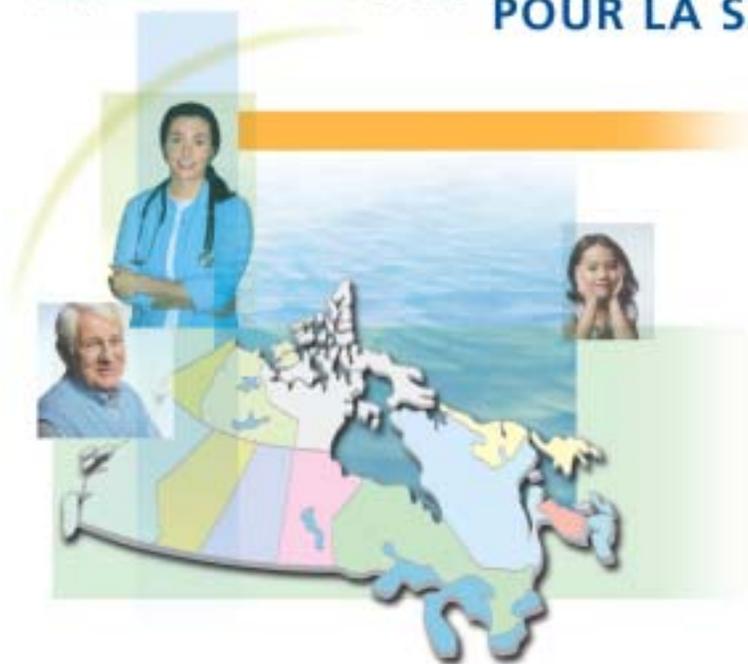

PRÉPARER
LE TERRAIN
POUR LA SANTÉ EN FRANÇAIS



RAPPORT FINAL



Société
Santé et Mieux-être en français
du Nouveau-Brunswick



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Préparer le terrain est une initiative conjointe de la Société Santé en français et de ses dix-sept réseaux. Cette initiative reçoit l'aide financière du Fond pour l'adaptation des services de santé primaires de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit d'efforts déployés par de nombreuses personnes - acteurs communautaires, décideurs politiques, gestionnaires d'établissements de santé, professionnels de la santé et membres du personnel d'établissements de formation. Ces efforts concourent à l'atteinte des objectifs fixés par le projet *Préparer le terrain (PLT)* au Nouveau-Brunswick.

La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) souhaite remercier et souligner la précieuse collaboration de Santé Canada; du Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, notamment par le biais de l'appui de sa sous-ministre, Nora Kelly; et des Régies régionales de la santé de la province. De plus, la SSMEFNB souhaite manifester sa reconnaissance envers son comité de pilotage, dont les membres sont les suivants :

Lise Duguay	Directrice du Réseau-action Formation et recherche de la SSMEFNB
Pierrette Fortin	Professeure agrégée de philosophie à l'Université de Moncton - Campus d'Edmundston
Dr Edouard Hendriks	Président directeur général, Régie régionale de la santé quatre
Barbara Losier	Directrice générale du Mouvement acadien des communautés en santé-NB
Léo-Paul Pinet	Directeur du Centre de bénévolat de la Péninsule Acadienne Inc.
Dr. Aurel Schofield	Directeur du Centre de formation médicale du N.-B. et Président sortant de la SSMEFNB
Lyne St-Pierre-Ellis	Conseillère des ressources professionnelles en santé au Ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B.
Marcel Thébeau	Membre du Conseil d'administration de la Régie de la santé de la Vallée
Bernadette Thériault	Vice-présidente, santé communautaire, Régie de la santé Acadie-Bathurst
Gilles Vienneau	Directeur général de la SSMEFNB

Leur participation bénévole, leur appui et leur expertise dans la planification et dans la réalisation de ce mandat sont forts appréciés.

La SSMEFNB tient aussi à remercier tous les individus et les groupes, qui ont participé au Forum provincial et aux consultations tenues dans le cadre de ce projet, pour leurs conseils et leur disponibilité.

Préparer le terrain au Nouveau-Brunswick

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Introduction

En mai 2004, la Société Santé en français dépose une proposition d'envergure nationale au Fonds d'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de Santé Canada : *Préparer le terrain (PLT)*. Ce projet a été conçu afin d'appuyer les efforts des réseaux Santé en français, partout au pays, afin qu'ils puissent effectuer une planification en matière de services de santé primaires en français en étroite relation avec leurs partenaires gouvernementaux.

