausser le niveau de services multidisciplinaires dans les hôpitaux communautaires, les centres ambulatoires et les cabinets médicaux pour les services liés à l'insuffisance cardiaque et les problèmes vasculaires (dans un but de réduction du recours à l'hospitalisation)
- ▶ Uniformiser les pratiques au sein du Réseau (diagnostic et traitement)
- ▶ Finaliser l'étude d'analyse de besoins pour laboratoire de cathétérisme cardiaque au sein du Réseau Vitalité

Endocrinologie

- ▶ Maintenir le modèle actuel de couverture de garde et de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau
- ▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement

Services spécialisés liés aux disciplines médicales

Année 1 Année 2 Année 3
À confirmer

<p>l'hôpital de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Organiser des services multidisciplinaires dans toutes les communautés, dans les cliniques, pour le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension, hyperlipidémie, obésité) ▶ Renforcer le lien formel du Réseau de santé Vitalité avec le Programme extra-mural ▶ Développer des équipes multidisciplinaires avec les médecins dans les cliniques 	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><i>Gastro-entérologie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel de couverture de garde et de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau ▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement l'hôpital de jour ▶ Renforcer le lien formel du Réseau de santé Vitalité avec le Programme extra-mural ▶ Organiser des services multidisciplinaires dans des endroits stratégiques des hôpitaux communautaires en fonction des volumes pour se rapprocher des patients et améliorer le suivi des maladies chroniques (maladies inflammatoires du système digestif) ▶ Faire reconnaître le déséquilibre dans l'allocation des ressources médicales en gastro-entérologie dans la province 	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><i>Médecine familiale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel de couverture de garde et de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau ▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> • Services de physiothérapie, ergothérapie, inhalothérapie près de la population (ex. : Centres de santé communautaires ou cliniques multidisciplinaires dans la communauté) • Centre de santé communautaire dans la zone de Restigouche • Services de traitement des dépendances dans Restigouche ▶ Renforcer le lien formel du Réseau de santé Vitalité avec le Programme extra-mural ▶ Redéfinir l'offre de service du médecin de famille (à renforcer vers les services en communauté) et rendre plus flexible le modèle de collaboration entre médecins de famille et spécialistes à l'hôpital ▶ Explorer la possibilité d'accroître les interventions des professionnels (incluant les médecins) auprès de groupes de 	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

Services spécialisés liés aux disciplines médicales

Année 1 Année 2 Année 3
À confirmer

patients dans les services en communauté	
<i>Médecine interne</i>	
▶ Maintenir le modèle actuel de couverture de garde et de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau	
▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement l'hôpital de jour	
▶ Organiser des services multidisciplinaires dans les communautés où le volume le justifie, pour le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension, hyperlipidémie, obésité)	
▶ Renforcer le lien formel du Réseau de santé Vitalité avec le Programme extra-mural	
<i>Néphrologie</i>	
▶ Maintenir le modèle d'avant-garde d'organisation de services	
<i>Oncologie</i>	
▶ Maintenir le modèle d'avant-garde d'organisation de services	
▶ Examiner les modalités optimales de fonctionnement pour assurer le maintien des compétences des équipes dans les milieux où le volume d'activités est faible	
<i>Pneumologie</i>	
▶ Maintenir le modèle actuel de couverture de garde et, à court terme, le modèle de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau	
▶ À moyen terme, évaluer la pertinence de maintenir les services d'hospitalisation dans certains centres communautaires	
▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement l'hôpital de jour	
▶ Organiser des services multidisciplinaires dans toutes les communautés, dans les cliniques, pour le suivi des maladies chroniques (MPOC at autres troubles respiratoires), intégrer l'infirmière navigatrice dans le modèle d'organisation des soins et accroître l'accès au Programme extra-mural	
<i>Psychiatrie</i>	

Services spécialisés liés aux disciplines médicales

Année 1 Année 2 Année 3
À confirmer

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Poursuivre la consolidation du modèle actuel d'organisation de services en conformité avec le Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018 ▶ Poursuivre l'intégration des services de santé mentale avec les soins de santé primaire ▶ Poursuivre le développement d'unités de soins dédiées à la pédopsychiatrie dans les quatre hôpitaux régionaux ▶ Sous le leadership de l'équipe de psychiatres de la région Beauséjour, développer le modèle et le projet pilote (avant un déploiement régional) de mise en place d'un hôpital de jour afin de prévenir les hospitalisations ▶ Sous le leadership des psychiatres de la région Beauséjour et avec une vision de déploiement régional, développer et mettre en place un programme de gérontopsychiatrie, en collaboration avec les foyers de soins, afin de prévenir des hospitalisations ▶ Développer et mettre en place un programme de traitement des dépendances aux opiacés dans le nord du territoire 	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><i>Rhumatologie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir une couverture provinciale pour les services de garde et maintenir le modèle de répartition des services hospitaliers au sein du Réseau ▶ Accentuer le virage ambulatoire et le recours aux solutions de rechange à l'hospitalisation, particulièrement l'hôpital de jour ▶ Organiser des services multidisciplinaires dans toutes les communautés où le volume le justifie, pour le suivi des maladies chroniques (Maladies inflammatoires, etc.) ▶ Développer les services de rhumatologie dans le nord de la province 	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><i>Soins Mère-enfant</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation des services axé sur la hiérarchisation des soins et les services de proximité en gynécologie, en pédiatrie, en pédopsychiatrie et en périnatalité ▶ Accroître l'accessibilité aux services ambulatoires dans les communautés des différentes zones ▶ Formaliser les corridors de services avec les partenaires hors province pour les services surspécialisés en français (ex. : CHUL-Québec/Ste-Justine, services en français au IWK) ▶ Favoriser l'accès à plus de services tertiaires en pédiatrie 	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 20px; width: 100%;"></div>

Services spécialisés liés aux disciplines médicales	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
	<i>À confirmer</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer l'expertise en santé foeto-maternelle et en périnatalogie au sein du Réseau de santé Vitalité (ex. : internistes/diabète gestationnel, gynécologue en échographie - morphologie fœtale) ▶ Renforcer les partenariats intersectoriels (avec le milieu scolaire, les secteurs relevant des ministères du Développement social et de la Justice) 			
<i>Urgence</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation de services, dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux communautaires ▶ Examiner la possibilité de réduire le nombre de patients de niveau de priorité 4 et 5 et les rediriger vers les cabinets privés 			

8.1.3 Faits marquants pour l'organisation proposée des services diagnostiques

Services diagnostiques	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
	<i>À confirmer</i>		
<i>Laboratoires</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation des services sur une base régionale, appuyé sur une coordination des activités au sein du Réseau ▶ Consolider le laboratoire de référence en virologie en Centre d'Excellence pour la virologie ▶ Consolider le laboratoire de référence pour les bactéries multirésistantes ▶ Consolider le programme de dons d'organes ▶ Consolider le programme provincial PACU/ERAP ▶ Poursuivre les travaux d'harmonisation sur les tests de laboratoire et la liste des tests disponibles dans les centres ▶ Organiser des services de phlébotomie dans toutes les zones ▶ Moderniser le système d'information (technologie) pour améliorer l'accessibilité aux données entre les sites ▶ Élaborer un plan de travail pour la mise en place des recommandations d'amélioration de la coordination régionale des activités et des processus 			

<i>Services diagnostiques</i>	<i>Année 1</i>	<i>Année 2</i>	<i>Année 3</i>
	<i>À confirmer</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer des niches d'expertise en pathologie au sein du Réseau (ex. : dermatopathologie) 			
<i>Maladies infectieuses</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir le modèle actuel d'organisation de services, pour les laboratoires de microbiologie et les services cliniques en maladies infectieuses, incluant les programmes pour les services provinciaux 			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consolider les services ambulatoires (cliniques externes) pour les maladies infectieuses : antibiothérapie, soins de plaies, VIH, hépatite B et hépatite C et accroître le recours à la télémédecine 			
<i>Imagerie médicale</i>			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Finaliser, pour chacune des modalités techniques d'imagerie, l'analyse visant à confirmer le nombre d'appareils requis et leur répartition au sein du Réseau 			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centraliser la gestion des rendez-vous et uniformiser le type de requêtes utilisées au sein du Réseau 			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer et diffuser des protocoles et guides à l'intention des médecins de famille pour faciliter leur prise de décision dans le choix des modalités techniques d'imagerie d'investigation 			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accroître le recours aux soins de jour (hôpital de jour) pour l'investigation clinique en imagerie 			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre en place les mécanismes offerts par la technologie disponible au sein du Réseau pour permettre une garde régionale 			

8.2 RÉPARTITION PROPOSÉE DES SERVICES SUR LE TERRITOIRE DU RÉSEAU VITALITÉ

Le modèle d'organisation des services spécialisés comprend les services médicaux et les services professionnels. Il porte sur l'ensemble du continuum, du milieu communautaire du milieu hospitalier, en passant par les services à domicile.

Le tableau illustre sur plusieurs pages la répartition des services spécialisés visée par le PSC pour les services spécialisés chirurgicaux, médicaux et de services diagnostiques.

Tableau 15 : Offre de services spécialisés proposée sur l'ensemble du territoire

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux communautaires					Corridor de services
					Georges-Dumont	Edmund-ston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	
Médecine familiale														
Cliniques maladies chroniques	X	X												
Cliniques externes				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Clinique mammographie				X	X	X	X				X			
Ostéodensitométrie				X	X	X	X							
Endoscopie (* a été soulevé comme possibilité)				X	X	X	X		*	*	X		X	
Urgence														
Cliniques externes				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ECG				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Inhalothérapeute 24/24				X	X	X	X	X			X		X	
Endoscopie, gastroscopie, colonoscopie				X	X	X	X							
Hospitalisation				X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Services de chirurgie et autres spécialités				X	X	X	X							
Télé médecine dans spécialité applicable				X	X	X	X							
Télé AVC				X	X	X	X						X	
Trauma - Niveau 3, thrombolyse				X	X	X	X							
Trauma - Niveau 5								X	X	X	X	X	X	
Médecine interne														
Cliniques externes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cardiologie														
Clinique d'insuffisance cardiaque		X		X	X	X	X							
Télé santé (monitorage à distance par PEM)	X													
Réadaptation		X												
Cliniques externes				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ECG, Tapis roulant, Holter				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Écho cardiaque, Stress Echo, ETO (cardio)				X	X	X	X							

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux communautaires					Corridor de services	
					Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque		Tracadie-Sheila
Lecture CT angio cardiaque				X											
MIBI (cardiologie nucléaire)				X	X		X								
MRI cardiaque				X											
Stimulateur cardiaque				X	X	X	X								
Hospitalisation				X	X	X	X								
Électrophysio															X
Cath lab				X											X
Transplantation															X
Gériatrie															
Services à domicile (aide, soins infirmiers, physio, ergo) PEM	X														
Clinique du vieillissement		X													
Services d'infirmière spécialisée ou praticienne		X													
Hôpital de jour		X													
Cliniques externes				X	X	X	X								
Interventions spécialisées				X	X	X	X								
Hospitalisation				X	X	X	X								
Néphrologie															
Hémodialyse	X	Miramichi	Dalhousie	X	X		X								
Dialyse péritonéale (enseignement dans les hôpitaux)	X														
Dialyse aiguë				X (+ à Moncton City)	X		X						X		
Cliniques externes				X	X		X								
Réadaptation				X	X		X								
Vasculaire, fistule				X	X										
Biopsie				X	X		X								
Radio-intervention				X											Horizon
Transplantation															Halifax Québec
Génie biomédical			X	X	X		X						X		
Hospitalisation				X	X		X								

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux			Hôpitaux communautaires						Corridor de services
					Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	
Pneumologie														
Clinique MPOC		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clinique antitabac		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Télésanté à domicile (PEM)		X												
Cliniques externes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spirométrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Laboratoire du sommeil				X Poly-somnographie	X Niveau 3	X Niveau 3	X Niveau 3							
Réadaptation pulmonaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bronchoscopie				X	X	X	X							
EBUS				X										
Laboratoire de fonction respiratoire				X	X	X	X		X				X	
Hospitalisation				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Biopsie transthoracique à l'aiguille				X	X	X	X							
Douleur-physiatrie														
Réadaptation, thérapie du mouvement		X												
Physiothérapie (PEM)	X													
Cliniques externes				X	X	X	X							
Physiothérapie et ergothérapie				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psychologues et travail social				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psychiatrie, dépendance				X	X	X	X							
Pharmacie				X	X	X	X							
Nutrition				X	X	X	X							
Clinique de stimulation de la moelle IMN fonctionnel				X										
Salles de monitoring avec infirmière pour perfusion thérapeutique				X	X	X	X							
Anesthésie														
Anesthésie				X	X	X	X							
Chirurgie générale														
Infirmière pivot (PEM)		X												
Infirmière pivot (cl. sein)				X	?	X	X							
Cliniques multidisciplinaires		X		X										

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux communautaires					Corridor de services
					Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	
Cliniques externes - Chirurgie générale				X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Cliniques externes - Vasculaire				X	X									
Cliniques externes - Thoracique				X	X		X							
Cliniques externes - Bariatrique				X			X							
Cliniques du sein				X		X	X							
Endoscopies, coloscopies, bronchoscopies				X	X	X	X	X	X	X			X	
ERCP				X										
Chirurgies mineures				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Bloc opératoire				X	X	X	X							
Diagnostic vasculaire				X	X									
Orthopédie														
Cliniques externes			Dalhousie	X	X	X	X	X						
Réadaptation/physiothérapie				X	X	X	X							
Cliniques de triage avec physiothérapeute								X	X	X	X	X	X	
Spécialités chirurgicales														
Cliniques externes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Lithotripsie				X	X	X	X	X	X	X				
Cystoscopie			X	X	X	X	X	X	X	X				
Cliniques externes en ophtalmologie			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cliniques externes en ORL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Hospitalisation en urologie				X	X	X	X							
Hospitalisation en urologie surspécialisée				X										
Hospitalisation en ORL				X	X	X	X							
Hospitalisation en ophtalmologie				X	X	X	X							
ORL pédiatrie complexe														Halifax
ORL oncologique complexe														Halifax
Ophtalmo complexe (rétine)														Halifax
Mère-enfant														
Clinique de suivi de grossesse				X	X	X	X							
Clinique GARE (grossesse à risque élevé)				X	X		X							

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux communautaires					Corridor de services
					Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	
Unité mère-enfant				X	X	X	X							
Salle d'évaluation				X	X	X	X							
Salle d'accouchement LDRP				X	X	X	X							
Salle de césarienne				X	X	X	X							
Unité néonatale (tous niveau 2)				X	X	X	X							
Unité de pédiatrie				X	X	X	X							
Unité foeto-maternelle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Service de génétique														X
Service de fertilité				X										X
Programme Provincial Trouble du				X										
Spectre de l'alcoolisation foetale				X Service provincial										
Programme oncologie pédiatrique				Apphon niveau 3	Apphon niveau?	Apphon niveau?	Apphon niveau?							
Programme diabète				X	X	X								
Programme obésité (Motivaction à Dalhousie et Georges-Dumont)			Dalhousie	X			X							
Programme santé ado				X										
Clinique de pédiatrie				X	X	X	X							
Pédopsychiatrie				X	X	X	X							
Services aux 0-6 ans				X	X	X	X							
Services aux 6-16 ans				X	X		X							
Services aux 16-18				X	X									
Chirurgie d'un jour				X	X	X	X							
Ultrason (échographie périnatale)				X	X	X	X							
EEG évaluation/sommeil				X			X							
Oncologie														
Cliniques externes				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Hospitalisation avec traitement oncologique				X										Moncton

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux communautaires					Corridor de services
					Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	
Hospitalisation pour patients oncologiques avec complications ou autres				X	X	X	X						?	
Soins palliatifs														
Soins palliatifs	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cliniques externes	X			X										
Réadaptation	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Thérapeutiques (ex. : sédation palliative)		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Radiothérapie palliative				X										
Chimio palliative		X		X	X	X	X		X	X	X			
Stent H				X	X	X	X							
Psychiatrie														
Centres de santé mentale communautaires		X												
Services de traitement des dépendances		X												
Cliniques externes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Neuropsychologue				X	X	X	X							
Pédopsychiatrie (selon 1B)				X	X	X	X							
Observations psy à l'urgence				X										
Hospitalisation				X	X	X	X							
Imagerie														
Radiographie générale et mobile			Dalhousie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Angiographie intervention				X										
Angiographie cardiaque par tomodensitométrie (AngioCT)				X	X	X	X							
DCS				X										
Échographie				X	X	X	X	X	X				X	
Échographie cardiaque pédiatrique				X			X							
Fast echo				X	X	X	X	?	X	X	X		X	
Imagerie par résonance magnétique (IRM)				X	X	X mobile	X							
IRM cardiaque				X										
IRM <18 mois (sous sédation)				X										X
Mammographie				X	X	X	X				X			

Service	À domicile	Dans la communauté	Centres communautaires	CHU				Hôpitaux régionaux							Corridor de services
				Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	Tracadie-Sheila	Hors Vitalité	
Médecine nucléaire				X	X		X								
PET/CT				X											
Tomodensitométrie (CT Scan)				X	X	X	X						X		
V/Q Scan				X	X		X								
Laboratoires															
Laboratoires (incluant I-Stat)				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Phlébotomie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pathologie (rapport standardisé)				X	X	X	X								
Dictée				X	X	X	X								

