





Plan des services cliniques Document de consultation

Novembre et décembre 2015

Plan de présentation

- Contexte
- Portrait de la population et du Réseau de santé Vitalité
- Tendances
- Transformation et modernisation
- Réorganisation du système hospitalier
- Économie et investissement
- Conditions de succès

CONTEXTE

Contexte

- Démarche du Gouvernement du Nouveau-Brunswick pour revoir l'ensemble des programmes
- Deux scénarios proposés par le ministère de la Santé au Réseau de santé Vitalité pour analyse et rétroaction
- **Recherche de solutions : un incontournable**

Contexte

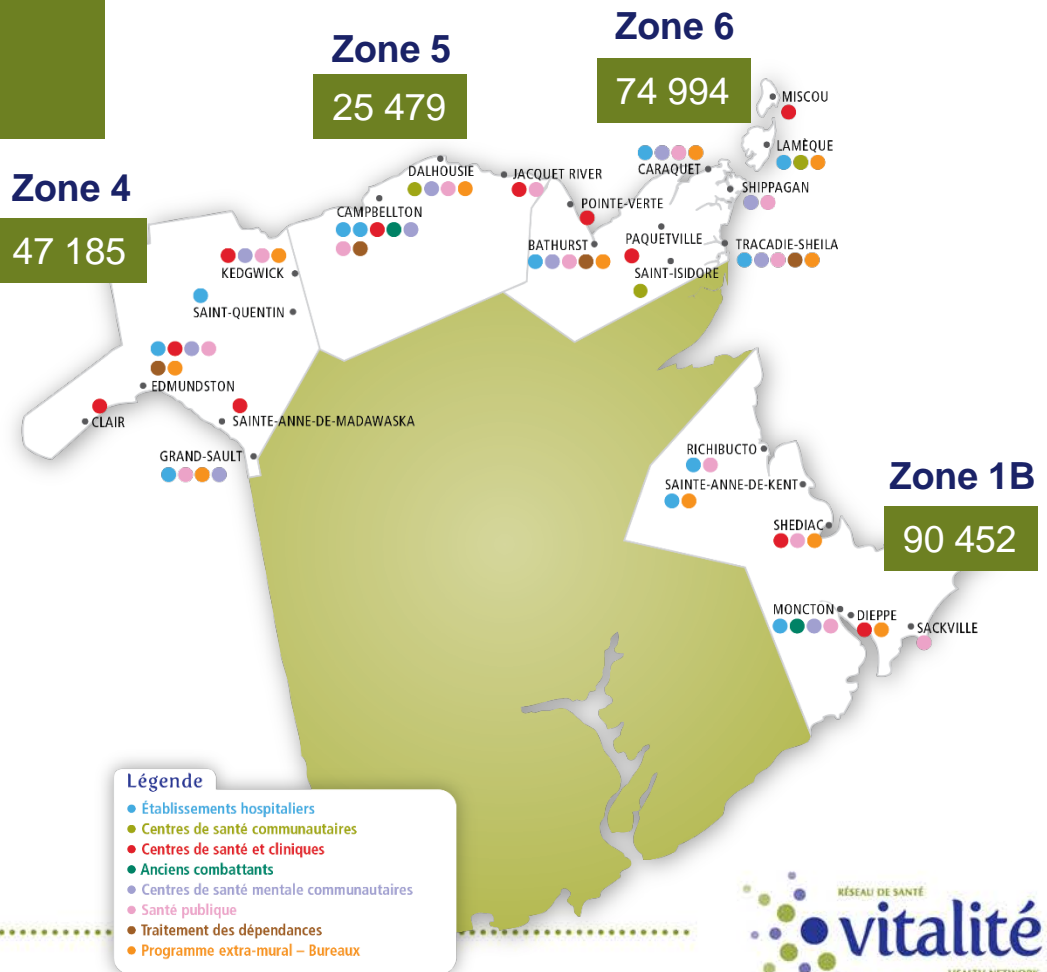
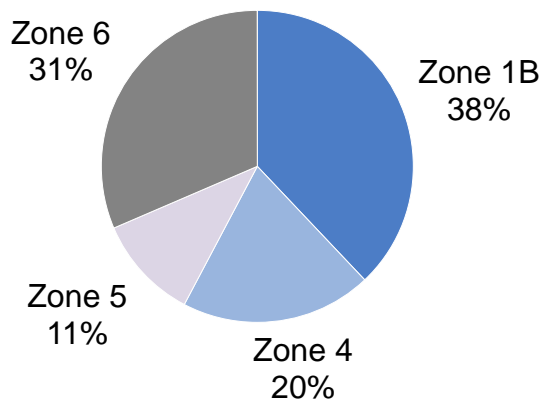
- Constats : désuétude du modèle actuel
 - Beaucoup de ressources
 - Ratios de médecins et de ressources humaines parmi les plus élevés au pays
 - Ratios de lits parmi les plus élevés au pays
 - Conditions de santé de la population du Nouveau-Brunswick parmi les plus défavorables, particulièrement sur le territoire du Réseau de santé Vitalité
- État de santé des populations très liés aux facteurs comportementaux et socioéconomiques, mais peu liés aux services de santé
- **Solution proposée : transformation et modernisation du Réseau de santé Vitalité**

PORTRAIT DE LA POPULATION ET DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Portrait populationnel