C'est dans le cadre de ce projet national que s'inscrit le projet *PLT* spécifique au Nouveau-Brunswick (N.-B.), lancé par la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) lors de son assemblée générale annuelle en décembre 2004.

Au départ, les membres du Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB, les représentants et représentantes des réseaux-action de la SSMEFNB et des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et du Mieux-être ont élaboré les paramètres du projet, sa structure organisationnelle ainsi qu'identifier les cibles mesurables précises à être réalisées dans le cadre du projet *PLT*, soit :

- l'obtention d'un portrait d'ensemble des besoins des communautés francophones minoritaires dans la province;
- la production de divers outils d'appui aux travaux de planification des réseaux;
- la formation dispensée aux partenaires des réseaux et aux fournisseurs de services;
- la production de matériel d'information et de communication requis pour informer tous les partenaires de l'avancement des travaux;
- l'élaboration de plans de santé primaires en français touchant le mieux-être pour la province.

La recherche effectuée dans le cadre du projet *PLT* a permis de préciser les besoins des populations concernées et d'identifier des modèles d'organisation de services qui tiennent compte des services existants et des bonnes pratiques dans les différents domaines de soins et de services de santé primaires et du mieux-être.

Les enjeux spécifiques à la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick

Bien que le N.-B. soit une province officiellement bilingue régie par une Loi sur l'égalité des communautés linguistiques et que trente-quatre pourcent (34%) de sa population soit francophone, la répartition linguistique des populations francophones n'est pas la même partout sur le territoire. Dans le nord de la province, la population francophone vit principalement en situation majoritaire alors qu'elle est minoritaire dans le reste de la province. Des huit Régies régionales de la santé (RRS) de la province, cinq desservent un territoire où la population francophone est minoritaire. On constate que les enjeux liés à la prestation des soins et services de santé primaires en français pour les francophones du N.-B. diffèrent selon que l'on soit desservi par une régie régionale de la santé située en milieu francophone majoritaire ou une régie régionale de la santé située en milieu francophone minoritaire même si, légalement, les services doivent y être offerts dans les deux langues officielles de la province.

De plus, en dépit de la Loi sur les Régies régionales de la santé qui définit les soins de santé primaires, l'organisation des services ne tient pas compte de la spécificité de ces soins dans la réalité. Ceci représente un enjeu sur le plan de la cueillette de données étant donné qu'il n'y a aucune catégorisation claire et précise de ce que constituent ces services et programmes au niveau des RRS ou du ministère.

Enfin, le gouvernement du N.-B. a fait preuve de leadership en matière d'élargissement du champ d'intervention lié au mieux-être en sollicitant d'autres ministères à intervenir dans ce domaine et par la

création du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport en février 2006. À ce stade toutefois, les deux seuls groupes communautaires reconnus dans la stratégie du mieux-être du gouvernement sont des organismes bilingues. Une tendance à vouloir intégrer les groupes communautaires francophones à des groupes bilingues a été observée par les intervenants du secteur communautaire et est jugée comme une tendance inquiétante.

Les faits saillants

Afin d'atteindre les cibles identifiées, la SSMEFNB a créé et comblé le poste de Gestionnaire du projet - *Préparer le terrain*; créé le Comité de pilotage; et, par l'entremise d'un appel d'offres, retenu les services du cabinet-conseil Landal inc.

Soucieuse d'adopter une approche participative dans la mise en œuvre du projet *PLT*, le Comité de pilotage a été formé de membres du réseau de la SSMEFNB, soit un réseau représentatif des cinq (5) partenaires de la santé. Cette même approche a aussi été préconisée tout au long du projet.

Afin de rendre les résultats du projet *PLT* du N.-B. comparables à la réalité d'autres régions du Canada et de bien refléter la réalité actuelle des services de soins primaires de la province, la SSMEFNB a choisi d'aligner le cadre conceptuel du projet sur les priorités stratégiques du Plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* ainsi que sur les quatre principes de la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires. Le cadre conceptuel préconisé s'appuie sur les quatre (4) principes suivants : santé de la population; accès et prestation de services; pratiques collaboratives / ressources humaines; et information.