8.3 ORGANISATION PROPOSÉE DES SERVICES MÉDICAUX DE GARDE

Tableau 16 : Organisation proposée des services de garde sur l'ensemble du territoire

Groupe	CHU	Hôpitaux régionaux				Hôpitaux locaux					
	Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	Tracadie-Sheila	
Médecine familiale	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille				Médecin de famille	
Urgence (sans objet)											
Médecine interne	Médecin spécialiste ou interniste avec soutien	Interniste avec soutien	Interniste avec soutien	Médecin spécialiste ou interniste avec soutien	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	
Cardiologie	Interniste	Interniste	Interniste	Interniste	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	
Gériatrie	Gérialre	Médecin de famille avec soutien	Médecin de famille avec soutien	Médecin de famille avec soutien	Gérialre de la zone	Médecin de famille de la zone	Médecin de famille de la zone	Médecin de famille de la zone	Médecin de famille de la zone	Médecin de famille de la zone	

Groupe	CHU	Hôpitaux régionaux			Hôpitaux locaux					
	Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	Tracadie-Sheila
Néphrologie (soins urgents, sauf transplantation)	Néphrologue	Interniste	Interniste ou médecin de famille avec soutien ou transfert	Néphrologue	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert
Pneumologie	Pneumologue	Interniste	Interniste	Interniste	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert
Douleur-physiatrie (sans objet)										
Anesthésie	Anesthésiste	Anesthésiste	Anesthésiste	Anesthésiste						
Chirurgie générale	Chirurgien générale	Chirurgien générale	Chirurgien générale	Chirurgien générale	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert
Orthopédie	Orthopédiste partagé avec zone 1 Horizon	Orthopédiste	Orthopédiste partagé avec zone 7 Horizon	Orthopédiste partagé avec zone 7 Horizon						
Spécialités chirurgicales	Spécialiste et garde partagée avec Horizon	Spécialiste et entente de transfert avec autre province	Spécialiste et garde supra-zonale	Spécialiste et garde supra-zonale	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert
Obstétrique-gynécologie	Obstétricien-gynécologue	Obstétricien-gynécologue	Obstétricien-gynécologue	Obstétricien-gynécologue						
Pédiatrie	Pédiatre	Pédiatre	Pédiatre	Pédiatre	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert	Médecin de famille avec soutien ou transfert
Oncologie	À 100 % de garde pour les 3 spécialités (oncologie médicale, radio-oncologie, gynéco-oncologie). Les oncologues de Moncton sont toujours en appel. Radio-onco en appel à Moncton. Les communications sont faciles avec les oncologues. Bonne collaboration de tous les côtés.									
Soins palliatifs	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille
Psychiatrie	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre de la zone en télé-médecine	Psychiatre de la zone en télé-médecine	Psychiatre de la zone en télé-médecine	Psychiatre de la zone en télé-médecine	Psychiatre de la zone en télé-médecine	Psychiatre de la zone en télé-médecine
Imagerie	Radiologiste	Radiologiste	Radiologiste	Radiologiste	Radiologiste de la zone	Radiologiste de la zone	Radiologiste de la zone	Radiologiste de la zone	Radiologiste de la zone	Radiologiste de la zone
Médecine nucléaire	Nucléiste	Nucléistes de Bathurst et Edmundston								

	CHU	Hôpitaux régionaux			Hôpitaux locaux					
Groupe	Georges-Dumont	Edmundston	Campbellton	Chaleur	Stella-Maris-de-Kent	Grand-Sault	Saint-Quentin	Caraquet	Lamèque	Tracadie-Sheila
Labo – Pathologie	Pathologiste	Pathologiste	Pathologiste	Pathologiste	Pathologiste de la zone	Pathologiste de la zone	Pathologiste de la zone	Pathologiste de la zone	Pathologiste de la zone	Pathologiste de la zone
Labo – Microbiologie et maladies infectieuses	Micro-biologiste	Médecin de famille ou interniste avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille ou interniste avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille ou interniste avec l'appui téléphonique et du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD	Médecin de famille avec l'appui téléphonique du CHUGLD

Note : Soutien = accès au besoin à une consultation téléphonique ou de télémédecine auprès du médecin de garde dans la spécialité pour le réseau

8.4 FAITS MARQUANTS SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

8.4.1 Enseignement

Les médecins du Réseau de santé Vitalité sont impliqués dans la formation doctorale et postdoctorale, principalement au CHU Dr-Georges-L.-Dumont, mais également dans les hôpitaux des autres zones du territoire.

Des stagiaires sont accueillis dans les hôpitaux des différentes zones du territoire dans plusieurs disciplines professionnelles, à degrés variables selon les zones et les disciplines.

Les principales orientations sont les suivantes :

- ▶ Poursuivre les activités selon le modèle actuel en intensifiant la coordination régionale des activités;
- ▶ Intensifier l'implication du Réseau dans les activités d'enseignement et renforcer son rôle à l'échelle provinciale;
- ▶ Augmenter la capacité physique et clinique d'accueil des stagiaires dans les cliniques externes au CHU Dr-Georges-L.-Dumont.

8.4.2 Recherche

Les médecins et professionnels Réseau de santé Vitalité sont impliqués dans les activités de recherche. Leur degré d'implication est variable selon les disciplines.

Les activités sont réalisées principalement au CHU Dr-Georges-L.-Dumont, mais il se fait des projets de recherche dans les autres zones du territoire de Vitalité.

Bien que des projets de recherche fondamentale soient menés avec l'Université de Moncton, la plupart des projets en cours au sein du Réseau sont du domaine de la recherche appliquée ou des essais cliniques.

Les principales orientations sont les suivantes :

- ▶ Poursuivre les activités selon le modèle actuel en intensifiant la coordination régionale des activités;
- ▶ Ajuster le niveau de ressources dans certains secteurs, en fonction des priorités du Réseau quant aux axes de recherche et aux modalités de recherche privilégiées;
- ▶ Maintenir la participation de l'ensemble des zones du territoire dans les projets pour favoriser de meilleurs échantillonnages de patients;
- ▶ Améliorer l'efficacité du comité d'éthique de la recherche au sein du Réseau de santé Vitalité.

RÉFÉRENCES

- ▶ Agence de la santé publique du Canada. Prévention des maladies chroniques: Plan stratégique 2013-2016. Avril 2013.
- ▶ Association canadienne de soins palliatifs. La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada, Gouvernement du Canada. *Intégrer la philosophie des soins palliatifs à la gestion des maladies chroniques limitant l'espérance de vie: qui, comment et quand?*, L'initiative d'intégration « Aller de l'avant » (2013).
- ▶ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association médicale canadienne et Groupe d'intervention action santé. Intégration: La nouvelle orientation des soins de santé canadiens; Rapport sur le Sommet des fournisseurs de la santé. Novembre 2013.
- ▶ Association médicale canadienne: Dialogue national 2011
- ▶ Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B. et Underhill, L. The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7,1,73-82 (2003)
- ▶ Brault, I. & D. A. Roy (2008). « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. » *Pratiques et Organisation des soins* 39(3): 167-173.
- ▶ Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick: initiative d'engagement du citoyen : Notre santé, nos perspectives, nos solutions
- ▶ Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, no 2, 2001, pp.38-52.
- ▶ Deloitte: 2011 Survey of Health Care Consumers in Canada
- ▶ Four Pillars: Recommendations for Achieving a High Performing Health System, Ontario Hospital Association, 2011
- ▶ Gouvernement du Québec. Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral: Orientations ministérielles 2013-2018, (2013).
- ▶ HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future, PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute
- ▶ Institut national de santé publique du Québec, (2012). Premier portrait de la multimorbidité à partir des données administratives, Collection Surveillance des maladies chroniques, Institut national de santé publique du Québec, à paraître.
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Services de santé et médecine universitaire. Québec. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. 2012.
- ▶ Organisation mondiale de la santé (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs, rapport mondial*, 105 p.
- ▶ Organisation mondiale de la santé (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*.
- ▶ Organisation mondiale de la santé (2011). *Chronic diseases*. En ligne (juillet 2012): http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/index.html

- ▶ Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion: Concepts et mesures de la continuité de soin. Ottawa, Canada: Canadian Foundation for Healthcare Improvement/Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2002.

ANNEXE : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DE LA CONSULTATION PORTANT SUR L'ORGANISATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Voir fichier PDF « PSC Annexe »



En route

vers la modernisation
et la transformation du système de santé

Plan stratégique

• **2017-2020** •



Leader francophone
au service de ses collectivités



Table des matières

En route vers la modernisation et la transformation du système de santé	3
Tableau synoptique	4
Contexte	6
Méthodologie	6
Description de l'organisation	7
Analyse des environnements	8
Image de marque	9
Mission	9
Vision	9
Valeurs	10

Orientations stratégiques :

1. Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population.....	14
2. Nous offrirons des services de santé primaires en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne.	15
3. Nous assurerons l'équité dans l'accès aux soins et aux services sur l'ensemble du territoire du Réseau.....	19
4. Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence.....	23
5. Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.....	23
6. Nous favoriserons l'épanouissement et le perfectionnement du personnel et du corps médical du Réseau.....	27
7. Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des collectivités.....	30
Conclusion.....	31



En route vers la modernisation et la transformation du système de santé

Nous sommes heureux de vous présenter le Plan stratégique 2017-2020 du Réseau de santé Vitalité qui ouvre un nouveau chapitre dans l'histoire de notre organisation. Ce plan détaille quels seront nos principaux objectifs organisationnels pour les trois prochaines années et explique les stratégies de base pour les atteindre.

Fruit d'un processus coordonné et méthodique, ce plan est le principal document qui permet de communiquer à toutes les parties prenantes, qu'elles soient internes ou externes, les grandes orientations de notre organisation. Dans l'environnement d'aujourd'hui qui est en constante mutation, il est plus que nécessaire de bien planifier nos services afin d'atteindre les résultats escomptés.

L'exercice de planification stratégique qui a mené à l'élaboration de ce plan a également été l'occasion de renouveler nos énoncés de mission, de vision et nos valeurs, de même que de réaffirmer le caractère francophone de notre organisation avec l'ajout d'une signature à notre image de marque. Après avoir analysé notre environnement et les principaux enjeux auxquels nous sommes confrontés, sept grandes orientations stratégiques ont été formulées et constitueront la pierre d'assise de nos actions pour les trois années à venir. Chaque orientation est complétée par un ou des axes d'intervention privilégiés ainsi que des résultats stratégiques escomptés.

En terminant, nous soulignons la participation et l'engagement du personnel, des bénévoles et des médecins dans l'élaboration de ce plan, de même qu'un fort taux de participation de nos partenaires communautaires et du grand public lors de l'exercice de consultation. Nous remercions également les membres du Conseil d'administration pour leur confiance.

Résolument tourné vers l'avenir, ce plan ambitieux trace la voie vers la transformation et la modernisation du système de santé afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts, de mieux répondre aux besoins changeants de la population, et d'assurer la viabilité clinique et financière des services.

Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Président-directeur général

Tableau synoptique

<p>Mission Exceller dans l'amélioration de la santé de la population</p> <p>Vision Une population responsabilisée à l'égard de sa santé</p>	<p>Signature Leader francophone au service de ses collectivités</p> <p>Valeurs Respect • Compassion • Intégrité • Imputabilité • Équité • Engagement</p>
---	--

ENJEU 1	ENJEU 2	ENJEU 3	ENJEU 4	ENJEU 5	
L'amélioration des soins et des services de santé primaires intégrés et adaptés	L'adaptation des soins et des services de santé aux besoins et aux réalités variés de la population	L'amélioration continue de la qualité des soins et des services, de la sécurité et de la performance organisationnelle	L'engagement du personnel et du corps médical face à l'amélioration continue des pratiques cliniques, des soins et des services à la population	L'engagement du Réseau envers la population	
Orientations stratégiques			Orientations stratégiques		
Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population	Nous offrirons des services de santé primaires en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne	Nous assurerons l'équité dans l'accès aux soins et aux services sur l'ensemble du territoire du Réseau	Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence	Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau	Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des collectivités
Axes d'intervention			Axes d'intervention		
<p>a) Augmentation des programmes de promotion de la santé par l'entremise de plus de collaborations intersectorielles Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'appui du Réseau quant aux efforts intersectoriels de promotion de la santé touchant l'obésité et le tabagisme pour certaines populations cibles sera augmenté <p>b) Optimisation des programmes de prévention de la maladie Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le programme de prévention lié au traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé et les interventions seront améliorées 	<p>a) Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les services du Programme extra-mural seront optimisés Les services ambulatoires seront optimisés Les services communautaires seront optimisés Les continuums de soins et de services seront optimisés La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée <p>b) Uniformisation des pratiques exemplaires en gestion continue des maladies chroniques Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'application des guides de pratiques uniformisées de traitement en continu des maladies chroniques sera augmentée <p>c) Optimisation des services de santé mentale Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> On augmentera les services en santé mentale en utilisant des options axées sur la collectivité avant d'envisager un placement en établissement et en ayant recours à des groupes de soutien informels <p>d) Développement de l'approche de codécision avec les patients et leur famille dans la planification des soins et des services Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'approche patient partenaire sera systématisée comme pratique exemplaire auprès des patients souffrant de maladies chroniques et de leur famille L'approche de pédiatrie sociale centrée sur les besoins et les forces de l'enfant et de sa collectivité sera développée (interdisciplinarité et méthode plurisectorielle) 	<p>a) Amélioration de l'accès aux soins et services, notamment en milieu rural Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisation des services spécialisés de télésanté sera augmentée Les cliniques itinérantes seront augmentées <p>b) Développement d'un accès optimal aux ressources et services spécialisés Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'offre de services spécialisés (services médicaux et professionnels) sera augmentée <p>c) Adaptation des services aux besoins particuliers des aînés et des clientèles ciblées Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée <p>d) Participation des patients et de leur famille à la détermination des orientations du Réseau Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'approche patient partenaire sera mise en place au niveau stratégique de l'organisation 	<p>a) Maintien et amélioration de la culture d'évaluation et d'apprentissage Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée Les mesures d'évaluation de la qualité et de la performance organisationnelle seront davantage utilisées pour améliorer les pratiques professionnelles 	<p>a) Utilisation des données probantes et de pratiques innovantes Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des projets d'amélioration de la qualité seront élaborés par le personnel et le corps médical et appuyés par la direction <p>b) Soutien du mieux-être du personnel et du corps médical Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une stratégie d'enrichissement de la gestion participative sera mise en place Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant Une stratégie de réduction du nombre d'accidents de travail sera appliquée Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie Une stratégie de communication interne sera améliorée <p>c) Recrutement d'experts et maintien et amélioration des compétences Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté Un programme de développement du leadership organisationnel sera entamé Les jumelages entre les professionnels expérimentés et les nouveaux seront mis en place Une stratégie de recrutement sera établie et mise en œuvre 	<p>a) Poursuite de la participation des collectivités à l'établissement des besoins en matière de santé et à la détermination des priorités pour leur milieu Résultats stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats des évaluations des besoins des quatre collectivités ciblées (Bathurst, Edmundston, Campbellton et Moncton) et les plans de mise en œuvre qui en découlent seront communiqués aux personnes et aux paliers concernés La stratégie d'évaluation des besoins des collectivités sera revue <p>b) Information continue sur les services existants, capacités du Réseau et défis en matière de prestation de services Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une stratégie de communication en continu sera mise en place <p>c) Diffusion des pratiques exemplaires et des succès du Réseau Résultat stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> La reconnaissance et la célébration des résultats des pratiques exemplaires mises en œuvre dans le Réseau



Contexte

Le Réseau de santé Vitalité est l'une des deux régions régionales de la santé de la province qui ont été créées en vertu de la *Loi sur les régions régionales de la santé*. Le mandat législatif des régions régionales de la santé est défini dans cette loi. Il comprend la double responsabilité de la prestation et de l'administration des services de santé dans les régions pour lesquelles les régions ont été établies. Le Réseau de santé Vitalité a la particularité d'être une région ayant une gouvernance francophone qui doit offrir des services à la population dans les deux langues officielles.

Le Réseau en est à son deuxième exercice de planification stratégique depuis sa création en 2008. Il reconnaît l'évolution des besoins de la population et il doit composer avec les nouvelles orientations du gouvernement et les tendances en matière de santé. Dans ce contexte de mouvance, de changement et d'adaptation, l'élaboration d'un plan stratégique pour 2017-2020 devenait nécessaire. Il fallait actualiser la mission, la vision et les valeurs du Réseau, puis mobiliser les différents intervenants autour d'objectifs communs.

Méthodologie

Pour élaborer ce nouveau plan stratégique, nous avons effectué une cueillette de données en fonction des plans de développement antérieurs et actuels, de plusieurs rapports portant sur les besoins de la population et des données disponibles sur l'état de santé de la population.

Cette recherche nous a permis de concevoir une première version du plan stratégique et de conduire une large consultation. Des commentaires ont été recueillis dans le cadre de séances de réflexion avec des comités et des gestionnaires du Réseau, d'un sondage public en français et en anglais, d'entrevues auprès de partenaires et d'une retraite du Conseil d'administration.

Nous avons ainsi obtenu les commentaires et les opinions de plus de 900 personnes à propos de notre mission, de notre vision, de nos valeurs et des enjeux sur lesquels doit se pencher le Réseau s'il veut améliorer la santé de la population.

Le présent plan expose le consensus établi entre nos parties prenantes au sujet des éléments qu'elles considèrent incontournables pour l'obtention d'un système de santé qui répond adéquatement aux besoins de la population.