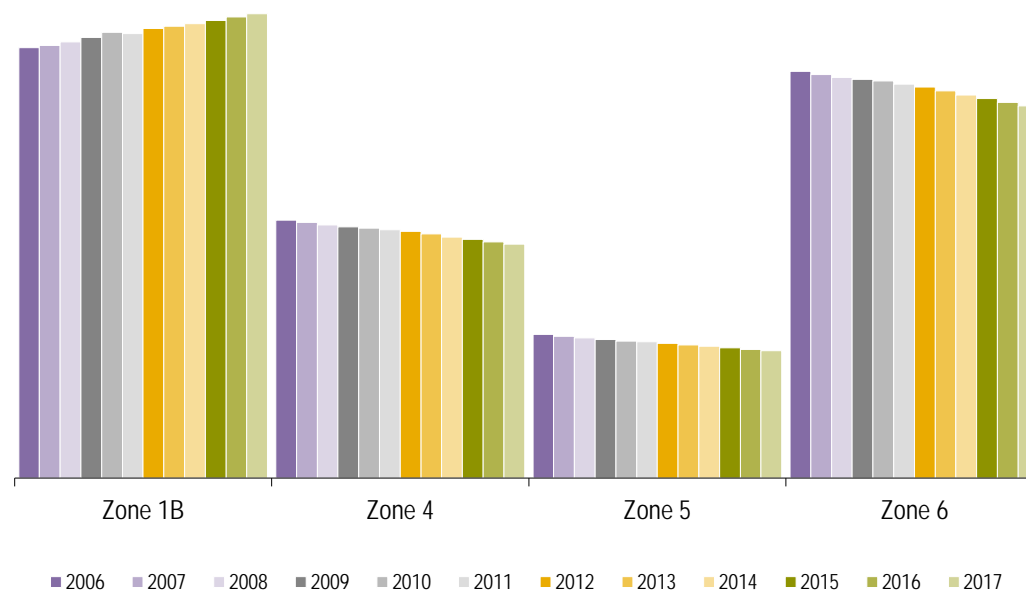
Population du Réseau en 2015 :
238 380 personnes
 (32 % de la population du
 Nouveau-Brunswick)

**Distribution de la population
 du Réseau par zone**



Portrait populationnel

Évolution de la population – 2006 à 2017



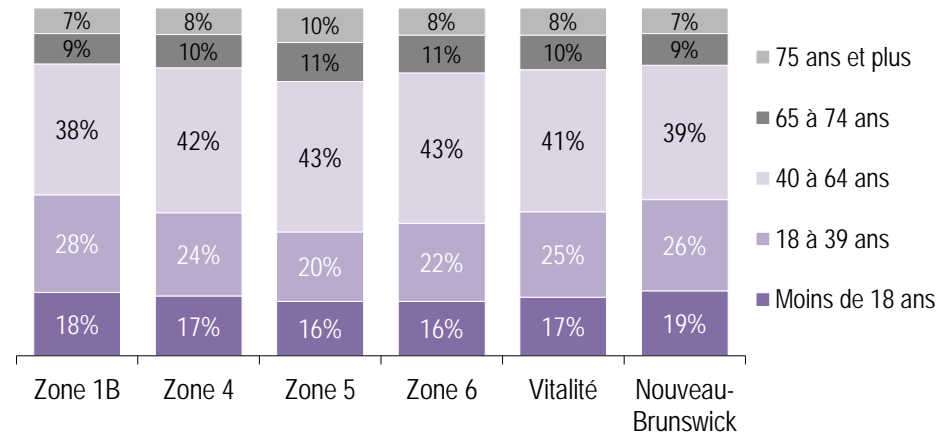
Source : Réseau de santé Vitalité

- Croissance de la population dans la zone 1
- Décroissance de la population dans les trois zones du nord

Portrait populationnel

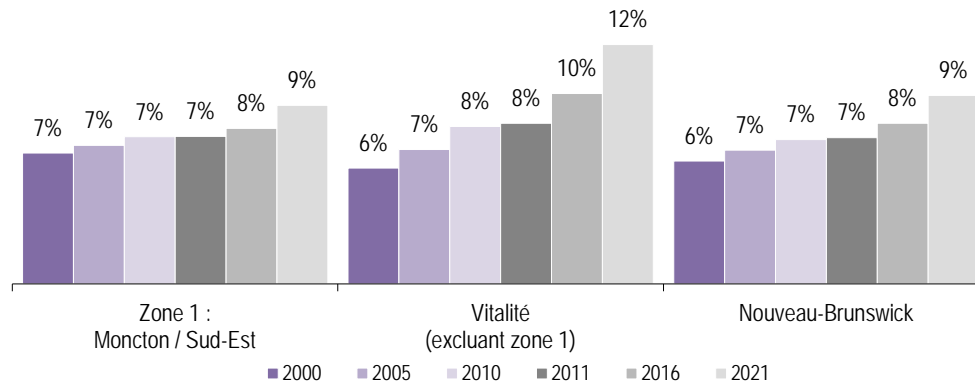
- Population du Réseau de santé Vitalité relativement âgée dans les zones du nord et, particulièrement, dans la zone 5
- Poursuite du vieillissement au cours des prochaines années