Description de l'organisation

Le Réseau de santé Vitalité est une régie régionale de la santé qui assure la prestation et la gestion des soins et des services de santé sur un territoire couvrant tout le nord et le sud-est du Nouveau-Brunswick.



Organisation unique au pays de par sa gestion francophone, le Réseau compte près de 70 points de service sur son territoire et il offre à la population un ensemble de soins et de services de santé dans la langue officielle de son choix :

- soins et services dans la collectivité et à domicile;
- soins aigus (hôpitaux);
- santé mentale et traitement des dépendances;
- santé publique;
- formation et recherche.

Le Réseau compte environ 7 400 employés à temps plein et à temps partiel, plus de 570 médecins, dont 269 spécialistes, et un peu plus de 1 000 bénévoles. Le budget du Réseau était de 626 millions de dollars en 2015-2016. Nos points de service sont répartis sur l'ensemble de notre territoire; il y a onze hôpitaux, dont cinq hôpitaux régionaux et six hôpitaux communautaires, neuf centres de santé, cinq cliniques, dix centres de santé mentale communautaires, quatre centres de traitement des dépendances, deux centres pour les anciens combattants, onze bureaux de santé publique et sexuelle et douze bureaux du Programme extra-mural.

Analyse des environnements

Lors d'un processus de planification stratégique, il est pertinent d'évaluer le contexte selon les environnements interne et externe de l'organisme. L'analyse de l'environnement interne a porté sur les forces, les faiblesses et les capacités. L'analyse de l'environnement externe a porté sur les contraintes, les occasions, les menaces (défis) et les tendances. Pour faire notre analyse, nous avons tenu compte de la documentation, de la consultation publique et des séances de réflexion. Le tableau qui suit résume les points majeurs de cette analyse.

	FORCES	FAIBLESSES
ENVIRONNEMENT INTERNE du Réseau de santé Vitalité	<ul style="list-style-type: none"> Plans de développement déjà en place au sein du Réseau (p. ex. plan d'action vers une répartition équitable des services de santé, plan des services cliniques, plan de transformation et de modernisation, plan régional de santé et d'affaires) Analyses complétées des besoins avec la participation des collectivités Reconnaissance de la vocation universitaire et de recherche Priorités du Réseau étant reliées avec celles du gouvernement provincial Réseau ayant une gestion francophone et offrant des services bilingues Personnel centré sur les besoins de la population 	<ul style="list-style-type: none"> Instabilité de la structure organisationnelle depuis 2008 Structure organisationnelle jeune Investissement insuffisant sur le plan du perfectionnement professionnel Promotion manquante des valeurs organisationnelles Recrutement difficile (certaines professions) Ressources restreintes pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé Essoufflement du personnel en raison des multiples changements Absence d'un plan des technologies de l'information et de gestion des services de technologie par une tierce partie
ENVIRONNEMENT EXTERNE du Réseau de santé Vitalité	OCCASIONS <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des données rendues disponibles par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick Appui favorable et collaboration souhaitée des partenaires Agrément – Agrément Canada Appui de la population acadienne et francophone pour un réseau ayant une gestion francophone Mouvement général pour des soins de santé primaires forts et l'amélioration de la gestion des maladies chroniques Volonté de rapprochement et de collaboration avec le ministère du Développement social Volonté du gouvernement fédéral d'investir dans les soins à domicile et la santé mentale Contexte actuel favorable à l'innovation Participation des patients à tous les niveaux de l'organisation 	MENACES (défis) <ul style="list-style-type: none"> État de santé inférieur à la moyenne canadienne (obésité, tabac, habitudes de vie, etc.) Population vieillissante Clientèle dispersée sur un grand territoire et exode rural Possibilité de privatisation du Programme extra-mural et d'autres services Une des populations les moins bien nanties au Canada Réduction des dépenses dans le domaine de la santé, qui représentent 40 % du budget provincial Réduction possible des transferts fédéraux en santé

Image de marque

Le Réseau a la particularité d'être une régie ayant une gouvernance francophone qui doit offrir à la population des services dans les deux langues officielles. Il a choisi de faire ressortir cette particularité en ajoutant une signature à son logo afin de modifier son image de marque :



Leader francophone au service de ses collectivités
Francophone leader serving its communities

Mission

La mission décrit la raison d'être de l'organisation. Notre mission :

Exceller dans l'amélioration de la santé de la population.

Nous offrirons des soins et des services de santé de qualité, qui répondront aux besoins de la population, et nous stimulerons et appuierons l'engagement de notre personnel, du corps médical et de nos partenaires.

Vision

La vision est une projection ambitieuse et inspirante qui décrit clairement ce que nous voulons atteindre comme cible. Elle mobilise les efforts de tous vers l'atteinte des résultats souhaités. Notre vision :

Une population responsabilisée à l'égard de sa santé

Le Nouveau-Brunswick vit des défis importants en matière de santé puisque globalement les statistiques démontrent un état de santé moindre qu'ailleurs au Canada. Même si le Réseau désire exceller en matière de soins et de services de santé, il ne pourra à lui seul régler tous les problèmes de santé.

La clé du succès demeure une population responsabilisée qui prend en charge sa santé. De son côté, le Réseau s'engage à investir davantage en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé, à mieux outiller les gens et à travailler en collaboration avec ses partenaires.



Valeurs

Les valeurs imprègnent la culture organisationnelle. Elles encadrent et guident les comportements et les pratiques quotidiennes du personnel, du corps médical et des bénévoles. Nos valeurs :

Respect

Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute et nous favorisons le dialogue. Nous tenons compte des différences individuelles, culturelles et intergénérationnelles.

Compassion

Nous faisons preuve d'empathie envers les autres et nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.

Intégrité

Nous sommes honnêtes et dignes de confiance et nous protégeons la vie privée.

Imputabilité


Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.

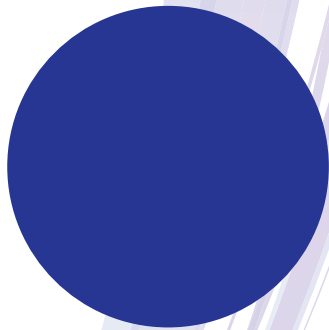
Équité

Nous offrons des soins et des services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.

Engagement

Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et notre travail accompli. Nous célébrons nos succès.





L'amélioration des soins
et des services de santé
primaires intégrés
et adaptés

Le territoire du Réseau de santé Vitalité se caractérise principalement ainsi :

- Le territoire est globalement défavorisé dans le domaine socioéconomique et sur le plan de l'état de santé de la population, principalement dans les zones du Nord¹;
- La population du Nord est en déclin et elle comprend une proportion plus élevée de personnes âgées²;
- Le nombre de personnes ayant trois problèmes chroniques ou plus augmente présentement, d'où l'importance d'améliorer l'efficacité de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé³;
- Les distances à parcourir et les conditions routières difficiles durant les mois d'hiver constituent des limites incontournables à l'accès aux services pour les résidents de la province⁴.

Par ailleurs, selon la fiche de rendement publiée par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) en novembre 2016, la province a obtenu la note D pour son rendement (durée moyenne de séjour, hospitalisation évitable et utilisation des lits de soins aigus par des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins). Le CSNB attribue cette faible note à « l'utilisation des ressources des soins aigus pour des services qui seraient mieux assurés par des soins primaires ou de longue durée »⁵.

Les réalités sociodémographiques ont un réel impact financier sur le système de santé et sa viabilité, et le Réseau doit redoubler d'efforts pour assurer une gestion efficiente de ses ressources. Dans son plan des services cliniques⁶ et en cohérence avec le schéma stratégique du système de santé, le Réseau propose la vision et les orientations suivantes :

1 Réseau de santé Vitalité, Plan régional de santé et d'affaires, annexe Plan des services cliniques, page 38.

2 Idem.

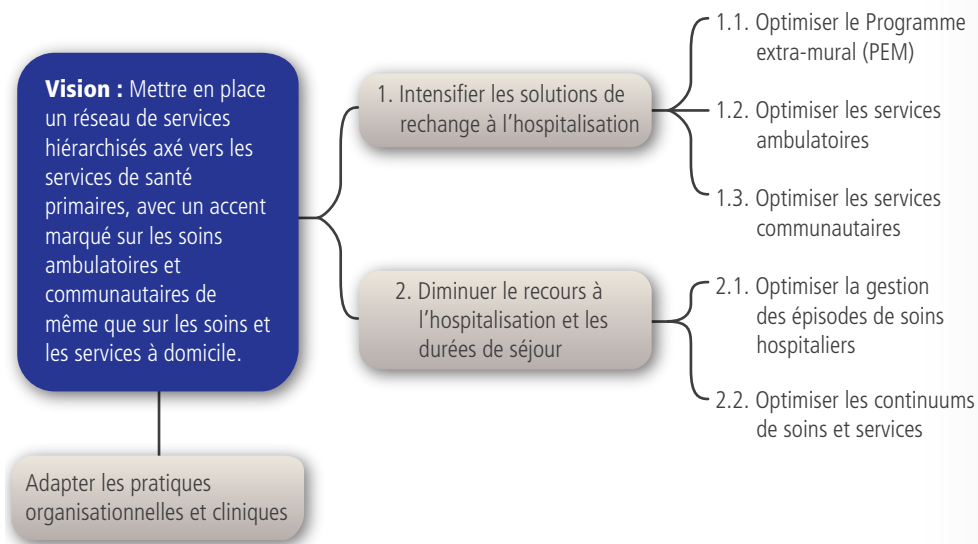
3 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Rapport : Les problèmes de santé chroniques et la qualité des services de santé : les besoins sont-ils satisfaits?, octobre 2016.

4 Réseau de santé Vitalité, Plan régional de santé et d'affaires, annexe Plan des services cliniques, page 39.

5 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2016.

6 Réseau de santé Vitalité, Plan régional de santé et d'affaires, annexe Plan des services cliniques, page 68.

Finalité → Améliorer la performance et la viabilité du Réseau de santé Vitalité



Enfin, la répartition des déterminants de la santé⁷ est la suivante :

- Services de santé : 10 %
- Facteurs sociaux et économiques : 40 %
- Comportements liés à la santé : 40 %
- Environnement : 10 %

Ceci dit, force est d'admettre que l'amélioration de la santé dépasse le mandat du Réseau. Par conséquent, la participation de partenaires, comme le milieu scolaire, les collectivités et le ministère du Développement social, ainsi que la responsabilisation des gens à l'égard de leur propre santé sont requises.

⁷ Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Reconnaître et cibler les priorités en santé de la population, avril 2016, page 2.

Orientation stratégique

1 Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population.

Axes d'intervention

Résultats stratégiques

Augmentation des programmes de promotion de la santé par l'entremise de plus de collaborations intersectorielles

- ▶ 1. L'appui du Réseau quant aux efforts intersectoriels de promotion de la santé touchant l'obésité et le tabagisme pour certaines populations cibles sera augmenté.

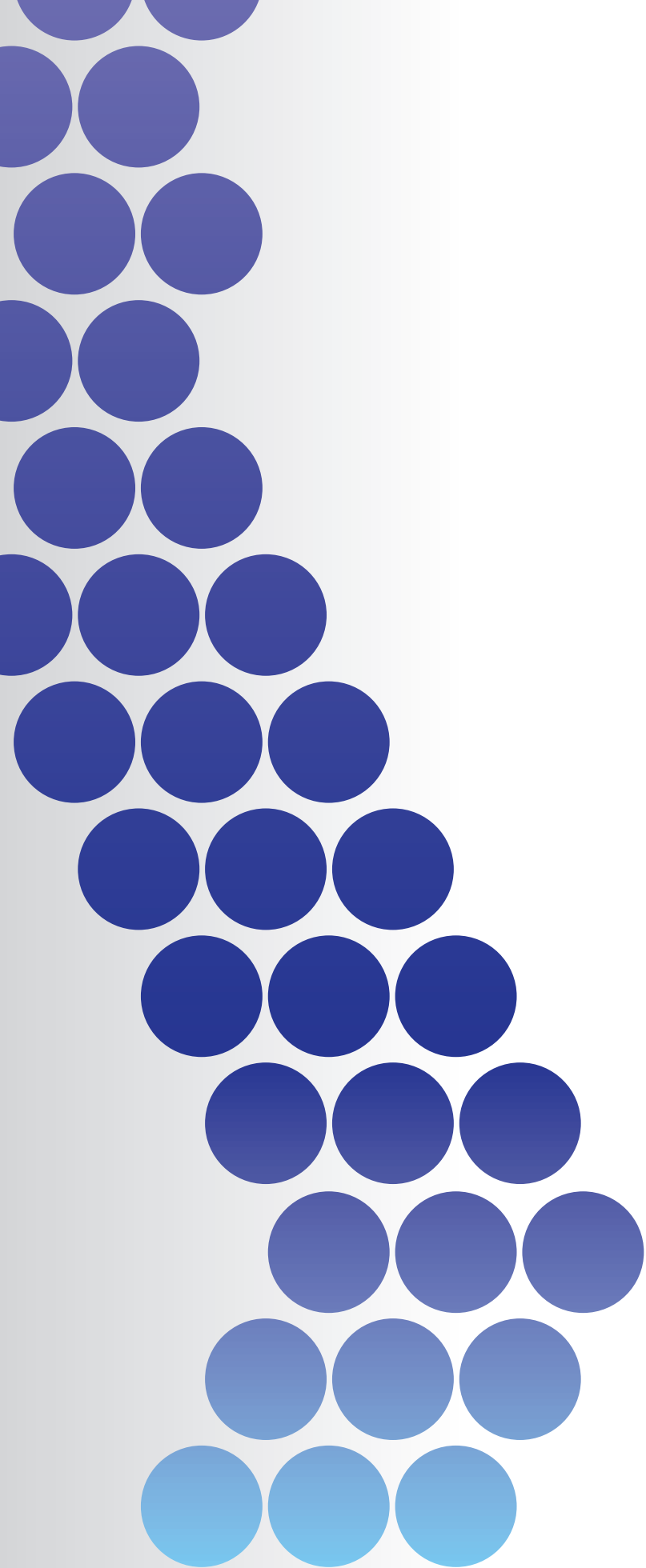
Optimisation des programmes de prévention de la maladie

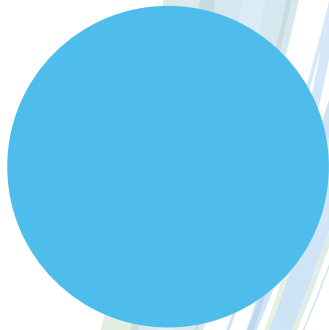
- ▶ 1. Le programme de prévention lié au traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé et les interventions seront améliorées.

Orientation stratégique

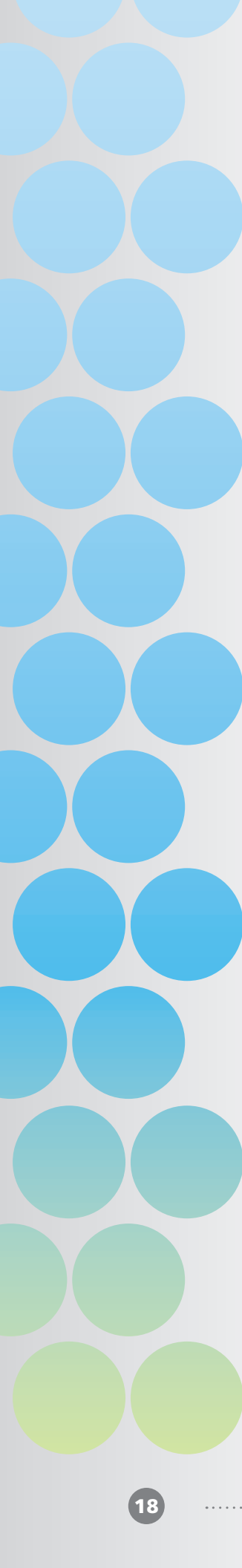
2 Nous offrirons des services de santé primaires en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne.

Axes d'intervention	Résultats stratégiques
Intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">1. Les services du Programme extra-mural seront optimisés.2. Les services ambulatoires seront optimisés.3. Les services communautaires seront optimisés.4. Les continuums de soins et de services seront optimisés.5. La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée.
Uniformisation des pratiques exemplaires en gestion continue des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none">1. L'application des guides de pratiques uniformisées de traitement en continu des maladies chroniques sera augmentée.
Optimisation des services de santé mentale	<ul style="list-style-type: none">1. On augmentera les services de santé mentale en utilisant des options axées sur la collectivité avant d'envisager un placement en établissement et en ayant recours à des groupes de soutien informels.
Développement de l'approche de codécision avec les patients et leur famille dans la planification des soins et des services	<ul style="list-style-type: none">1. L'approche patient partenaire sera systématisée comme pratique exemplaire auprès des patients souffrant de maladies chroniques et de leur famille.2. L'approche de pédiatrie sociale centrée sur les besoins et les forces de l'enfant et de sa collectivité sera développée (interdisciplinarité et méthode plurisectorielle).





L'adaptation des soins
et des services de santé
aux besoins et aux réalités
variés de la population



L'accessibilité aux services constitue un enjeu de taille pour le Réseau étant donné la répartition de la clientèle sur un territoire dispersé et la réalité d'une population vieillissante dont la mobilité est souvent réduite. Le Réseau doit donc mettre en œuvre des solutions efficaces permettant une meilleure proximité des services, notamment pour les services spécialisés.

Par ailleurs, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick attribue la note C quant à l'équité et à l'accessibilité¹. Le Plan d'action quinquennal pour la répartition équitable des services (plan de rattrapage) du Ministère a pour but d'améliorer la répartition des services pour la population francophone de la province². Ainsi, des services, nouveaux ou élargis, sont ou seront davantage accessibles pour la population faisant partie du territoire du Réseau.

Enfin, les normes d'Agrément Canada insistent sur le fait que « l'utilisateur et sa famille constituent de véritables partenaires dans la prestation des services. Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille s'avèrent une approche qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services »³.

1 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2016.

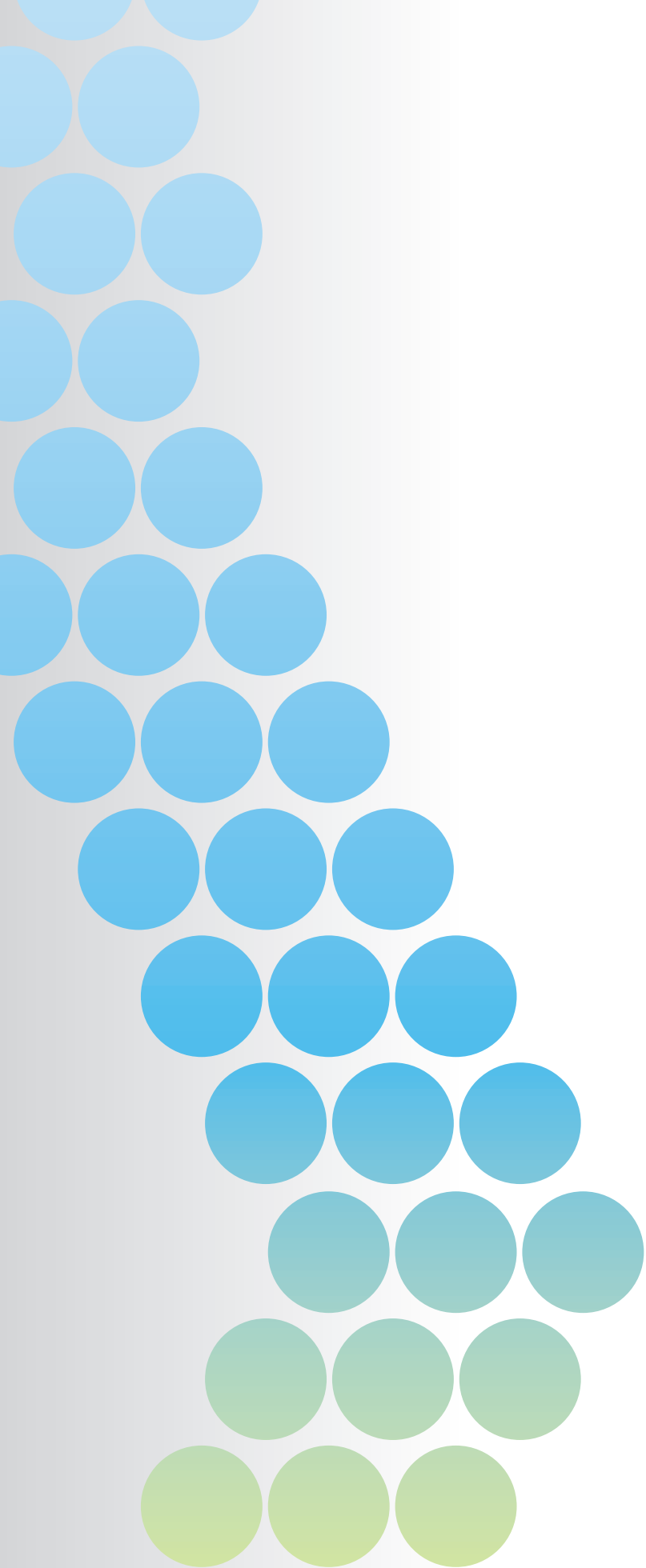
2 Province du Nouveau-Brunswick, Plan provincial de la santé 2013-2018, Rebâtir les soins de santé ensemble, page 16.


3 Agrément Canada, Normes de gouvernance, janvier 2016, page 1.

Orientation stratégique


3 Nous assurerons l'équité dans l'accès aux soins et aux services sur l'ensemble du territoire du Réseau.

Axes d'intervention	Résultats stratégiques
Amélioration de l'accès aux soins et services, notamment en milieu rural	<ul style="list-style-type: none">1. L'utilisation des services spécialisés de télésanté sera augmentée.2. Les cliniques itinérantes seront augmentées.
Développement d'un accès optimal aux ressources et aux services spécialisés	<ul style="list-style-type: none">1. L'offre de services spécialisés (services médicaux et professionnels) sera augmentée.
Adaptation des services aux besoins particuliers des aînés et des clientèles ciblées	<ul style="list-style-type: none">1. La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée.
Participation des patients et de leur famille à la détermination des orientations du Réseau	<ul style="list-style-type: none">1. L'approche patient partenaire sera mise en place au niveau stratégique de l'organisation.





L'amélioration continue de
la qualité des soins et des
services, de la sécurité
et de la performance
organisationnelle



Agrément Canada enjoint les établissements de faire de la culture d'amélioration de la qualité une priorité stratégique à l'échelle organisationnelle¹. Ceci inclut l'accroissement des compétences des équipes, du personnel et des patients afin qu'ils puissent participer activement à l'amélioration de la qualité. Pour y arriver, des ressources doivent être consacrées au développement de la culture et de projets d'amélioration. Le Réseau y consacre présentement des ressources, mais il devra déployer des efforts de coordination et de communication des connaissances pour atteindre un niveau supérieur.

Dans son modèle de transformation et de modernisation intégré dans le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019, le Réseau a pris l'engagement d'offrir des services basés sur une vision de performance globale, fondée sur des normes élevées de qualité ainsi que sur les données probantes². Ceci inclut la recherche de l'excellence clinique et l'efficacité mise au service de la qualité. Pour ce faire, le Réseau souhaite développer davantage sa vocation universitaire et de recherche et établir une culture d'évaluation et d'excellence.

1 Agrément Canada, Normes de leadership, janvier 2016, page 27.

2 Réseau de santé Vitalité, Plan régional de santé et d'affaires, annexe Plan des services cliniques, page 67.

Orientation stratégique

4 Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence.

Axes d'intervention

Maintien et amélioration de la culture d'évaluation et d'apprentissage

Résultats stratégiques

1. La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée.
2. Les mesures d'évaluation de la qualité et de la performance organisationnelle seront davantage utilisées pour améliorer les pratiques professionnelles.

Orientation stratégique

5 Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.


Axes d'intervention

Développement de la mission universitaire et de la recherche du Réseau


Résultats stratégiques

1. Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera élaboré et approuvé.
2. Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du centre hospitalier universitaire (CHU) et des centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) seront obtenues.
3. Le centre de médecine de précision sera établi.
4. Le programme postdoctoral en psychiatrie sera élaboré.
5. Le nombre d'essais cliniques sera doublé.





L'engagement du personnel
et du corps médical face à
l'amélioration continue des
pratiques cliniques, des soins
et des services à la population



Afin d'atteindre les résultats escomptés dans le cadre de la planification stratégique, le Réseau doit obtenir l'engagement du personnel et du corps médical et soutenir l'amélioration de leurs compétences.

À la lumière des résultats du dernier sondage Pulse¹ (sondage sur l'engagement du personnel et du corps médical) et de la consultation dans le cadre de l'élaboration du présent plan stratégique, les principaux besoins exprimés par le personnel concernent :

- Un meilleur accès à du perfectionnement professionnel;
- Une communication bidirectionnelle accrue avec le supérieur immédiat;
- La stabilisation de la structure organisationnelle;
- L'application des valeurs partout au sein du Réseau;
- Une meilleure prise en compte du mieux-être du personnel.

En outre, bien que le taux de roulement externe du personnel soit relativement faible au Réseau (environ 2 % excluant les retraites), il n'en demeure pas moins que les départs à la retraite en cours et à venir ainsi que le nombre de postes vacants représentent des défis pour le développement et le maintien des services. Les difficultés de recrutement se font particulièrement sentir pour certains professionnels, notamment les pharmaciens, les psychologues, les physiothérapeutes et les technologistes de laboratoire médical.

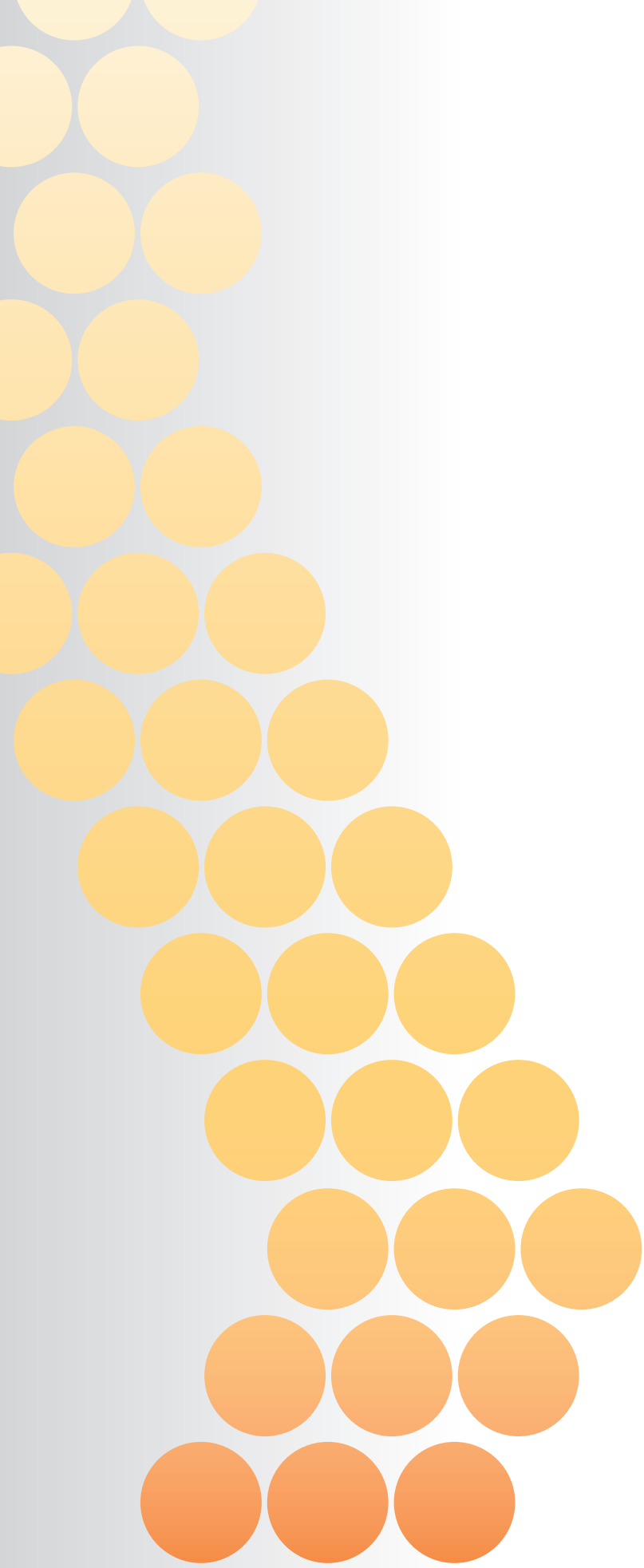
Des stratégies de recrutement et de maintien en poste doivent être mises de l'avant. Le développement des talents et des possibilités constitue un moyen précieux pour assurer une relève compétente, et ce, tant dans la prestation des services directs que dans la gestion des affaires du Réseau.

1 Résultats du sondage Pulse 2015 (Agrément Canada).

Orientation stratégique

6 Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau.

Axes d'intervention	Résultats stratégiques
Utilisation des données probantes et de pratiques innovantes	<ul style="list-style-type: none">1. Des projets d'amélioration de la qualité seront élaborés par le personnel et le corps médical et appuyés par la direction.
Soutien du mieux-être du personnel et du corps médical	<ul style="list-style-type: none">1. Une stratégie d'enrichissement de la gestion participative sera mise en place.2. Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant.3. Une stratégie de réduction du nombre d'accidents de travail sera appliquée.4. Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant.5. Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie.6. Une stratégie de communication interne sera améliorée.
Recrutement d'experts et maintien et amélioration des compétences	<ul style="list-style-type: none">1. L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté.2. Un programme de développement du leadership organisationnel sera entamé.3. Les jumelages entre les professionnels expérimentés et les nouveaux seront mis en place.4. Une stratégie de recrutement sera établie et mise en œuvre.





L'engagement du Réseau envers la population

Dans le plan des services cliniques et le plan de transformation et de modernisation, le Réseau a clairement indiqué son intention d'engager les collectivités, les partenaires et les patients et leur famille dans l'établissement des besoins et des priorités. Agrément Canada reconnaît également que les usagers et leur famille doivent avoir une place prépondérante dans la planification, la prestation et l'évaluation des services¹. Pour ce faire, le Réseau doit encourager la participation et la responsabilisation des gens sur son territoire.

De plus, l'importance que le Réseau établisse un processus de communication plus soutenu a été soulevée dans le cadre des consultations pour le plan stratégique.

Orientation stratégique

7 Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des collectivités.

Axes d'intervention

Résultats stratégiques

Poursuite de la participation des collectivités à l'établissement des besoins en matière de santé et à la détermination des priorités pour leur milieu

- ▶ 1. Les résultats des évaluations des besoins des quatre collectivités ciblées (Bathurst, Edmundston, Campbellton et Moncton) et les plans de mise en œuvre qui en découlent seront communiqués aux personnes et aux paliers concernés.
- 2. La stratégie d'évaluation des besoins des collectivités sera revue.

Information continue sur les services existants, capacités du Réseau et défis en matière de prestation de services

- ▶ 1. Une stratégie de communication en continu sera mise en place.

Diffusion des pratiques exemplaires et des succès du Réseau

- ▶ 1. La reconnaissance et la célébration des résultats des pratiques exemplaires seront mises en œuvre dans le Réseau.

¹ Agrément Canada – Normes de gouvernance.

Conclusion

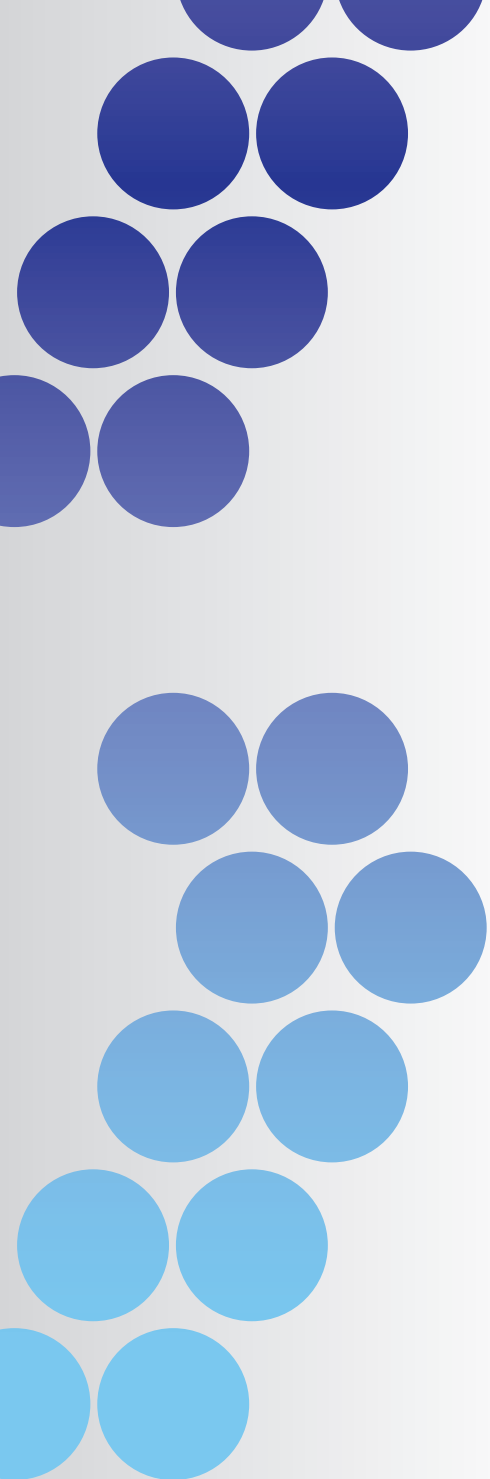
Notre approche pour concevoir le plan stratégique nous a permis de mobiliser les employés, les médecins, les administrateurs, les partenaires, les bénévoles ainsi que les membres de la collectivité autour d'une vision commune et des priorités établies pour les prochaines années. Étant donné le niveau élevé de participation, l'exercice a été un succès.



Nous sommes conscients des défis auxquels nous devons faire face, des forces du Réseau ainsi que des besoins de la population et des moyens requis pour l'aider à améliorer ou encore à maintenir sa santé.

En plus de pouvoir compter sur notre équipe dévouée, nous sommes heureux d'avoir la collaboration de nos partenaires pour pouvoir atteindre les résultats ciblés.

C'est alors avec confiance que nous cheminerons ensemble au cours des trois prochaines années.



Réseau de santé Vitalité • Siège social

275, rue Main
Bureau 600
Bathurst NB E2A 1A9

Téléphone : 1-888-472-2220 (sans frais)
Téléphone : 506-544-2133
Télécopieur : 506-544-2145

Courriel : info@vitalitenb.ca
Site Web : www.vitalitenb.ca

Le présent document est disponible sur le site Internet du Réseau de santé Vitalité.