Distribution de la population par groupe d'âge – 2011



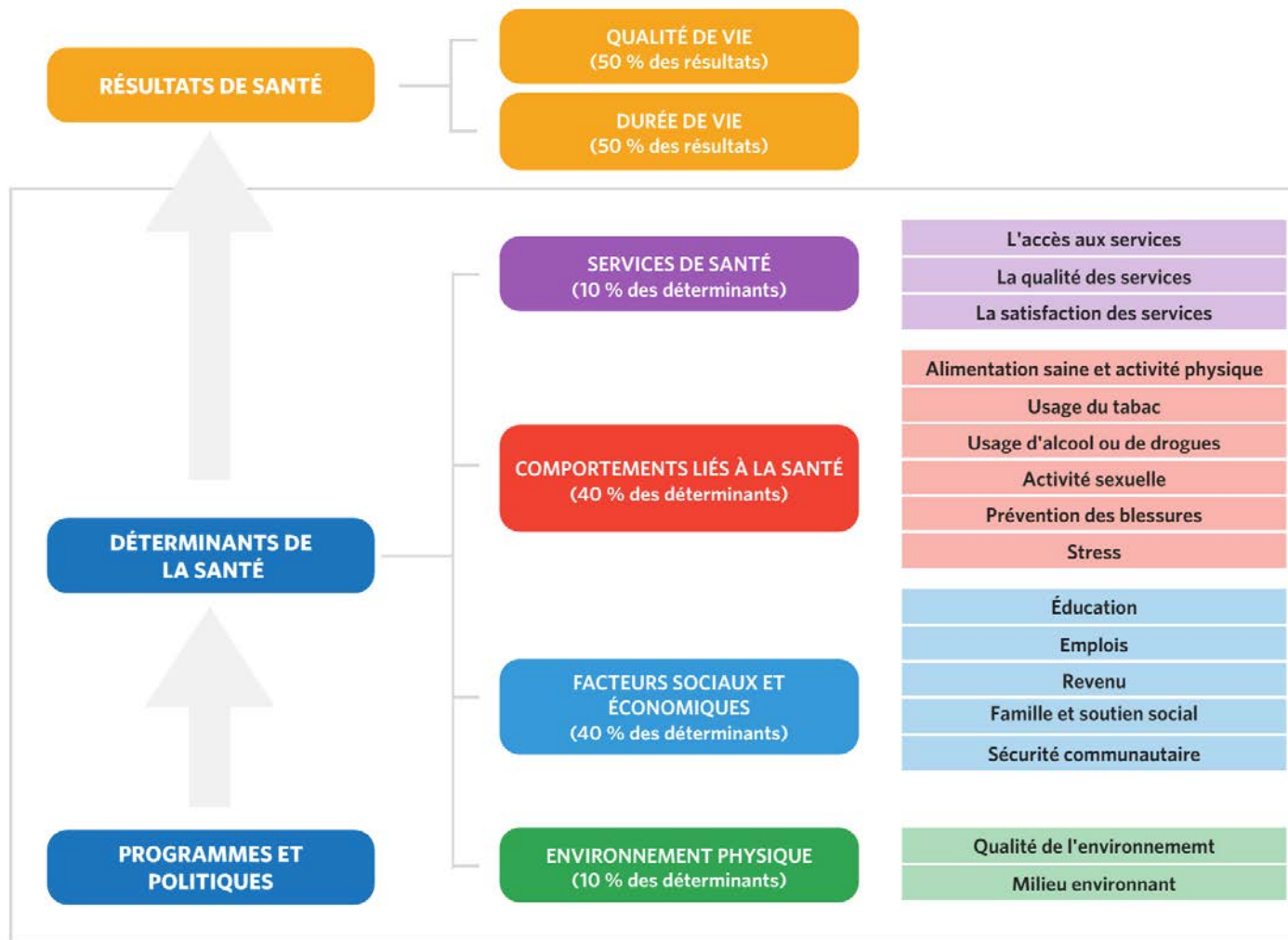
Source : Statistique Canada, Recensement 2011

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



Source : Réseau de santé Vitalité

Modèle de la santé de la population



Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Portrait de santé

- Nouveau-Brunswick par rapport au Canada
 - Province dont la population a la pire perception de sa santé, physique et mentale
 - Une des provinces les plus défavorisées en termes de scolarité, d'emploi et de revenus
 - Comportements liés à la santé à améliorer (alcool, tabac, activité physique)
- Portrait de santé des zones du Réseau de santé Vitalité
 - Zone 1 : relativement bon
 - Zone 4 : relativement mauvais sous l'angle de nombreux indicateurs
 - Zone 5 : généralement très mal positionnée, sauf pour les comportements liés à la santé
 - Zone 6 : généralement mieux positionnée que les zones 4 et 5 pour les indicateurs de résultats de santé et de comportements liés à la santé, malgré un profil socioéconomique très défavorable

Portrait de santé

Exemples d'indicateurs

	Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6	N.-B.	Canada
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	
Décès prématuré dû au cancer (années de vie perdues, taux pour 1 000, 2008-2012)	158	199	200	176	171	n/d
Rang	2/7	6/7	7/7	3/7		
Sans diplôme d'études secondaires (2011)	15,3 %	23,0 %	25,3 %	28,8 %	16,8 %	12,7 %
Rang	3/7	5/7	6/7	7/7	8/10	
Tabac, fumeurs réguliers ou occasionnels (2013)	18,4 %	24,9 %	29,5 %	24,0 % ^E	21,8 %	19,3 %
Rang	1/7	5/7	7/7	4/7	9/10	

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.

^E : À utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Portrait de santé de la population 2014-2015¹

Portrait de santé

Utilisation des services de santé primaires au cours des 12 derniers mois

2014	Zone 1	Zone 4	Zone 5	Zone 6	N.-B.
A visité un médecin de famille habituel	83,5 %	74,5 %	77,1 %	83,2 %	80,3 %
A visité une salle d'urgence à l'hôpital	37,5 %	54,8 %	48,0 %	51,2 %	41,3 %
A visité un centre de santé communautaire	5,5 %	3,0 % ^E	10,1 %	9,8 %	6,9 %

^E : À utiliser avec prudence, échantillon trop petit

Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage sur la santé primaire 2014

Lits d'hospitalisation

		Soins aigus	Soins chroniques et longue durée	Réadap- tation	Anciens combat- tants	CH Resti- gouche	Total
Zone 1B	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	256	21	25	40		342
	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	20					20
Zone 4	Hôpital régional d'Edmundston	139	30				169
	Hôpital général de Grand-Sault	20					20
	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	6					6
Zone 5	Hôpital régional de Campbellton	121	25		20		166
	Centre hospitalier Restigouche					152	152
Zone 6	Hôpital régional Chaleur	171	44				215
	Hôpital de Tracadie -Sheila	59					59
	Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ	12					12
	Hôpital de Lamèque	12					12
	Total	816	120	25	60	152	1 173

Note : Portrait avant la reclassification de lits de soins aigus en lits de soins chroniques au 1^{er} avril 2015 :
27 lits reclassifiés au CHU Dr-Georges-L.-Dumont et 26 lits reclassifiés à l'Hôpital régional d'Edmundston

Services de santé dans la communauté

	Zone 1B	Zone 4	Zone 5	Zone 6
Centres de santé communautaires			<ul style="list-style-type: none"> • St. Joseph 	<ul style="list-style-type: none"> • Lamèque • Saint-Isidore
Centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Centre médical régional de Shediac 	<ul style="list-style-type: none"> • Sainte-Anne 	<ul style="list-style-type: none"> • Jacquet River 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaleur • Miscou • Paquetville
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique de phlébologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique médicale du Haut-Madawaska • Clinique médicale de Kedgwick 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique E.L. Murray 	
Centres de santé mentale communautaire	<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
Santé publique	<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
Traitement des dépendances		<ul style="list-style-type: none"> • Edmundston 	<ul style="list-style-type: none"> • Campbellton 	<ul style="list-style-type: none"> • Bathurst • Tracadie-Sheila
Programme extra-mural	<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

Services de santé dans la communauté

Volumes d'activités pour 1 000 personnes (2014-2015)

	Zone 1B	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Moyenne Vitalité
Centres de santé communautaires et centres de santé					
Consultations	562	129	2 159	1 118	826
Programme extra-mural					
Admissions	33	34	33	30	32
Visites	784	1 010	838	666	797
Santé publique					
Immunisation : vaccins en milieu scolaire	50	17	23	21	32
Évaluation du trottineur en santé : cas évalués	7	5	3	5	6
Santé mentale communautaire					
Nouvelles demandes de services	18	21	26	29	23
Personnes ayant reçu des services	27	43	59	56	43
Suivi thérapeutique - adultes	22	33	49	45	34
Suivi thérapeutique - enfants/ados	5	10	10	10	8
Traitement des dépendances					
Admissions	Services offerts par le Réseau Horizon	7	7	5	6
Personnes ayant reçu des services externes		13	10	8	10
Consultations externes		111	69	76	86

Source : Réseau de santé Vitalité, Rapport annuel 2014-2015 et population par zone en 2014

TENDANCES

Tendances

Maladies chroniques

- État de situation
 - Première cause de décès à l'échelle mondiale
 - Au Canada, plus des deux tiers de tous les décès causés par quatre maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires et MPOC)
- Services de santé à adapter
 - Promotion de la santé et prévention de la maladie
 - Recours à une équipe interdisciplinaire en première ligne
 - Soins et services continus, intégrés et coordonnés
 - Engagement de la personne dans la prise en charge de sa maladie

Tendances

Maladies chroniques

- Enjeux
 - Organisation actuelle des services davantage axée sur la réponse à des problèmes de santé aigus
 - Approche actuelle peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée
 - Services généralement offerts en milieu hospitalier
 - Peu de mécanismes formels de transmission de l'information entre les partenaires

Tendances

Organisation des soins et services

- D'un point de vue global
 - Renforcer les services de première ligne
 - Hiérarchiser les soins (primaires, secondaires, tertiaires; généraux, spécialisés, surspécialisés, etc.)
 - Organiser les services et l'expertise en réseaux
 - Placer les ressources spécialisées ou en quantité limitées au service d'un réseau plutôt que d'un établissement
 - Miser sur l'interdisciplinarité
 - Standardiser les pratiques

TRANSFORMATION ET MODERNISATION

Principes directeurs

Sept dimensions liées à la qualité des services

Accessibilité

Viabilité clinique

Équité

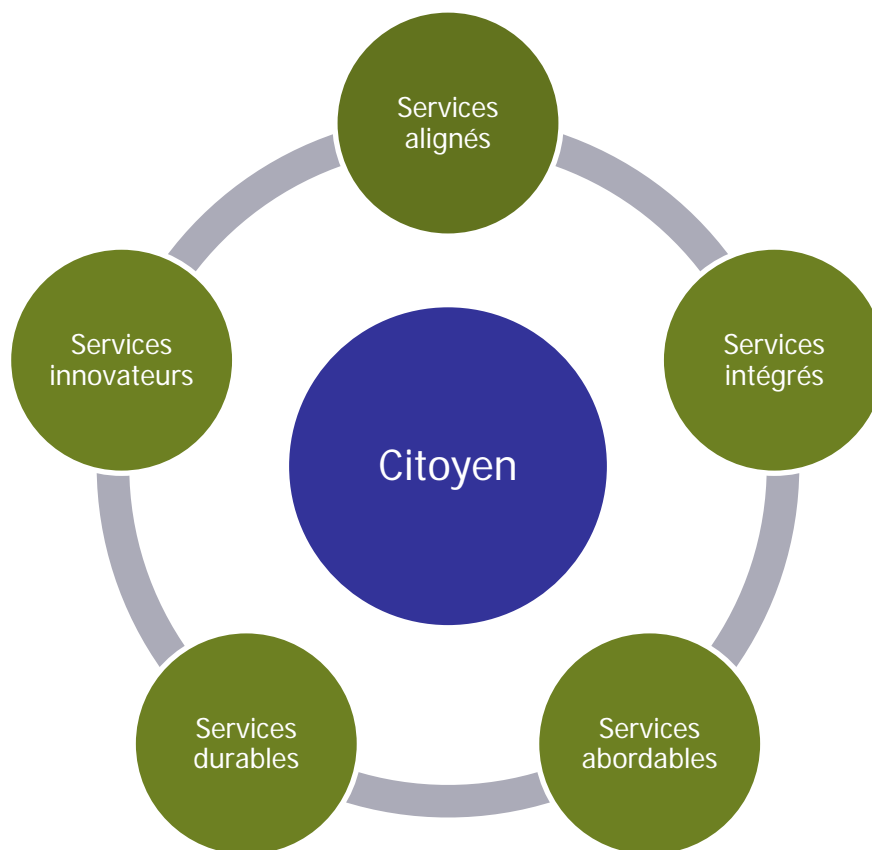
Sécurité

Caractère approprié (justesse)