Pour les employés du Réseau, il est également accessible sur le Boulevard.

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Cadre de référence des soins de santé primaire

Vous trouverez un Glossaire de l'organisation des services de santé inspiré du Plan de santé et d'affaires de Vitalité, des écrits ministériels du Gouvernement du Nouveau-Brunswick et du Canada ainsi que de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada.

Un autre document de référence potentiel est les Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Il est très important de s'entendre sur un cadre commun des soins de santé primaires afin de bien définir la mission de ces établissements et l'offre de services qui en découle.

Glossaire de l'organisation des services de santé

Les soins de santé primaires (version complète)

Les soins de santé primaires consistent en un concept vaste qui désigne une approche générale de prestation de services de santé axé sur des principes (Organisation mondiale de la santé, 2003). Les soins de santé primaires représentent autant une approche, une philosophie de soins qu'une stratégie pour promouvoir et protéger la santé des individus et des collectivités dans tous les lieux et à améliorer l'efficacité de la prestation des services (Aggawal et Hutchison, 2012; AIIC, 2015). Ils intègrent les soins et services au-delà du système de santé traditionnel, comprenant tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement, de manière à ce que les principes de soins de santé primaires puissent orienter le fonctionnement du système général (Organisation mondiale de la santé, 2003; Gouvernement du Canada, 2012). Ils organisent des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux de services du système de santé en mettant l'accent sur les soins de santé à l'échelle de la collectivité, où les fournisseurs de soins primaires soutiennent l'intégralité du continuum, de la naissance à la mort (Organisation mondiale de la santé, 2003; AIIC, 2015). Les soins de santé primaires fournissent des interventions sanitaires essentielles en fonction des besoins et des attentes de la communauté et positionnent les personnes soignées au centre de ces soins (Organisation mondiale de la santé, 1978, 2003).

Les principes essentiels des SSP, énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la Santé de 1978, sont les suivants :

- l'accessibilité;
 - la participation active du public;
 - la promotion de la santé ainsi que la prévention et la prise en charge des maladies chroniques;
 - l'utilisation des technologies appropriées et de l'innovation;
 - la collaboration intersectorielle.
- (Organisation mondiale de la santé, 1978, 2003, 2008).

Les principes des soins de santé primaires soutiennent la nécessité de fonder les décisions concernant l'organisation, le financement et la prestation des services de soins de santé basée sur des critères de la santé des populations (Organisation mondiale de la santé, 2003).

Les soins de santé primaires (version abrégée adaptée pour le Plan de santé et d'affaires de Vitalité)

Les soins de santé primaires sont une approche et une philosophie qui soutient le système de santé et les autres partenaires dans la communauté dans l'organisation de soins et services de santé intégrés (OMS, 1979; OMS, 2003; AIIC, 2015). Ils s'appuient sur les principes suivants pour organiser les services : l'accessibilité, la participation publique, la technologie adéquate, la promotion de la santé et la collaboration intersectorielle (OMS, 1979; OMS, 2003). Les soins de santé primaires assurent une offre de service complète allant de la naissance à la mort incluant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, le dépistage précoce des maladies, le traitement, le rétablissement, la protection de la santé, le soutien, les soins de fin de vie et palliatifs (OMS, 1979, OMS, 2003, Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). L'opinion et l'implication des personnes sont valorisées et l'accent est mis sur les soins de santé offerts dans la communauté (OMS, 1979; OMS, 2003).

Soins primaires

Les services de soins primaires, aussi couramment référé à titre de services de première ligne ou de services généraux, sont considérés comme le niveau de soins du système de soins de santé responsables des soins généralistes et globaux qui sont censé pourvoir répondre à la majorité des problèmes de santé d'une population non sélectionnée (Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Bien qu'on y réfère souvent à titre de services de premiers recours, ils vont au-delà des services de premiers recours en ce sens qu'ils consistent en une porte d'entrée du système de santé, ainsi responsables de soins et de services globaux, continus, échelonnés dans le temps, accessibles et qui coordonnent les soins prodigués ailleurs par d'autres personnes ou ressources (AIIC, 2015; Muldoon, Hogg & Levitt, 2006; Organisation mondiale de la santé, 2003; Starfield, 2008). Les soins primaires sont considérés de nature clinique et font partie des soins de santé primaires qui sont de nature organisationnelle (Gouvernement du Canada, 2012, AIIC, 2015). Les soins primaires est un concept souvent restreint aux services des médecins de famille mais il s'applique aussi aux autres services professionnels tels les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les diététistes, les psychologues et les lignes info-santé, pour n'en nommer que quelques-uns (Gouvernement du Canada, 2012; Santé Canada, 2003).

Soins primaires (version adaptée pour le Plan de santé et d'affaires de Vitalité)

Pour le Réseau de santé Vitalité, les services de soins primaires sont considérés comme le niveau de soins du système de santé responsables des soins généralistes et globaux pouvant répondre à la majorité des problèmes de santé d'une population non sélectionnée (Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Ils vont au-delà des services de premiers recours en ce sens qu'ils consistent en une porte d'entrée du système de santé, ainsi responsables de soins et de services globaux, continus, échelonnés dans le temps, accessibles et qui coordonnent les soins prodigués ailleurs par d'autres personnes ou ressources (Starfield, 2008). Dans le réseau de santé Vitalité, des soins primaires sont offerts par plusieurs professionnels de la santé et dans divers points de services dont des cliniques médicales, des centres de santé et des centres de santé communautaires, sans s'y limiter. Les soins primaires sont considérés de nature clinique et font partie des soins de santé primaires qui sont davantage de nature organisationnelle (AIIC, 2015; Muldoon, Hogg & Levitt, 2006; Starfield, 2008).

Santé publique

«La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'actions collectives» (Organisation mondiale de la santé, 1952). Reconnue comme une discipline autonome, elle s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité et de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif, social et de réhabilitation (Organisation mondiale de la santé, 2003). Ses fonctions englobent la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé de la population, la prévention des maladies et des blessures non-intentionnelles de même que la protection de la santé de la population. Elle détermine ses priorités d'interventions à partir de données épidémiologiques et de portrait des populations. Elle aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif; Son champ d'action est vaste et couvre tous les efforts sociaux, politiques et organisationnels. Une politique de santé publique vise à maintenir ou améliorer la santé de la population (Organisation mondiale de la santé, 2003).

Santé publique (version adaptée pour le Plan de santé et d'affaires de Vitalité)

Pour le réseau de santé Vitalité, la santé publique est responsable d'opérationnaliser les programmes et les services mandatés par le Ministère de la santé en partenariat avec le Bureau du Médecin Hygiéniste en Chef, tout en respectant les valeurs, l'éthique et les fonctions essentielles à la pratique de la santé publique. En interaction avec les autres secteurs du Réseau de santé Vitalité, la santé publique vise à promouvoir et

préservé la santé et le mieux-être de la population qu'elle dessert. Elle est une responsabilité partagée de la société qui vise à réduire les iniquités et maintenir la population en santé, éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés dans le but d'avoir des communautés en santé dans un monde plus sain. Elle comprend les fonctions essentielles, initialement identifiées par l'organisation mondiale de la santé, nécessaires à l'amélioration globale de la santé de la population en amont des problèmes et en réaction à ceux-ci dont la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé de la population, la prévention des maladies et des blessures non-intentionnelles et la protection de la santé de la population.

Les principes des soins de santé primaires selon Association des infirmiers et infirmières du Canada

L'accessibilité signifie que l'ensemble des types de soins de santé (promotion, prévention, guérison, réadaptation, soutien/palliation) sont disponibles universellement pour tous les clients peu importe où il se trouve géographiquement et reflète la notion que les personnes vont recevoir les bons soins par le bon professionnel au bon temps. L'un des meilleurs moyens d'opérationnaliser ce principe consiste à laisser les collectivités définir les services requis et d'assurer la gestion de ces services (AIIC, 2015).

La participation publique signifie que l'on encourage les personnes à participer à la prise de décisions de leur propre santé, à définir les besoins des collectivités dans le domaine de la santé et à envisager des moyens d'y répondre. L'adoption du principe de la participation publique assure une planification stratégique, garantit le respect de la diversité et signifie que la conception et la prestation des soins de santé sont flexibles et à l'écoute des besoins (AIIC, 2015).

La promotion de la santé porte sur l'éducation dans le domaine de la santé, la nutrition, l'hygiène, les soins de santé à la mère et à l'enfant, l'immunisation, la prévention et le contrôle des maladies endémiques. Elle vise à réduire les demandes de soins en guérison et réadaptation et permet aux personnes et familles de comprendre les déterminants de la santé. Ces derniers acquièrent les connaissances pour améliorer et maintenir leur état de santé et leur mieux-être (AIIC, 2015).

Le principe de la technologie appropriée signifie que les modèles de services sont adaptés comme il se doit au développement social, économique et culturel de la collectivité. Ce principe met en évidence l'importance d'un savoir amélioré et de la création continue de compétences dans la conception et la prestation des services de soins de santé. Il reconnaît l'importance de la mise au point et de l'essai de modèles innovateurs de soins de santé et de la diffusion des résultats de recherche sur les soins de santé. Il signifie aussi que l'on tient compte de solutions de rechange à des services de haute technologie très coûteux. (AIIC, 2015).

La collaboration intersectorielle reconnaît que la santé et le mieux-être sont reliés aux politiques économiques et sociales et qu'elles s'imposent pour établir des buts dans le domaine de la santé, planifier et évaluer les services de santé. Ce principe assure que les prestataires de différentes disciplines collaborent et fonctionnent en interaction afin de répondre aux besoins des personnes et leur famille. Elle implique que les professionnels de la santé participent à l'élaboration et l'évaluation des politiques, à la conception et à la prestation des services de santé de même qu'à l'évaluation intégrée des services (AIIC, 2015).

Services spécialisés

secondaires

Les soins ou services secondaires ou de deuxième ligne consistent quant à eux en l'ensemble des services spécialisés offerts par des médecins spécialistes et les services des hôpitaux régionaux. Ces services permettent à la personne de profiter d'un examen ou d'un traitement plus approfondi. Les spécialistes en soins secondaires possèdent souvent des connaissances, des compétences ou de l'équipement spécialisés que les médecins de premier recours n'ont pas.

tertiaires

Le niveau de services tertiaires constitue les soins hyperspécialisés offerts dans des départements spécialisés, des centres spécialisés ou des hôpitaux à affiliation universitaire. Les soins tertiaires nécessitent un équipement et une expertise hautement spécialisés. Ils peuvent inclure une opération complexe, une transplantation et de nombreuses interventions médicales et chirurgicales complexes

quaternaires

Les soins ou services quaternaires sont considérés comme une extension des soins tertiaires. Encore plus spécialisés et très inhabituels, les types de soins considérés comme quaternaires sont, le plus souvent, la médecine expérimentale

Santé populationnelle ou santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population vise, d'une part, à améliorer l'état de santé d'une population entière et, d'autre part, à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, il est requis de se pencher sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant une incidence sur la santé et de tenter d'influer ceux-ci (Rapport Lalonde, 1974; OMS, 1986; Gouvernement du Canada, 2012; Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2015). Au Canada, les facteurs qui influencent la santé sont nommés les déterminants de la santé ou encore les déterminants sociaux de la santé. Du point de vue de la santé de la population, les déterminants de la santé n'agissent pas seuls et c'est l'interaction complexe entre ces déterminants peut exercer un effet beaucoup plus important et délétère sur la santé (Institut canadien des recherches avancées (ICRA) (1989).

L'intérêt dans l'approche de santé populationnelle est la population et la collectivité plutôt que l'individu en ce sens que cette approche nous permet d'identifier les besoins spécifiques d'une population spécifique dans le continuum santé-maladie. Elle permet aussi d'impliquer les services et les ressources selon les besoins spécifiques de la population en cernant les facteurs qui influencent la santé de la population générale (Agence de développement de réseaux local, de services de la santé et de services sociaux, 2014).

Selon l'approche de la santé populationnelle, il est requis de gérer un continuum d'interventions complet à tous les niveaux d'offre de services selon une hiérarchisation des services visant à développer et à maintenir la santé de la population et à optimiser l'autonomie personnelle et sociale des individus (Agence de développement de réseaux local, de services de la santé et de services sociaux, 2014; OMS-Europe, 2006 tiré du Conseil de la santé du NB, 2014). Elle nécessite ainsi l'implication d'interventions au niveau de la population générale. L'approche populationnelle prône donc une approche proactive plutôt qu'une approche réactive à la maladie et ses conséquences. Elle nous permet ainsi d'agir davantage dans le milieu de vie et en amont des problèmes de santé, afin de retarder, réduire, voire éliminer, des facteurs précurseurs de la maladie (Agence de développement de réseaux local, de services de la santé et de services sociaux, 2014).

La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle est une approche fondée sur la croyance que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Elle reconnaît les facteurs qui influencent la santé et cherche à réduire les inégalités sociales. Son objectif premier est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles, et deuxièmement, à coordonner l'offre de services en fonction d'une population spécifique plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. La responsabilité populationnelle suppose une responsabilité des autorités régionales vis-à-vis la santé des individus de leur territoire, quant à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie (Agence de développement de réseaux local, de services de la santé et de services sociaux, 2014).

Hierarchisation des services

En lien avec la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services est au coeur de l'organisation des soins impliquant une intégration des services sur les plans local, régional et suprarégional. L'objectif de la hiérarchisation des services est de mobiliser tous les acteurs du réseau afin que le bon service soit dispensé au bon endroit, au bon moment et par le bon intervenant. Pour atteindre cet objectif, il est prioritaire de garantir une complémentarité des services, de faciliter le cheminement de la personne entre la première, la deuxième et la troisième ligne de soins.



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires



Mission

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est un organisme professionnel voué à la protection du public et au soutien de la profession infirmière. Elle remplit sa mission en veillant à la promotion et au maintien de normes de formation et de pratique infirmières, et en faisant la promotion des politiques publiques favorables à la santé.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick appuie les principes de l'autoréglementation, soit promouvoir une bonne pratique, prévenir une pratique indésirable et intervenir en cas de pratique inacceptable.

© ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK,
2017

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication, sous quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

ISBN 1 895613-60-4

**Dans le présent document, le féminin est employé sans préjudice et désigne aussi bien les hommes que les femmes*



Table des matières

Introduction	4
Champ d'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires	5
Norme 1: Responsabilité professionnelle et obligation de rendre des comptes	6
Norme 2: Évaluation de la santé et diagnostic	7
Norme 3: Gestion thérapeutique.....	8
Norme 4 : Promotion de la santé et prévention des maladies et des blessures	10
Annexe 1 : Attentes en matière clinique pour la consultation d'un médecin	11
Annexe 2 : Annexes pour prescrire des infirmières praticiennes	12
Annexe 3: Attentes en matière clinique pour la rédaction d'ordonnances	14
Glossaire.....	15
Références	17
Foire aux questions.....	18



Introduction

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) a le mandat de réglementer la pratique des infirmières praticiennes (IP) en plus de celle des infirmières immatriculées. L'IP effectue des activités qui dépassent le champ d'exercice de l'infirmière immatriculée, comme poser des diagnostics et prescrire. Le document *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires*¹ vise à décrire le champ d'exercice de l'IP et à établir les attentes en matière de pratique pour les IP au Nouveau-Brunswick. Ces normes d'exercice reflètent le niveau de pratique professionnel minimum auquel peut s'attendre le public de la part des IP au Nouveau-Brunswick, peu importe le milieu d'exercice. L'IP doit aussi exercer la profession en respectant toutes les normes visant la profession infirmière, notamment les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* de l'AIINB et le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC.

Le document *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires* contient quatre normes. Les normes sont des énoncés faisant autorité qui établissent les attentes juridiques et professionnelles de l'exercice de la profession infirmière. Les normes décrivent le niveau souhaitable que les IP devraient pouvoir atteindre dans l'exercice de la profession et avec lequel comparer leur rendement réel. Chaque norme est assortie d'énoncés descriptifs. Les énoncés descriptifs constituent des exemples d'activités qui montrent la façon dont une norme peut être appliquée. Les énoncés descriptifs ne se veulent pas exhaustifs, et l'ordre dans lequel ils figurent n'est pas une indication de leur importance. Les énoncés descriptifs s'appliquent à une variété de milieux et peuvent donc être développés davantage en fonction de chaque milieu d'exercice.

Le document *Compétences de base pour la pratique des infirmières praticiennes* accompagne le document *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires*. Ces deux documents visent l'ensemble des IP, peu importe leur rôle ou leur milieu d'exercice. La version la plus à jour des documents de l'AIINB est disponible à www.aiinb.nb.ca.

¹ Les mots en **gras** sont définis dans le glossaire.

Remarque : Dans ce document, le terme « infirmière praticienne » désigne les infirmières praticiennes en soins de santé primaire et est employé comme genre neutre.



Champ d'exercice de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires

Une infirmière praticienne est une infirmière immatriculée qui a suivi avec succès un programme de formation d'infirmière praticienne en soins de santé primaires (au niveau de la maîtrise) et qui possède des connaissances poussées et une expertise clinique avancée. L'IP exerce un degré élevé de jugement indépendant – elle effectue des évaluations de la santé approfondies, pose des diagnostics différentiels et détermine le traitement des réactions humaines à des problèmes de santé réels ou éventuels.

L'IP en soins de santé primaires est une généraliste qui offre des **soins centrés sur le client** à toutes les étapes du continuum de la santé du **client** et à tous les âges, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, des soins curatifs, des services de soutien, des soins de réadaptation et des soins palliatifs. L'IP fait partie de l'équipe de santé interdisciplinaire et travaille dans un rôle autonome. L'IP peut travailler dans divers milieux d'exercice, y compris, mais sans s'y limiter : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les écoles, les lieux de travail, dans les cabinets de pratique familiale et dans les foyers de soins.

En vertu de la loi, les IP peuvent diagnostiquer ou évaluer une maladie, un trouble ou un état et communiquer le diagnostic ou l'évaluation au client, prescrire et interpréter des examens de dépistage et de diagnostic, sélectionner et prescrire des médicaments et surveiller leur efficacité, et prescrire l'application de formes d'énergie (Loi sur les infirmières et infirmiers, 2002). Un tel pouvoir est ce qui distingue l'exercice de la profession d'infirmière praticienne de celui des autres infirmières immatriculées. L'IP se livre à une réflexion sur sa pratique et soutient les autres dans ce processus par la surveillance clinique ou le mentorat, et elle possède des compétences en leadership qui lui permettent de diriger les soins et les équipes de soins.



Norme 1: Responsabilité professionnelle et obligation de rendre des comptes

L'infirmière praticienne est responsable de sa pratique et de sa conduite professionnelle et doit en rendre compte.

L'infirmière praticienne :

- 1.1 maintient son immatriculation en tant qu'IP au Nouveau-Brunswick.
- 1.2 exerce la profession conformément aux dispositions législatives fédérales et provinciales, aux normes professionnelles et déontologiques et aux politiques qui s'appliquent à la pratique d'IP;
- 1.3 atteint, maintient et améliore sa compétence dans son domaine d'exercice;
- 1.4 fait preuve d'une pratique éclairée par des données probantes par l'évaluation critique et la mise en œuvre des résultats de recherche, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires et de la théorie qui sont pertinents;
- 1.5 se sert de ses connaissances sur les populations vulnérables, la **diversité**, la **sécurité culturelle** et les déterminants de la santé dans l'évaluation, le diagnostic et la **gestion thérapeutique** du client;
- 1.6 intègre les principes de la répartition des ressources et de la rentabilité à la prise des décisions cliniques;
- 1.7 fait preuve d'intégrité professionnelle et a une conduite éthique dans ses rapports avec les fabricants de produits pharmaceutiques et les sociétés pharmaceutiques;
- 1.8 collabore avec d'autres fournisseurs de soins de santé, **consulte** ceux-ci ou dirige le client vers ceux-ci lorsque le diagnostic ou le plan de traitement n'est pas clair ou dépasse le champ d'exercice de l'IP (voir l'annexe 1);
- 1.9 est consultée par d'autres fournisseurs de soins de santé ou accepte les clients qui lui sont adressés par d'autres fournisseurs de soins de santé lorsqu'il s'agit de clients dont **l'état de santé** correspond au champ d'exercice et à l'expertise individuelle de l'IP;
- 1.10 consigne les données cliniques, les résultats des évaluations, les diagnostics, le plan de soins, les interventions thérapeutiques (y compris le consentement), la réaction du client et la justification clinique en temps opportun et de manière précise dans le dossier de santé permanent du client;
- 1.11 consigne et signale les effets indésirables reliés aux interventions pharmacologiques et aux interventions non pharmacologiques (y compris les substances et médicaments contrôlés) conformément aux lois, aux règlements et aux politiques fédérales et provinciales ou territoriales et aux politiques de l'employeur
(p. ex. : MedEffet Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/index-fra.php>);



- 1.12 se conforme aux politiques concernant la conservation et le transport des substances et médicaments contrôlés s'il y a lieu de les utiliser dans sa pratique;
- 1.13 tient et conserve des dossiers de santé sur les clients conformément aux dispositions législatives pertinentes, aux normes professionnelles et aux politiques de l'employeur;
- 1.14 exerce la profession dans le contexte de la relation thérapeutique infirmière-client et conseille aux membres de la famille et aux amis de s'adresser à d'autres fournisseurs de soins de santé pour obtenir des soins;
- 1.15 reconnaît les situations qui placent l'IP en **conflit d'intérêts**² et prend des mesures pour éviter de telles situations;
- 1.16 agit comme préceptrice ou mentor auprès de ses collègues infirmières, d'autres membres de l'équipe de soins et des étudiantes;
- 1.17 fait preuve de **leadership**, agissant à la fois comme chef de file et comme modèle de rôle pour le perfectionnement professionnel de ses collègues et dans la profession infirmière.

Norme 2: Évaluation de la santé et diagnostic

L'infirmière praticienne applique une vaste base de connaissances et se sert de l'évaluation critique pour établir et communiquer les diagnostics et les besoins des clients.

L'infirmière praticienne :

- 2.1 applique à l'évaluation des clients des techniques d'évaluation, une pensée critique et des compétences en prise de décisions cliniques de niveau avancé;
- 2.2 recueille et consigne des données sur la santé de façon systématique en effectuant une évaluation globale de la santé à l'aide d'outils et de sources de données multiples et fait une analyse critique de ces données, y compris :
 - la cause et la nature des symptômes,
 - les antécédents de comorbidités,
 - l'utilisation de substances et de médicaments d'ordonnance (utilise un programme de surveillance des médicaments d'ordonnance pour évaluer les antécédents pharmaceutiques du patient lorsqu'un tel programme existe),
 - la santé psychosociale et psychiatrique,
 - l'évaluation du risque d'abus de substances (p. ex., comportements de dépendance, détournement de médicaments),
 - la réalisation d'évaluations avant et après l'intervention;

² Pour d'autres renseignements, veuillez consulter le document de l'AIINB intitulé *Directives sur les conflits d'intérêts*, 2015.



- 2.3 prescrit des examens d'imagerie diagnostique, des examens de laboratoire et d'autres examens lorsque la situation clinique l'exige, conformément aux annexes « A » et « B » des *Annexes pour prescrire de l'infirmière praticienne* (voir l'annexe 2);
- 2.4 explique aux clients les raisons pour lesquelles certains examens de dépistage et de diagnostic sont prescrits, y compris les risques et les avantages connexes;
- 2.5 s'assure que les examens de diagnostic sont interprétés et que les résultats donnent lieu à un suivi de manière appropriée et en temps opportun;
- 2.6 consigne tous les examens de diagnostic prescrits ou arrêtés dans le dossier de santé permanent du client, y compris tout suivi dicté par le résultat obtenu à un examen;
- 2.7 pose un diagnostic différentiel en comparant et en recroisant de façon systématique les résultats cliniques obtenus durant l'entrevue, l'examen physique, les examens diagnostiques et les procédures diagnostiques, y compris les résultats obtenus par les autres professionnels de la santé;
- 2.8 communique le diagnostic au client et aux membres de l'équipe interdisciplinaire, le cas échéant;
- 2.9 discute avec le client des pronostics et des options en matière de traitements;
- 2.10 fait la synthèse de renseignements obtenus auprès de clients individuels pour déterminer s'il y a des répercussions plus larges sur la santé de la famille ou de la communauté.

Norme 3: Gestion thérapeutique

L'infirmière praticienne utilise des connaissances avancées et son jugement pour effectuer des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

L'infirmière praticienne :

- 3.1 ne s'occupe pas de gérer sa propre santé;
- 3.2 fait participer le client à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de son plan de soins;
- 3.3 s'appuie sur des sources d'information éclairées par des données probantes faisant autorité en matière de médicaments et de traitements pour prescrire des médicaments, des produits sanguins ou d'autres interventions;
- 3.4 prescrit des médicaments y compris des substances et médicaments contrôlés en se fondant sur ses connaissances des principes pharmacologiques et physiologiques et conformément à l'Annexe « C » des *Annexes pour prescrire des infirmières praticiennes* de l'AIINB (voir l'annexe 2), aux lois provinciales et aux lois fédérales;
- 3.5 remplit l'ordonnance de façon exacte et complète, conformément aux dispositions législatives, aux normes et aux politiques pertinentes (voir l'annexe 3);



- 3.6 considère et explore avec le client les solutions non pharmacologiques possibles pour gérer les symptômes;
- 3.7 considère les risques et les avantages connus pour le client et les résultats attendus et s'assure que des mesures de précaution et des ressources sont disponibles pour gérer les résultats des interventions qu'elle effectue;
- 3.8 renseigne le client sur les interventions pharmacologiques, y compris : les indications thérapeutiques, l'effet thérapeutique attendu, la gestion des effets indésirables et des symptômes de sevrage éventuels, les interactions avec d'autres médicaments ou substances, les précautions propres au médicament ou au client, l'adhésion au traitement prescrit, la manipulation et la conservation sécuritaires, et le suivi nécessaire;
- 3.9 respecte le droit du client de prendre des décisions éclairées tout au long de son expérience et des épisodes de santé et de maladie en veillant à ce que le client ait accès à des renseignements exacts;
- 3.10 obtient et documente le consentement éclairé du client avant d'effectuer des **procédures**;
- 3.11 effectue des procédures (effractives ou non effractives) pour la gestion clinique ou la prévention de maladies, de blessures, de troubles ou de problèmes de santé;
- 3.12 fournit certains médicaments en petites quantités dans des situations où un pharmacien ne peut pas être joint et que l'administration de ces médicaments est dans l'intérêt du client;
- 3.13 évalue les effets sur le client de certains traitements et interventions, intégrant les outils d'évaluation éclairés par des données probantes qui sont à sa disposition (p. ex., outil d'évaluation des plaies, outil d'évaluation du risque de dépendance);
- 3.14 maintient, ajuste, diminue ou arrête les traitements et les interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques en fonction de la réaction thérapeutique du client tout en adhérant au plan de traitement;
- 3.15 consigne les interventions et la réaction du client à ces interventions dans le dossier permanent du client;
- 3.16 acquiert de façon proactive et analytique les nouvelles connaissances dont elle a besoin pour fournir des soins complets, de qualité et éclairés par des données probantes.



Norme 4 : Promotion de la santé et prévention des maladies et des blessures

L'infirmière praticienne fait la promotion de la santé et diminue le risque de complications, de maladie et de blessure pour les clients tout en contribuant à la durabilité du système de soins de santé.

L'infirmière praticienne :

- 4.1 sait expliquer le rôle de l'IP aux clients, aux professionnels de la santé et aux intervenants clés;
- 4.2 intègre les cinq principes des soins de santé primaires de l'Organisation mondiale de la Santé à la prise de décisions cliniques : accessibilité, participation publique, promotion de la santé, technologies adéquates et **collaboration** intersectorielle;
- 4.3 **préconise** ce qui suit et y participe :
 - les stratégies de promotion de la santé et de prévention (pour les individus, les familles et les communautés, ou en fonction de l'âge ou du groupe culturel),
 - le processus d'évaluation des stratégies de promotion de la santé et de prévention,
 - l'amélioration de l'accès au système de soins de santé au niveau des politiques,
 - l'élaboration de pratiques en matière de prescription éclairées par des données probantes pour assurer la sécurité des prescripteurs, des patients et du public (p. ex. : surveillance des médicaments d'ordonnance),
 - l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies visant à contrer les risques de préjudice potentiels pour les collègues de travail, les clients et le public qui pourraient découler de la perte, du vol ou de l'abus de substances et médicaments contrôlés;
- 4.4 contribue à l'avancement d'une pratique fondée sur des données probantes en prenant l'initiative d'activités de recherche, de présentations ou de publications ou en y participant.



Annexe 1 : Attentes en matière clinique pour la consultation d'un médecin

1. L'IP fait participer le client au processus de consultation en lui expliquant d'abord la nécessité de la consultation et les résultats souhaités.
2. L'IP consulte un médecin lorsque le diagnostic ou le plan de traitement dépasse le champ d'exercice des IP ou la **compétence** individuelle de l'IP ou lorsque l'expertise d'un médecin est nécessaire pour diagnostiquer ou gérer le problème de santé d'un client.
3. Une consultation a lieu après une demande officielle et peut se faire de diverses manières, par exemple en personne, au téléphone ou par écrit.
4. Le niveau d'intervention par le médecin à la suite de la consultation peut être l'un des suivants :
 - a. Le médecin fait part de son opinion et de sa recommandation à l'IP, qui continue à assumer la responsabilité principale de la santé du client, ou
 - b. Le médecin assume une responsabilité partagée pour certains aspects des soins, et le médecin et l'IP établissent ensemble qui assume la responsabilité de la coordination globale des soins et des divers aspects des soins au client, ou
 - c. Les soins au client sont transférés au médecin, qui assume alors la responsabilité du client.
5. L'IP peut consulter un spécialiste ou diriger un client vers un spécialiste au besoin.
6. L'IP consigne la demande de consultation et le résultat de la consultation dans le dossier permanent de santé du client.



Annexe 2 : Annexes pour prescrire des infirmières praticiennes

ANNEXE « A » – Examens d'imagerie médicale

Selon la population qu'elles servent et dans le cadre de leur pratique, les IP ont le pouvoir de prescrire les examens d'imagerie médicale mentionnés ci-dessous. Les IP fondent leurs décisions relatives au plan de traitement sur l'interprétation du radiologiste.

Les infirmières praticiennes peuvent, conformément aux compétences et aux normes établies par le Conseil d'administration de l'AIINB, prescrire des examens d'imagerie médicale dans les domaines suivants :

- Radiographies générales
- Échographies
- Densité osseuse
- Mammographies
- Médecine nucléaire
- Imagerie par résonance magnétique
- Tomographie par ordinateur (tomodensitogramme)

ANNEXE « B » – Examens de laboratoire et autres examens

Selon la population qu'elles servent et dans le cadre de leur pratique, les IP ont le pouvoir de prescrire et d'interpréter des examens de laboratoire et autres examens.

Conformément aux compétences et aux normes établies par le Conseil d'administration de l'AIINB, les infirmières praticiennes peuvent prescrire des examens de laboratoire et d'autres examens dans les domaines suivants :

EXAMENS DE LABORATOIRE

- Pathologie anatomique
- Biochimie
- Coagulation
- Cytopathologie
- Hématologie
- Immunologie
- Microbiologie
- Génétique moléculaire
- Sérologie
- Suivi thérapeutique pharmacologique
- Médecine transfusionnelle
- Virologie



AUTRES EXAMENS

Les autres examens dont peuvent avoir besoin les clients comprennent, mais sans s'y limiter, les examens suivants : surveillance de la pression sanguine, monitoring par la technique de Holter, électrocardiogramme, oxymétrie pulsée de 24 heures, test de dépistage de l'apnée du sommeil et examens des fonctions pulmonaires.

ANNEXE « C » : Médicaments et interventions médicamenteuses

Selon la population qu'elles servent et dans le cadre de leur pratique, les IP ont le pouvoir de prescrire des médicaments.

Les infirmières praticiennes ont le pouvoir, conformément aux compétences et aux normes établies par le Conseil d'administration de l'AIINB, de prescrire des médicaments comme suit :

- Une infirmière praticienne peut prescrire les médicaments inscrits à la partie I et II de la Partie G du Règlement sur les aliments et drogues, à l'exception des substances suivantes :
 - les médicaments inscrits à la partie III* de la Partie G du Règlement sur les aliments et drogues³ (excluant la testostérone);
 - l'opium, l'héroïne, les feuilles de coca, et la marijuana.

La plupart de ces médicaments sont inscrits à l'annexe I des annexes nationales (NDS)⁴ de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP)**.

- Les médicaments en vente libre peuvent être obtenus sans ordonnance. Cependant, les IP peuvent rédiger une ordonnance pour de tels médicaments s'il y a lieu (annexes II et III des annexes nationales de l'ANORP).
- Une infirmière praticienne peut prescrire les vaccins selon les normes du Service d'immunisation de la santé publique du Nouveau-Brunswick et conformément aux directives et procédures figurant dans le Guide d'immunisation du Nouveau-Brunswick et le Guide canadien d'immunisation avec toutes ses modifications successives, et le terme « vaccins » désigne tous les produits biologiques utilisés dans le cadre du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick.

Les infirmières praticiennes peuvent consulter le Formulaire du plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick pour vérifier les médicaments que peuvent obtenir les résidents du Nouveau-Brunswick admissibles. Les médicaments sur ordonnance non-inscrits au formulaire peuvent être obtenus au moyen d'une autorisation spéciale.

*** Les médicaments inscrits à la partie III de la Partie G du Règlement sur les aliments et drogues sont des stéroïdes anabolisants. Les IP ne sont pas autorisées à prescrire des stéroïdes anabolisants à l'exception de la testostérone.**

**** Le tableau I de l'ANORP indique les médicaments et substances contrôlés au moyen d'exposants placés à la fin de nom du médicament. Le lecteur doit ensuite consulter les définitions des exposants qui se trouvent dans la partie supérieure du site Web de l'ANORP. Les exposants étaient uniquement en anglais au moment de la publication du présent document.**

³ <http://laws.justice.gc.ca/PDF/C.R.C., c. 870.pdf>

⁴ www.napra.ca/pages/Schedules/Search.aspx



Annexe 3: Attentes en matière clinique pour la rédaction d'ordonnances

1. L'IP remplit l'ordonnance de façon exacte et complète, conformément aux dispositions législatives, aux normes et aux politiques pertinentes.