Efficience

Efficacité

Services centrés sur le citoyen



Vision et fondements

Virage vers les services de santé primaire, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires, de même que sur les soins et les services à domicile

Fondements

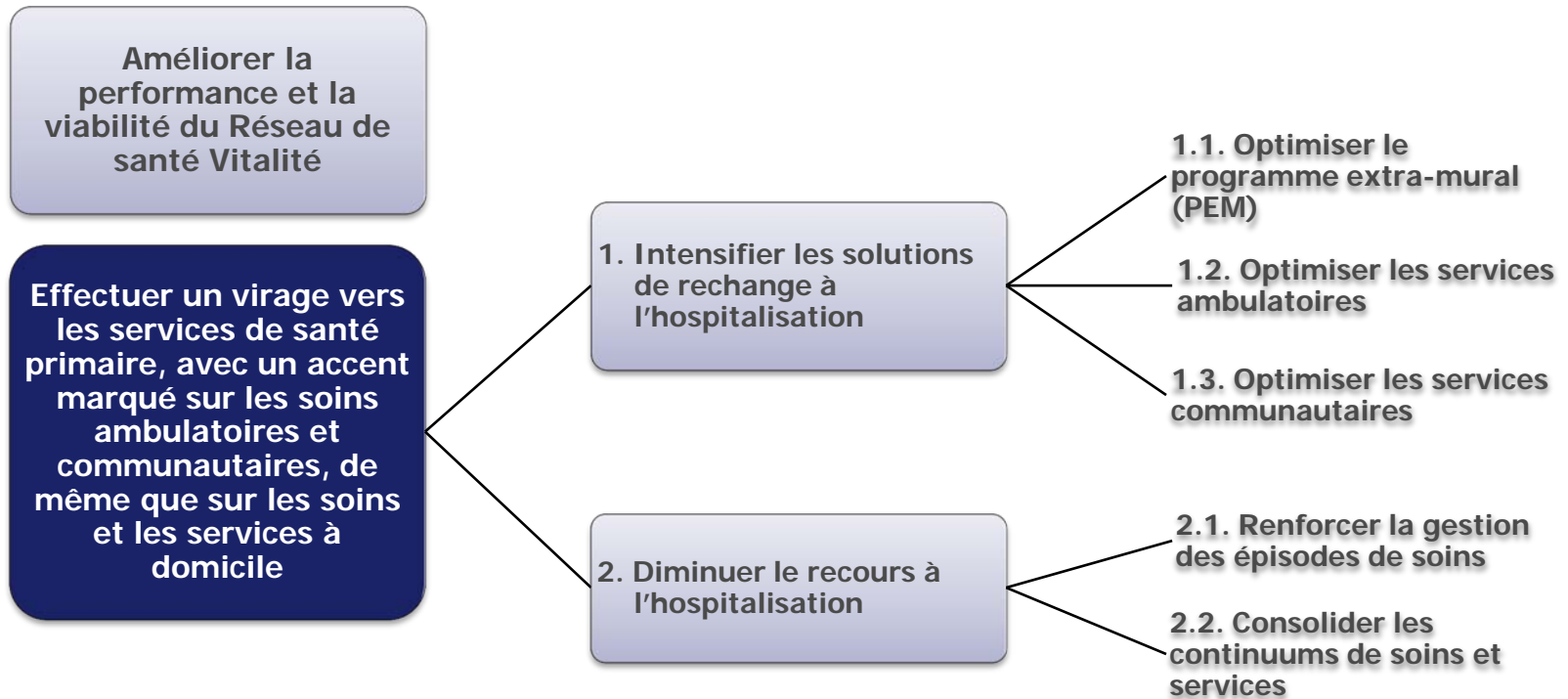
- Pour les personnes
 - Reconnaissance de la primauté des personnes
 - **Action préventive sur les déterminants de la santé**
 - Accent sur les services pour les personnes les plus vulnérables
- Pour l'organisation des services
 - Offre de services pertinents
 - Vision de **performance globale, standards élevés de qualité et données probantes**
 - Gamme de **services harmonisés** sur l'ensemble du territoire
 - **Interdisciplinarité**
 - Services spécialisés organisés **en réseau**

Vision et fondements

Fondements (suite)

- Pour les pratiques cliniques
 - Équipe multidisciplinaire dans les cabinets de médecin et centres communautaires
 - Modèle de gestion de cas et plans de services individualisés (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)
- Pour la gestion du Réseau
 - Développement d'une **gouvernance clinique** forte
 - **Engagement** des médecins, professionnels de santé et des communautés
 - **Confiance mutuelle** entre les médecins et l'organisation

Plan de transformation



Plan de transformation – Rechange à l'hospitalisation

1. Intensifier les solutions de rechange à l'hospitalisation

1.1. Optimiser le PEM

- 1.1.1. Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services
- 1.1.2. Améliorer la prise en charge médicale des patients du PEM
- 1.1.3. Intégrer les services du PEM dans chacun des programmes-clientèles
- 1.1.4. Augmenter les soins à domicile aux clientèles de longue durée (personnes âgées, malades chroniques)
- 1.1.5. Développer l'évaluation/l'intervention gériatrique à domicile
- 1.1.6. Développer les services de réadaptation à domicile
- 1.1.7. Développer la télésanté à domicile
- 1.1.8. Développer les soins palliatifs à domicile
- 1.1.9. Augmenter les ressources pour maintenir à domicile les cas les plus lourds
- 1.1.10. Améliorer l'accès aux services de soutien de courte durée
- 1.1.11. Optimiser le recours aux services de soutien à la personne pour une courte durée
- 1.1.12. Faciliter l'accès des clientèles à domicile aux services diagnostiques et aux consultations spécialisées médicales et professionnelles (ex. « hôpital virtuel »)
- 1.1.13. Optimiser la coordination avec les services d'aide et de soutien à domicile