L'ordonnance doit indiquer :

- a. la date;
 - b. le nom du client;
 - c. l'adresse (si elle est connue);
 - d. le nom, la force et la quantité du médicament prescrit (dans la mesure du possible, indiquer le nom générique du médicament pour les médicaments à ingrédient actif unique; le nom de marque peut être utilisé pour les médicaments composés);
 - e. les indications d'utilisation, y compris la dose, la fréquence, la voie d'administration et la durée prévue du traitement (si elle est connue);
 - f. le nombre de renouvellements;
 - g. le nom, la désignation, le numéro d'immatriculation de l'AIINB, l'adresse professionnelle et la signature de l'IP (écrits lisiblement).
2. L'IP peut prescrire des médicaments ou des interventions au moyen d'une ordonnance écrite, télécopiée ou électronique. Dans des circonstances extraordinaires, l'IP peut faire parvenir une ordonnance par téléphone à une pharmacie au nom d'un client.
 3. Une ordonnance peut être télécopiée à une pharmacie, conformément aux lois ou règlements du Nouveau-Brunswick qui s'appliquent, pourvu que les conditions suivantes soient satisfaites:
 - a. L'ordonnance doit être envoyée uniquement à la pharmacie choisie par le client sans qu'un intermédiaire puisse y avoir accès;
 - b. L'ordonnance doit être envoyée directement de l'établissement de santé ou du bureau du prescripteur ou d'un autre endroit pourvu que la pharmacie soit persuadée qu'il s'agit d'une ordonnance légitime;
 - c. L'ordonnance doit inclure tous les renseignements ci-dessus et doit aussi mentionner :
 - i. la date et l'heure de la transmission;
 - ii. le nom et le numéro de télécopieur de la pharmacie qui doit recevoir la transmission.
 4. Les formules d'ordonnance en blanc doivent être rangées dans un lieu sûr auquel le public n'a pas accès.
 5. L'IP ne donne jamais à personne une formule d'ordonnance en blanc signée.



Glossaire

Client : désigne une personne, une famille, un groupe, une population ou une communauté qui a besoin de soins ou de services infirmiers. Le terme « client » englobe toute la gamme des personnes et des groupes avec lesquels les infirmières peuvent interagir. Dans certains milieux, on emploie des termes comme patient ou résident. Dans le domaine de la formation, le client peut également être une étudiante ou un étudiant; dans le domaine de l'administration, le client peut également être un employé; dans le domaine de la recherche, le client est souvent un sujet ou un participant.

Collaboration : processus de communication et de prise de décisions menés conjointement par le client, l'infirmière praticienne et d'autres membres de l'équipe de soins de santé, qui travaillent ensemble pour appliquer leurs connaissances et leurs compétences distinctes et communes dans le but de fournir des soins optimaux centrés sur le client. L'équipe de soins de santé travaille avec le client pour obtenir les résultats souhaités, tout en respectant les qualités et les compétences uniques de chaque membre du groupe ou de l'équipe.

Compétence : la capacité de l'IP d'intégrer et d'appliquer les connaissances, les habiletés, le jugement et les attributs personnels qu'il faut posséder pour exercer dans un milieu donné d'une manière sécuritaire et conforme à l'éthique. Les attributs personnels comprennent entre autres les attitudes, les valeurs et les convictions d'une personne.

Conflit d'intérêts : il y a conflit d'intérêts quand les intérêts personnels de l'IP influencent (ou pourraient influencer) son jugement professionnel ou nuisent à son obligation d'agir dans l'intérêt du client.

Consulter/consultation : le fait de demander explicitement conseil à un autre professionnel de la santé au sujet d'un client dans le but d'améliorer les soins au client. La personne consultée peut ou non voir le client. La responsabilité des résultats cliniques demeure celle de la personne qui consulte, laquelle est libre d'accepter ou de rejeter les conseils donnés par la personne consultée (Barron et White, 2009). Il est nécessaire d'obtenir d'autres renseignements ou l'aide d'un professionnel qui possède des connaissances plus étendues relativement à la situation particulière d'un client.

Diversité : l'existence de différences entre des personnes ou des groupes par rapport à de nombreux facteurs tels que l'origine ethnique, l'origine nationale, le sexe, l'âge, la capacité, les caractéristiques physiques, la religion, les valeurs, les croyances, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique et les expériences de vie (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, AIIC, 2008).

État de santé : les événements normaux liés à la santé, les maladies et les blessures aiguës courantes, les maladies chroniques et les besoins urgents en matière de santé que les IP sont susceptibles de voir dans le contexte de leur pratique.

Gestion thérapeutique : désigne le diagnostic, le traitement et l'évaluation des problèmes de santé des clients, ce qui peut englober une gamme d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

Interventions non pharmacologiques : désigne les aides, les appareils médicaux, les fournitures médicales et autres traitements, y compris les procédures non effractives et effractives.

Leadership : un processus qui exige une pensée critique, une aptitude à l'action et la défense des droits dans le but d'influencer et d'inspirer les autres, que ce soit de façon officielle (en assumant un rôle défini) ou informelle. Les chefs de file de la profession infirmière exercent une pensée critique et s'appuient sur des données probantes pour éclairer leur pratique, tout en prenant la situation en main et en défendant



les intérêts des patients et du public au besoin dans le but d'améliorer les systèmes de santé et de soins de santé.

Médicaments de l'annexe I : un médicament qui nécessite une prescription ou une ordonnance d'un prescripteur autorisé. Les substances et médicaments contrôlés se trouvent à l'annexe I de l'ANORP.

Plaider en faveur de (qqn, qqch.)/préconiser (qqch.)/défendre les droits de (qqn) : soutenir activement une cause juste et bonne, encourager d'autres personnes à parler pour elles-mêmes ou au nom de personnes qui ne peuvent s'exprimer.

Procédure : procédure non effractive ou effractive pour évaluer, restaurer ou maintenir la stabilité physiologique du client.

Sécurité culturelle : concerne les rapports de force inhérents de la prestation de services de santé et reconnaît, respecte et encourage l'expression culturelle des clients, ce qui exige de l'infirmière qu'elle pose un regard critique sur les questions reliées à la racialisation, à la discrimination institutionnalisée, au culturalisme et aux inégalités en matière de santé et de soins de santé, et qu'elle exerce sa profession d'une manière qui reconnaît la culture des clients et des infirmières (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Association canadienne des écoles de sciences infirmières et Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009; Browne et coll., 2009; Association des médecins indigènes du Canada et Association des facultés de médecine du Canada, 2008).

Soins centrés sur le client : une démarche de soins qui considère le client dans son ensemble et dépasse le simple fait de fournir des services là où se trouve le client. Dans le contexte des soins centrés sur le client, l'IP défend les droits du client, l'aide à se prendre en charge et respecte son autonomie, son opinion, son autodétermination et sa participation à la prise de décision.

Soins de santé primaires (SSP) : des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables et avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autosuffisance et d'autodétermination. Les soins de santé essentiels comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, les soins de réadaptation et les soins de soutien. En tant que façon de penser, les SSP sont fondés sur les valeurs que sont l'équité, la solidarité et la justice sociale. Les SSP mettent un terme à l'exclusion en faisant la promotion de l'accessibilité en étant centrés sur les forces, les possibilités et la participation de l'individu et de la communauté (OMS, 2008). Les cinq principes des SSP sont : l'accessibilité, la participation du public, la promotion de la santé, des technologies appropriées et une collaboration intersectorielle.



Références

- ABORIGINAL NURSES ASSOCIATION OF CANADA, CANADIAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF NURSING et CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *Cultural competence and cultural safety in nursing education: A framework for First Nations, Inuit and Métis nursing*. Ottawa, chez les auteurs, 2009.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES DE SCIENCES INFIRMIÈRES et INFOROUTE SANTÉ DU CANADA. *Nursing informatics entry-to-practice competencies for registered nurses*. Ottawa, chez les auteurs, 2012.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa, l'association, 2008.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Le leadership de la profession infirmière*. Ottawa, l'association, 2009.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Compétences de base pour la pratique des infirmières praticiennes*. Fredericton, l'association, 2010.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Compétences de niveau débutant pour les infirmières immatriculées au Nouveau-Brunswick*. Fredericton, l'association, 2013.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Fredericton, l'association, 2002.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*. Fredericton, l'association, 2012.
- BARRON, A. et P. A. WHITE. Consultation. Dans Hamric, A., J. Spross et C. Hanson (éd.). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (p. 191-216). St. Louis, Saunders Elsevier, 2009.
- BROWNE, A.J., C. VARCOE, V. SMYE, S. REIMER-KIRKHAM, M.J. LYNAM et S. WONG. *Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice*. *Nursing Philosophy*, 10, 2009, p. 167-179.
- COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF BRITISH COLUMBIA. *Professional standards for registered nurses and nurse practitioners*. Vancouver, l'ordre, 2014.
- COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF NOVA SCOTIA. *Standards of practice for registered nurses*. Halifax, l'ordre, 2014.
- INDIGENOUS PHYSICIANS ASSOCIATION OF CANADA et ASSOCIATION DES FACTULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. *First Nations, Inuit, Métis health CORE COMPETENCIES: A curriculum framework for undergraduate medical education*. Ottawa, chez les auteurs, 2008.



Foire aux questions⁵

Quelles sont les exigences relatives à l'autorisation d'exercer la profession d'infirmière praticienne au Nouveau-Brunswick?

Pour maintenir et renouveler son immatriculation, l'IP doit avoir accumulé 600 heures de travail en tant qu'IP en soins de santé primaires au cours des deux années civiles précédentes. Elle doit aussi répondre aux exigences du Programme de maintien de la compétence. L'IP doit fournir chaque année à la registraire de l'AIINB le nom de l'employeur ainsi qu'une déclaration de l'employeur attestant qu'elle a, dans le cadre de son emploi, un accès raisonnable à un médecin pour le consulter au sujet d'un client et qu'elle est en mesure d'adresser ou de transférer un client aux soins d'un médecin.

Qu'est-ce que la Déclaration de consultation et d'aiguillage?

La *Loi sur les infirmières et infirmiers* précise que l'infirmière praticienne (IP) doit avoir un accès raisonnable à un médecin pour fins de consultation. L'AIINB facilite le respect de cette exigence de l'immatriculation en demandant à chaque IP de présenter une *Déclaration de consultation et d'aiguillage* annuelle.

Ce formulaire contient le nom de l'employeur et une déclaration de l'employeur attestant que l'IP a, dans le cadre de son emploi, un accès raisonnable à un médecin pour le consulter au sujet d'un patient au besoin et qu'elle est en mesure d'adresser ou de transférer un patient aux soins d'un médecin. La publication de l'AIINB intitulée *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires* fournit plus de renseignements sur les situations où l'IP doit consulter un médecin.

L'IP ne travaille pas « sous la direction » d'un médecin. L'IP fournit des soins de santé primaires de façon autonome tout en travaillant en collaboration avec l'équipe des soins de santé. L'IP est responsable de ses propres décisions et actions. Le médecin consultant (en collaboration) a uniquement un rôle de consultation.

Quelles sont les restrictions imposées aux personnes inscrites au registre provisoire des IP?

Une personne dont le nom figure au registre provisoire des IP ne peut ordonner des tests de dépistage et des tests diagnostiques, prescrire des médicaments ou prescrire l'application de formes d'énergie sans la cosignature d'une infirmière praticienne immatriculée ou d'un médecin sur l'ordonnance.

Y a-t-il des restrictions sur ce que je peux prescrire?

Des restrictions de niveau fédéral sont prévues dans le RNCP, soit l'héroïne, l'opium, les feuilles de coca et la plupart des stéroïdes anabolisants (à l'exception de la testostérone). L'AIINB a ajouté deux autres restrictions à la liste : la marijuana et la méthadone.

En quoi la législation sur la protection des renseignements personnels touche-t-elle IP?

La Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS) est entrée en vigueur le 1er septembre 2010. La LAPRPS établit un ensemble de règles en vue d'assurer la confidentialité des renseignements personnels sur la santé et de protéger la vie privée de la personne concernée. De plus, la LAPRPS assure l'accessibilité de cette information, au besoin, pour fournir des services de santé aux personnes qui en ont besoin et pour surveiller, évaluer et améliorer le système de santé du Nouveau-Brunswick.

⁵ La version la plus récente des FAQ est disponible à www.aiinb.nb.ca



De façon générale, la LAPRPS s'applique aux renseignements personnels sur la santé recueillis, utilisés, conservés, communiqués et tenus dans le système de santé par un groupe d'intervenants au gouvernement et dans le système de santé qu'on appelle des «dépositaires». La LAPRPS définit un dépositaire comme une personne ou un organisme qui recueille, maintient ou utilise des renseignements personnels sur la santé à des fins de prestation ou d'aide à la prestation de soins de santé ou de traitement, ou encore de planification et de gestion du système de soins de santé ou de prestation d'un programme ou d'un service gouvernemental. Les IP sont incluses dans la définition de dépositaire. Le lien suivant vous donnera accès à une trousse d'outils pour les dépositaires.

Si je suis immatriculée en tant qu'IP, est-ce que je peux quand même travailler en tant qu'II?

Oui, mais plusieurs facteurs doivent être pris en considération. Les infirmières praticiennes du Nouveau-Brunswick sont aussi des infirmières immatriculées, et elles sont donc tenues de respecter les normes d'exercice pour les IP et pour les II. Avant d'accepter d'assumer le rôle d'II, vous devez déterminer si vous possédez les connaissances et la compétence nécessaires pour travailler auprès d'une clientèle donnée. Si vous déterminez que vous êtes compétente et que vous acceptez l'affectation de travail, il doit être clair pour l'employeur, l'équipe des soins de santé et les clients que vous pratiquez en tant qu'infirmière immatriculée et non en tant qu'infirmière praticienne. Si l'on vous demande de travailler auprès de patients hospitalisés, vous devez pratiquer en tant qu'II; en effet, vous ne pouvez pas travailler en tant qu'IP, parce que, au Nouveau-Brunswick, les IP ne sont pas autorisées à travailler dans les unités de patients hospitalisés. Vous ne pouvez donc pas poser de diagnostic ni prescrire des tests ou des médicaments. De plus, ces fonctions dépassent le champ d'exercice des II. Par ailleurs, vous devez utiliser le titre d'II lorsque vous vous présentez et lorsque vous signez des documents.

Cependant, comme vous êtes aussi IP, il se peut qu'on s'attende à ce que vous appliquiez vos connaissances avancées en évaluation de la santé, ce qui signifie que vous pourriez évaluer chez un client des problèmes qu'une II pourrait ne pas constater. Si un tel cas se présente, vous devez faire part de vos constatations d'évaluation à un autre fournisseur (un médecin, par exemple) pour qu'un suivi ait lieu.

L'AIIINB n'appuie pas un exercice concomitant ou simultané des deux professions dans un même emploi, un même quart de travail ou une même situation clinique où la personne pourrait fonctionner à la fois dans le rôle d'II et le rôle d'IP, car cela contribuerait à la confusion des rôles et à brouiller les questions relatives à la reddition de comptes.

J'ai un client avec qui la relation est de plus en plus difficile, et je veux y mettre fin. Est-ce que je peux mettre fin à la relation IP-client, et que dois-je prendre en considération?

À moins que d'autres dispositions pour la prestation des soins puissent être prises immédiatement, une telle décision ne devrait être prise que dans des circonstances inhabituelles et pour de très bons motifs.

Les clients ont le droit d'être informés, de poser des questions, d'insister sur le consentement éclairé et de demander une deuxième opinion si cela est raisonnable. Ils ont aussi le droit d'accepter ou de refuser toute intervention ou tout traitement offert par l'IP. C'est seulement si le client fait quelque chose qui compromet de manière fondamentale sa relation avec l'IP que l'IP peut envisager de demander au client d'obtenir des soins ailleurs, par exemple : la personne refuse systématiquement toutes les interventions, manque constamment ses rendez-vous ou menace l'IP.

Dans de telles circonstances, l'IP est tenue de communiquer la nature du problème directement au client en lui indiquant clairement qu'il est possible que le client soit retiré de la pratique de l'IP. Ce n'est que si la situation ne peut être résolue après un tel avis que l'IP peut officiellement indiquer au client qu'elle



met fin à la relation. Lorsque la décision de mettre fin à la relation est définitivement prise, elle doit être communiquée au client directement, de préférence par courrier recommandé. Le client est alors informé que des soins continueront à lui être fournis pendant une période raisonnable pour lui donner le temps de prendre d'autres dispositions. Dans certains cas, une période de deux à trois mois est considérée appropriée. Il faut également indiquer au client que les dossiers pertinents seront acheminés, à sa demande, au nouveau fournisseur de soins primaires. Il est dans l'intérêt de l'IP de discuter avec l'employeur de son désir de mettre fin à une relation professionnelle avec un client pour voir si l'employeur a des politiques qui appuient l'IP.

Je suis infirmière praticienne. Est-il approprié que je fournisse des soins à des membres de ma famille ou à des amis?

En ce qui concerne la prestation de soins à des clients à titre d'infirmière praticienne (IP), l'AIINB considère un « membre de la famille » ou un « ami » dans le contexte de la capacité de l'infirmière praticienne de fournir des soins tout en maintenant un jugement objectif dans la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques.

En particulier, un membre de la famille ou un ami désigne le conjoint ou le partenaire, le père ou la mère, l'enfant, un frère ou une sœur, un grand-parent ou un petit-enfant de l'IP; le père ou la mère, l'enfant, un frère ou une sœur un grandparent ou un petit-enfant du conjoint ou du partenaire de l'IP; ou une autre personne avec qui l'IP a des rapports personnels ou affectifs qui peuvent la rendre inapte à exercer un jugement professionnel objectif dans la prise de décisions diagnostiques et thérapeutiques.