Plan de transformation – Rechange à l'hospitalisation

1. Intensifier les solutions de rechange à l'hospitalisation

1.2. Optimiser les services ambulatoires

- 1.2.1 Maintenir les services d'urgence tout en mettant en place les prérequis à une réduction de ces services la nuit dans les hôpitaux communautaires
- 1.2.2 Créer un hôpital de jour
- 1.2.3 Assurer un accès à des services de réadaptation en externe
- 1.2.4 Développer des cliniques spécialisées (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, clientèle âgée avec besoins multiples, clientèle santé mentale, etc.)
- 1.2.5 Optimiser les services de suppléance rénale

Plan de transformation – Rechange à l'hospitalisation

1. Intensifier les solutions de rechange à l'hospitalisation

1.3. Optimiser les services communautaires

- 1.3.1 Soutenir le développement de milieux de vie adaptés aux besoins des aînés
- 1.3.2 Décentraliser certaines cliniques spécialisées dans les centres de santé communautaires/équipes de santé familiale
- 1.3.3 Développer de nouveaux centres de santé communautaires/équipes de santé familiale ou bonifier l'offre de services de centres existants
- 1.3.4 Développer les soins palliatifs communautaires
- 1.3.5 Améliorer l'accès rapide à un médecin de famille par la création de réseaux de cliniques médicales
- 1.3.6 Optimiser la complémentarité entre les équipes de soins multidisciplinaires en première ligne et les pharmaciens de la communauté pour le suivi thérapeutique
- 1.3.7 Mettre en place des services de crise intégrés à l'intention de la clientèle de santé mentale
- 1.3.8 Créer un service de soutien dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves (modèle FACT)

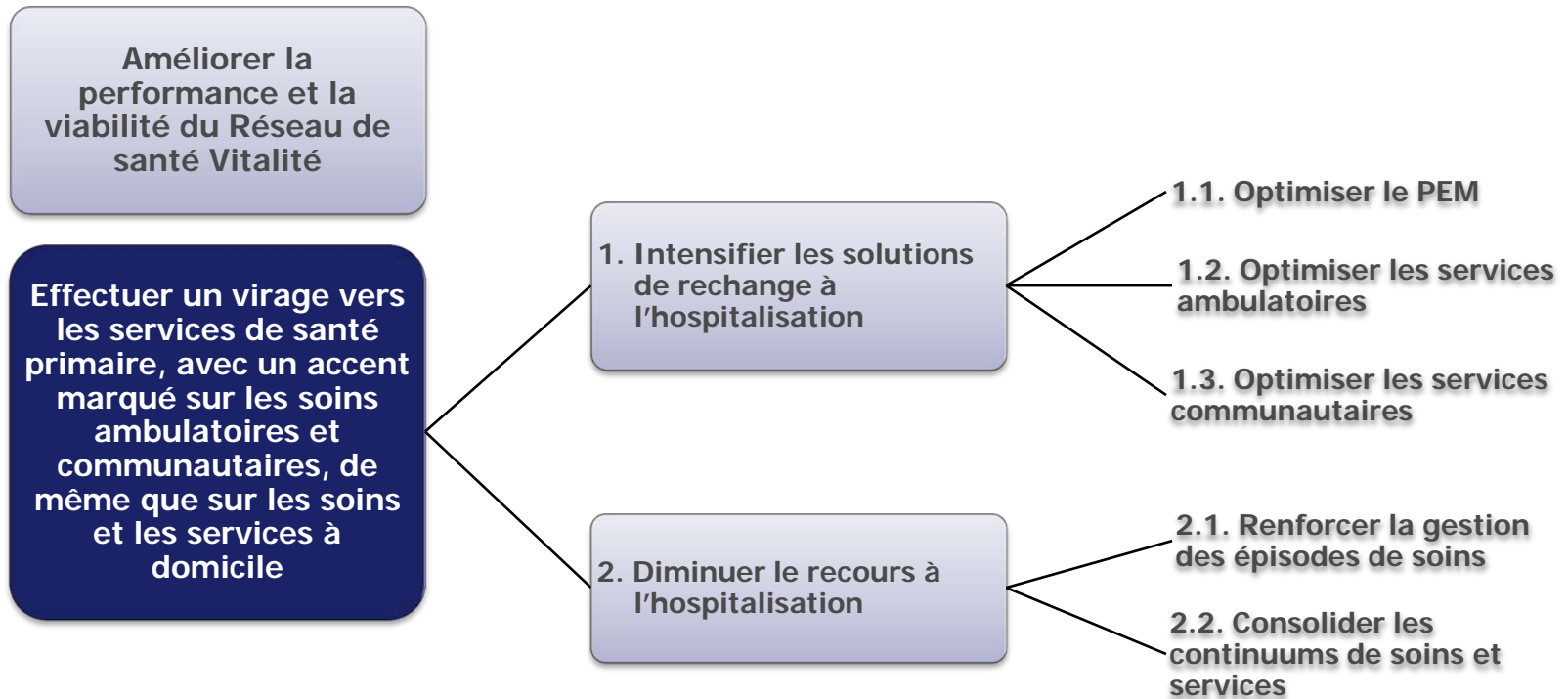
RÉORGANISATION DU SYSTÈME HOSPITALIER

Organisation médicale

Départements régionaux de médecine	Divisions
Médecine générale	Médecine familiale
	Urgence
Médecine spécialisée	Cardiologie
	Dermatologie
	Endocrinologie
	Gastro-entérologie
	Gériatrie
	Médecine interne générale
	Néphrologie
	Neurologie
	Oncologie
	Physiatrie
	Pneumologie
	Rhumatologie
	Mère-enfant
Obstétrique	
Pédiatrie	

Départements régionaux de médecine	Divisions
Psychiatrie	
Chirurgie	Anesthésie
	Bariatrique
	Générale
	Gynécologie
	Ophtalmologie
	ORL
	Orthopédie
	Plastie
	Thoracique
	Urologie
Services diagnostiques	Vasculaire
	Médecine de laboratoire
	Radiologie

Rappel du plan de transformation



Plan de transformation – Diminution de l'hospitalisation

2. Diminuer le recours à l'hospitalisation

2.1. Renforcer la gestion des épisodes de soins

- 2.1.1 Confier la gestion quotidienne de l'utilisation des lits à des « gestionnaires de l'épisode de soins » (GES)
- 2.1.2 Développer et mettre en place des protocoles de suivi systématique des clientèles
- 2.1.3 Repérer les grands consommateurs de services hospitaliers qui pourraient bénéficier d'un plan de services individualisés
- 2.1.4 Gérer au quotidien la pertinence des admissions et des jours d'hospitalisation
- 2.1.5 Développer des protocoles d'ententes et des couloirs de services avec les foyers de soins
- 2.1.6 Instaurer des protocoles de retour des patients dans leur établissement d'origine
- 2.1.7 Atteindre le plein potentiel de chirurgie d'un jour
- 2.1.8 Développer la télésanté (consultations à distance)

Plan de transformation – Diminution de l'hospitalisation

2. Diminuer le recours à l'hospitalisation

2.2. Consolider les continuums de soins et services

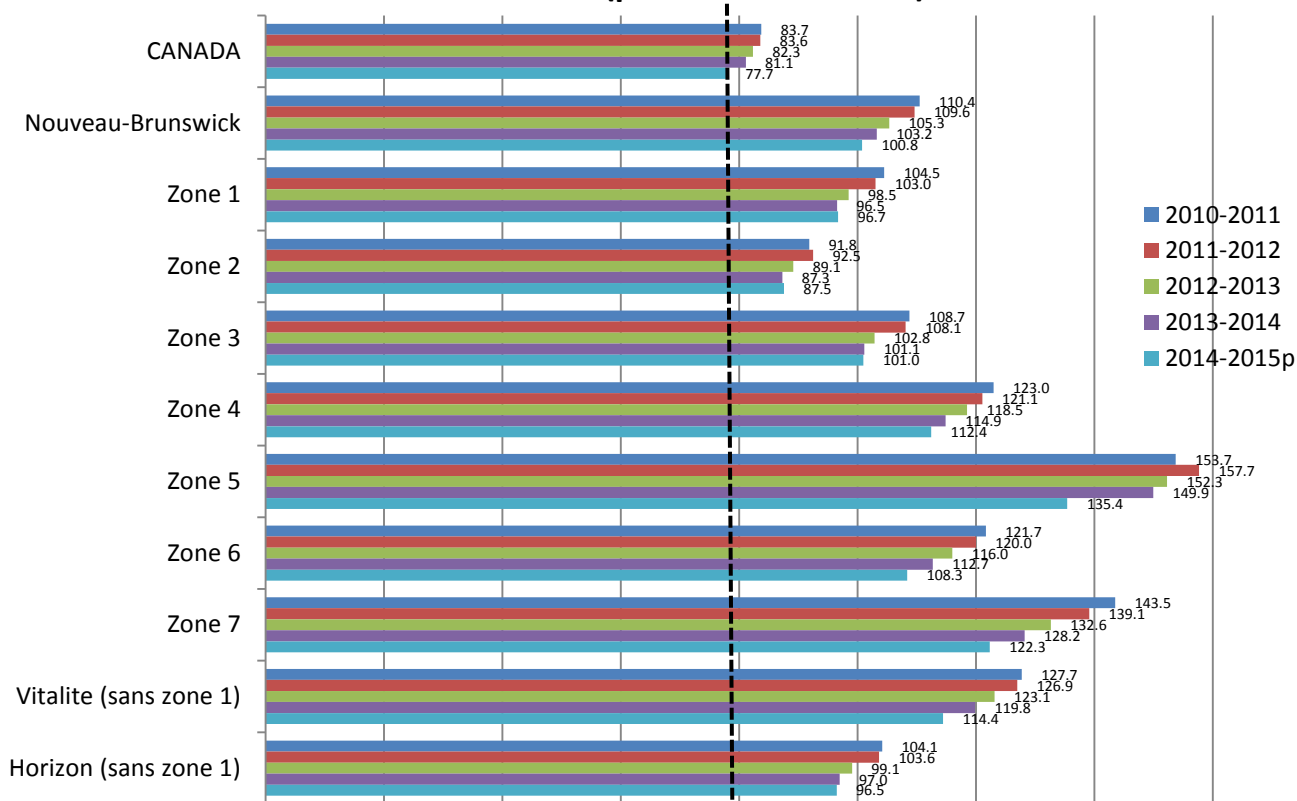
- 2.2.1 Améliorer l'intégration avec les soins et services extra-muraux (pré-hospitaliers, ambulatoires, communautaires, à domicile)
- 2.2.2 Optimiser les trajectoires de services par programmes-clientèle
- 2.2.3 Instaurer un guichet d'accès unique pour chacun des programmes-clientèles
- 2.2.4 Mise en place de l'accès clinique

Recours à l'hospitalisation

- Plusieurs études et analyses comparatives démontrent la surutilisation des lits d'hospitalisation au Nouveau-Brunswick et dans le Réseau de santé Vitalité en particulier
 - Taux d'hospitalisation par 1 000 habitants élevé par rapport à la moyenne canadienne
 - Nombre de lits pour 1 000 habitants élevé par rapport aux autres provinces canadiennes et par rapport aux autres pays de l'OCDE

Recours à l'hospitalisation

Taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge, soins aigus, 2010-2015
(par 1 000 habitants)