En tant qu'IP, vous devez déterminer si le client potentiel est une personne avec qui vous avez un lien affectif qui pourrait éventuellement vous mener à des actions non conformes à l'éthique ou vous empêcher de maintenir une relation objective et thérapeutique.

Dans une situation d'urgence, on s'attend à ce que l'IP prenne des mesures pour sauver des vies au meilleur de ses capacités professionnelles et selon ce que lui permet son champ d'exercice, peu importe la relation personnelle qui peut exister entre le client et l'IP.





165, rue Regent
Fredericton (N.-B.)
E3B 7B4

Tél. : 506-458-8731
Sans frais : 1-800-442-4417
www.aiinb.nb.ca

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Définition des établissements et centres de santé

Vous trouverez le profil du réseau contenant l'ensemble de ses points de services.

Les établissements proposés d'être discutés prioritairement par les travaux du comité sont : Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet, Hôpital de Tracadie-Sheila, Hôpital général de Grand-Sault, Hôpital Stella-Marie-de-Kent, Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin, Centre de santé communautaire St-Joseph de Dalhousie et l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque.

Il est toutefois important de saisir leur rôle sur le continuum de soins avec les établissements régionaux et autres points de services communautaires.

Profil du Réseau

Population servie : 240 877*
Budget : 649 524 632 \$
incluant la dépréciation et
excluant l'Assurance-maladie

* Source : Recensement 2016, Statistique Canada

Fondations (10)

Fondation CHU Dumont (Moncton)
Fondation des amis de la santé (Campbellton)
Fondation de l'Hôpital régional d'Edmundston
La Fondation des Amis de l'Hôpital général de Grand-Sault inc.
Fondation Dr Romaric Boulay (Saint-Quentin)
Fondation de l'Hôpital régional Chaleur Inc. (Bathurst)
Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus Inc. 1988 (Caraquet)
La Fondation de l'Hôpital de Lamèque Inc.
Fondation Les Amis de l'Hôpital de Tracadie Inc.
Les Ami.e.s de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent (Sainte-Anne-de-Kent)

H Établissements hospitaliers (11)

Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
Centre Hospitalier Restigouche
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†
Hôpital de Tracadie-Sheila
Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
Hôpital général de Grand-Sault
Hôpital régional Chaleur
Hôpital régional d'Edmundston
Hôpital Régional de Campbellton
Hôpital Stella-Maris-de-Kent
Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

■ Centres de santé communautaires (3)

Centre de santé communautaire St. Joseph (Dalhousie)
Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
Centre de santé communautaire de Saint-Isidore

Centres de santé (6) et cliniques (6)

Centre de santé Chaleur (Pointe-Verte)
Centre de santé de Jacquet River
Centre de santé de Miscou
Centre de santé de Paquetville
Centre de santé de Sainte-Anne
Centre médical régional de Shédiac
Clinique de santé de Cocagne
Clinique de phlébotomie (Dieppe)
Clinique médicale de Kedgwick
Clinique médicale du Haut-Madawaska (Clair)
Clinique médicale E.L. Murray (Campbellton)
Clinique satellite de Saint-Paul-de-Kent

★ Unité / Centre - Anciens combattants (2)

Unité des anciens combattants - Hôpital Régional de Campbellton
Centre de santé des anciens combattants (Moncton)

● Centres de santé mentale communautaires (10) Point de service (1)

Bathurst	Kedgwick
Campbellton	Moncton
Point de service à Dalhousie	Richibucto
Caraquet	Shippagan
Edmundston	Tracadie
Grand-Sault	

▲ Santé publique – Bureaux principaux (12) Points de service (2)

Bathurst	Kedgwick
Campbellton	Moncton
Point de service à Dalhousie	Richibucto
Point de service à Jacquet River	Sackville
Caraquet	Shédiac
Edmundston	Shippagan
Grand-Sault	Tracadie

❖ Traitement des dépendances (4)

Services de traitement des dépendances (Tracadie)
Services de traitement des dépendances (Edmundston)
Services de traitement des dépendances (Bathurst)
Services régionaux de traitement des dépendances (Campbellton)

➔ Programme extra-mural – Bureaux (11)

Bathurst	Kedgwick
Caraquet	Lamèque
Dalhousie	Sainte-Anne-de-Kent
Dieppe	Shédiac
Edmundston	Tracadie
Grand-Sault	

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Mise à jour des services offerts et projets

Les hôpitaux et centres de santé communautaires identifiés offrent une liste considérable de services. Mme Johanne Roy, vice-présidente des Services cliniques, M. Stéphane, vice-président des Services de consultation externe et Services professionnels, M. Jacques Duclos, vice-président des Services communautaire et de Santé mentale vous présenteront verbalement les services offerts par leur secteur respectif.

La liste des établissements qui seront couverts dans les exposés sont : Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet, Hôpital de Tracadie-Sheila, Hôpital général de Grand-Sault, Hôpital Stella-Maris-de-Kent, Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin, Centre de santé communautaire St-Joseph de Dalhousie et l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque.

Lors d'une prochaine rencontre, le comité pourrait inviter Dre France Desrosiers, Vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche pour une mise à jour de ses secteurs.

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Processus d'évaluation des besoins des communautés

Le réseau de santé Vitalité a établi un processus afin d'évaluer l'ensemble de communauté de santé qu'il dessert, telles que défini par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Le réseau de santé Vitalité contient 13 des 33 communautés de santé de la province (Bathurst, Bouctouche, Campbellton, Caraquet, Dalhousie, Dieppe, Edmundston, Grand-Sault, Kedgwick, Moncton, Shediac, Shippagan, Tracadie-Sheila)

Vous trouverez le mandat des Comité consultatif communautaire (CCC) qui seront mis en place pour chacune communauté évaluée.

Les activités du CCC favorisent et sont des leviers importants pour l'engagement communautaire.

MANUEL : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF COMMUNAUTAIRE (CCC) – ÉVALUATION DES BESOINS DES COMMUNAUTÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ (ÉBCS)	N° :	
Section :		Date d'entrée en vigueur :	2018-04-06
Mandataire :		Date de révision précédente :	2018-05-23
Approbateur :		Approuvée le :	2018-05-23
Établissement(s)/programme(s) :			

RAISON D'ÊTRE

Le comité consultatif communautaire (CCC) favorise l'engagement communautaire tout au long du processus d'ÉBCS et fournit des conseils et des recommandations sur les priorités en matière de santé et de mieux-être dans la communauté. Le CCC établit des liens entre la communauté, le Réseau de santé Vitalité et les différents intervenants communautaires. Il sert à mobiliser efficacement les partenaires communautaires, les fournisseurs de services, les groupes communautaires et les personnes dans l'élaboration d'approches intersectorielles à l'échelle de la communauté pour améliorer l'état de santé de la population.

RESPONSABILITÉS

Dans une perspective de mobilisation communautaire et une approche axée sur la santé de la population, les responsabilités du CCC sont réparties en deux volets, soit durant la conduite de l'ÉBCS et le suivi qui en découle.

Durant la conduite de l'ÉBCS :

- Fournir des conseils et des recommandations sur les priorités en matière de santé et de mieux-être dans la communauté. Pour ce faire :
 - Prendre connaissance des données actuellement disponibles sur l'état de santé de la communauté, fournies par le Réseau de santé Vitalité et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.
 - Demander une recherche de données additionnelles pour les secteurs d'activité manquant au besoin.
 - Organiser la rétroaction de la communauté en regard des besoins en matière de santé et de mieux-être dans la communauté.

- Passer en revue les grands thèmes qui se dégagent du processus de consultation des ÉBCS.
- Participer à la priorisation des besoins en matière de santé et de mieux-être de la communauté et à l'identification de ses points forts.

Après la conduite de l'ÉBCS :

- Partager les résultats de l'ÉBCS auprès de la communauté.
- Exercer un rôle de mobilisation, de promotion et d'influence auprès des partenaires concernant la mise en œuvre d'initiatives pouvant avoir un impact sur les besoins identifiés.
- Coordonner le suivi des recommandations qui relèvent du secteur communautaire sous forme de plan de mise en œuvre.
- Partager son avis auprès du Réseau de santé Vitalité sur des sujets pouvant affecter la livraison des soins et services de santé.

COMPOSITION

Le CCC est composé de représentants de la communauté et d'organismes communautaires qui ont une influence sur les déterminants de la santé dans la communauté, de représentants du Réseau et de personnes de la communauté, de façon à favoriser des échanges sains et constructifs portant sur l'ensemble des déterminants de la santé.

La formation du CCC tient compte des déterminants de la santé afin d'assurer une perspective large de la définition de la santé ainsi que l'expertise représentative des divers déterminants de la santé.

La formation du CCC est orchestrée par le Réseau de santé Vitalité, en collaboration avec ses partenaires.

Le nombre de membres est ajusté en fonction de la communauté évaluée. L'identification des groupes focus est effectuée par le CCC.

FONCTIONNEMENT

- Le CCC détermine la fréquence des rencontres.
- D'autres personnes peuvent se joindre aux rencontres sur invitation.
- La coordonnatrice de projet joue un rôle de facilitatrice lors des rencontres du CCC.
- La présidence du CCC sera nommée par les membres du comité. Le membre qui occupera le rôle de président agira en tant que porte-parole du CCC, animera la discussion des rencontres au besoin et supportera la Coordonnatrice de projet dans le processus de l'ÉBCS.

- Le ou la co-président(e) du CCC remplacera le ou la président(e) en cas d'absence ou de retrait du comité.
- Le rôle de secrétaire sera nommé à tour de rôle et devra prendre des notes au cours de la rencontre pour ensuite les acheminer à la Coordinatrice après la rencontre.
- L'assiduité des membres est primordiale pour assurer la continuité des discussions, mais la nomination exceptionnelle d'un remplaçant peut être acceptable si celui-ci possède une expertise similaire au membre régulier.
- Les membres sont encouragés à participer dans la langue de leur choix. Au besoin, les communications seront faites dans les deux langues officielles.
- Le quorum aux réunions est atteint avec la présence de la moitié des membres plus un.
- Le Réseau de santé Vitalité appuiera le CCC dans le cadre des suivis.
- L'ÉBCS est reconduite tous les cinq ans.

INFORMATION ADDITIONNELLE

Communauté : Le territoire couvert par chaque communauté évaluée par le Réseau de santé Vitalité est déterminé en fonction du découpage fait par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

Règles de conduite : Les recommandations du CCC se font par consensus. Cela s'exerce par des discussions ouvertes et respectueuses ainsi que par l'écoute active. La confidentialité est également primordiale. Le consensus s'exprime par la solidarité des membres envers les positions et recommandations émises par le CCC.

Afin d'assurer l'efficacité des rencontres, les membres sont invités à respecter les horaires établis et à éviter les conversations en marge de la discussion principale, car elles risquent de détourner l'attention.

DÉFINITIONS

Approche de santé de la population (santé populationnelle) : L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant le plus d'incidence sur notre santé, et tente d'influer sur ceux-ci (les déterminants de la santé).¹

Évaluation des besoins des communautés en matière de santé (ÉBCS) : Une évaluation des besoins des communautés en matière de santé (ÉBCS) est un processus dynamique et continu visant à cerner les atouts, les forces et les besoins des

¹ Gouvernement du Canada, [Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?](#) [page consultée le 2017-12-15]

communautés, ce qui permet d'établir des priorités en matière de mieux-être et de santé afin d'améliorer l'état de santé de la population. L'objectif principal d'une telle évaluation est d'établir une liste par ordre prioritaire des problèmes de santé et de mieux-être qui pourront renseigner les preneurs de décisions sur l'affectation des ressources dans la communauté.²

Soins de santé primaires : Les soins de santé primaires constituent le premier niveau avec lequel les patients, leur famille ou la collectivité sont en contact dans le réseau de santé et le premier niveau d'un processus de soins de santé continu. Ils peuvent comprendre l'éducation, la promotion et la prévention en matière de santé sur le plan individuel ou collectif, l'évaluation, les services de diagnostic, l'intervention et le traitement.³

RÉFÉRENCES

Gouvernement du Canada, [Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?](#) (page web consultée le 11 décembre 2017)

Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick (2017), *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins des collectivités en matière de santé* (version 2 août 2017)

Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick* (version consultée le 11 décembre 2017)

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Profils communautaires* ([site Internet](#))

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

² Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick (2017), *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins des collectivités en matière de santé*, page 4

³ Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*, page 29

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Charte des hôpitaux ruraux du N.-B. (Égalité Santé en Français)

Vous trouverez ci-joint la charte des hôpitaux ruraux du Nouveau-Brunswick produit par Égalité Santé en français.



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
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.

Efficiencia : 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'usager.

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'usager. D'ailleurs la littérature médicale a fait la preuve que l'efficacité et l'efficience 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'usager 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 démobilité 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 de 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 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

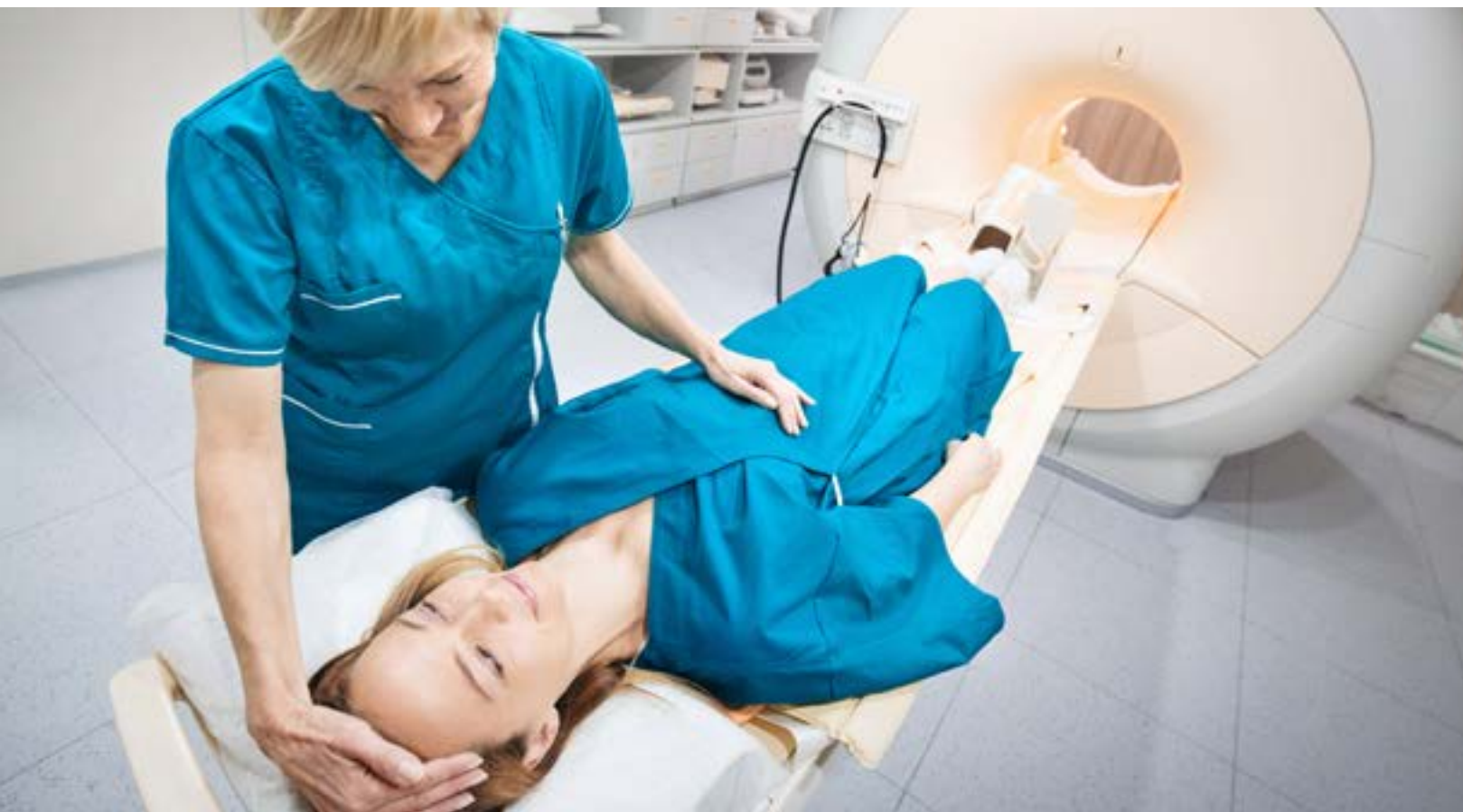
Si l'état a à cœur l'équité et la justice envers tous les citoyens sur l'ensemble de son territoire, la seule option possible est d'améliorer la qualité des services de santé et en particulier l'accessibilité de ceux-ci en milieu rural.

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 approprié 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.



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
- Kinésologue
- 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 télémedecine 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

Note couverture

Réunion du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires
Le 26 septembre 2018

Objet : Horaire des rencontres

Vous trouverez ci-joint les dates et heures suggérées pour les rencontres du comité.

Réunions du Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires

Dates et heures suggérées :

- Le mercredi 26 septembre 2018 – 13 h 30 à 15 heures
- Le jeudi 1 novembre 2018 – 13 h 30 à 15 heures
- Le jeudi 10 janvier 2019 – 13 h 30 à 15 heures
- Le jeudi 7 mars 2019 – 13 h 30 à 15 heures
- Le jeudi 16 mai 2019 – 13 h 30 à 15 heures