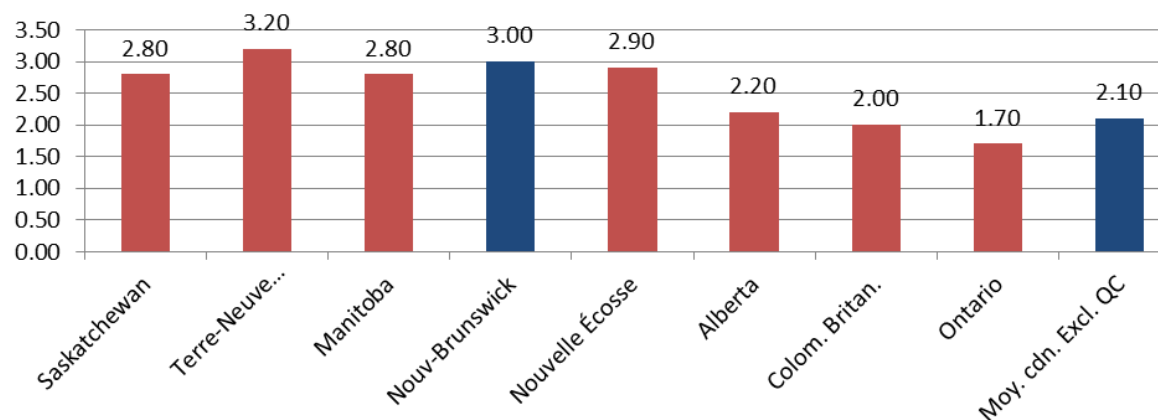
Note : Taux standardisé d'hospitalisation selon l'âge, excluant les nouveau-nés. Basé sur le lieu de résidence du patient (province ou région).

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).

Recours à l'hospitalisation

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

Lits de soins aigus par 1 000 habitants – Avril 2014

	Nombre de lits aigus	Nombre lits aigus par 1 000 habitants
Vitalité	816	3,41
Horizon	1 400	2,70
Nouveau-Brunswick	2 216	2,92

Source : Réseau de santé Vitalité, Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018

Recours à l'hospitalisation

- Part importante des lits de soins aigus occupés par des patients de niveau de soins alternatif (NSA)
 - En grande partie des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié, foyer de soins ou domicile avec soins et services adaptés
 - En 2014-2015, l'équivalent de 177 lits occupés par des patients NSA parmi les lits de médecine familiale du Réseau
- Part importante des lits occupés par des patients atteints de maladies chroniques et par des patients prêts pour un congé

Fermeture de 99 lits

	Population desservie (<i>Service Populations</i>)	Lits de soins aigus	Lits de soins aigus pour 1 000 personnes desservies	Lits de soins aigus pour 1 000 personnes desservies - Cible	Lits évitables par zone
CHU Dr-Georges-L.-Dumont	91 694	256			
Hôpital Stella-Maris- de-Kent	1 615	20			
Zone 1B	93 309	276	2,96	2,82	13
Hôpital régional d'Edmundston	44 744	139			
Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	1 366	6			
Hôpital général de Grand-Sault	1 716	20			
Zone 4	47 826	165	3,45	2,88	27
Hôpital Régional de Campbellton	27 964	112			
Zone 5	27 964	112	4,01	3,13	25
Hôpital régional Chaleur	66 076	171			
Hôpital de Tracadie -Sheila	6 745	59			
Hôpital de Lamèque	335	12			
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ	1 549	12			
Zone 6	74 705	254	3,40	2,94	34
Vitalité	243 804	807	3,31	2,91	99

Population desservie selon données du ministère de la santé

Lits de soins aigus avant la reclassification de certains lits au 1^{er} avril 2015

Lits de soins aigus excluant les berceaux, les unités d'anciens combattants, la réadaptation, le CH de Restigouche et 9 lits de psychiatrie de l'Hôpital régional de Campbellton

Fermeture de 99 lits

- Réduction du ratio de lits pour 1 000 personnes de 3,31 à 2,91 (sur la base de la population desservie)
- Cible réaliste, proche de la moyenne actuelle du Nouveau-Brunswick, en tenant compte des particularités territoriales et socioéconomiques du Réseau de santé Vitalité
- Ratio de lits par zone pondéré pour tenir compte de la structure d'âge de la population de chaque zone
- Le nombre de lits évitables serait beaucoup plus élevé si la cible de lits par 1 000 était plus basse

	Ratio de lits pour 1 000 personnes	Lits évitables
Selon ratio ciblé	2,91	99
Selon ratio du Réseau de santé Horizon	2,7	150
Selon ratio moyen du Canada	2,1	296

ÉCONOMIE ET INVESTISSEMENT

Économie et investissement annualisés

Économie	9 791 667 \$
Lits	
Lits récupérables	99
Réduction en ETP	127,4
Économie potentielle	9 441 667 \$
Imagerie médicale	
Réduction en ETP	7,0
Économie prévue	350 000 \$
Investissement de 50 % de l'économie liée à la réduction de lits	4 720 835 \$
Amélioration des alternatives à l'hospitalisation	
<ul style="list-style-type: none"> - Gestionnaires d'épisodes de soins - Optimisation du PEM et création d'un hôpital virtuel - Optimisation des services ambulatoires - Optimisation des services communautaires - Optimisation des services à domicile 	
Économie nette	5 070 832 \$

EN CONCLUSION

En conclusion

- Approche proactive face à l'organisation des services et mise en place de changements porteurs d'avenir.
- Meilleure prise en charge par des services et soins dans la communauté.
- Réduction des jours NSA augmentant significativement les jours d'hospitalisation disponibles pour les soins actifs et activités opératoires, médecine et rapidité accrue des admissions des services d'urgence.
- Meilleure utilisation des lits de soins de courte durée.
- Des suivis mieux adaptés aux besoins changeants de la population.