Afin d'obtenir un portrait fidèle de la réalité néo-brunswickoise en matière de soins et services de santé primaires, une cueillette de données a été effectuée par le biais de grilles de cueillette de données appelées « panier provincial de services », conçues à partir d'une recherche approfondie sur les types de services possibles et leur catégorisation. Cette cueillette de données a aussi été alimentée par deux (2) études complémentaires, l'une portant sur les ressources humaines et l'autre sur le mieux-être.

Chacune des RRS de la province a été invitée à compléter les grilles selon les services de soins de santé primaires offerts. Cette cueillette de données a permis d'identifier les services et les programmes offerts dans chacune des régions.

Une validation complémentaire des données recueillies auprès des RRS a été effectuée auprès des communautés francophones par le biais de neuf consultations ciblées réunissant cent seize personnes provenant de toutes les régions desservies par les RRS.

De plus, un Forum provincial a été organisé dans le but de valider le processus dans son ensemble, d'élever la discussion des enjeux à un niveau provincial et d'impliquer les cinq (5) partenaires de la santé dans le processus d'identification des priorités.

Suivant l'identification des priorités et à la lumière des données recueillies tout au long du processus, un plan d'action décennal a été développé.

Les principales constatations

Suivant la cueillette de données effectuée pour compléter le panier provincial de services, les consultations ciblées et le Forum provincial, plusieurs constats ont été émis. Ces constats ont mené à l'identification des priorités suivantes :

Priorités : Santé de la population

- renforcer les capacités de la population francophone et acadienne de la province afin qu'elle soit en mesure de jouer un rôle actif dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques publiques liées aux soins et services de santé primaires;

- poursuivre le virage (collectif et individuel) vers le mieux-être en s'assurant que les spécificités des communautés soient prises en compte et que les progrès anticipés soient mesurables et qualifiables;
- gérer de manière plus efficace les maladies chroniques en mettant l'accent sur les bonnes pratiques afin que les personnes vivant avec l'une de ces maladies apprennent à prendre soins d'elles-mêmes tout en gérant leur maladie de façon active;
- appuyer une meilleure prise en charge de la santé par les communautés et la population.

Priorités : Accès et prestation des services

- mettre en place des centres de santé communautaires multifonctionnels et/ou des points de services multidisciplinaires, axés sur l'éducation, la sensibilisation, la promotion et la prévention pour tous et que ceux-ci soient stratégiquement répartis sur le plan géographique;
- mettre en place des centres de santé, à gouvernance partagée avec la communauté francophone, pour desservir les populations francophones et acadiennes de Miramichi, Fredericton et Saint-Jean;
- mettre en place un répertoire intégré des services offerts par le système formel, les organismes communautaires et le secteur privé. Incorporer la notion du point d'entrée unique (guichet unique) avec une équipe multidisciplinaire et une coordination et une diffusion d'information sur la santé et les gammes de services offerts à la communauté;
- élaborer des politiques linguistiques en matière de prestation des soins et des services de santé primaires.

Priorités : Pratiques collaboratives/ressources humaines

- effectuer un rapprochement entre les intervenants et actions du système et les intervenants et actions de la communauté;
- reconnaître, mettre à contribution et optimiser les ressources et les compétences existantes en travaillant en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, tout particulièrement en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques;
- recruter et former des professionnels francophones et inciter les jeunes à s'orienter dans les domaines où la demande est importante.

Priorités : Accent sur l'information

- mettre sur pied une stratégie de gestion de l'information liée aux capacités linguistiques des intervenants tout en développant des indicateurs et mécanismes d'évaluation du progrès;
- uniformiser les données disponibles en matière de soins et services de santé primaires;
- miser sur l'expertise et l'infrastructure déjà existantes dans le domaine de la télésanté. Les nouvelles technologies et les réseaux d'information et de communication peuvent nous permettre de diffuser de l'information sur la santé et mieux-être (ex : site Web Adosanté);
- vulgariser les informations liées aux soins et services de santé primaires et à leurs droits auprès de la population;
- mettre sur pied un mécanisme servant à inventorier les ressources humaines qui oeuvrent dans le domaine des soins et service de santé primaires.

Les stratégies et/ou modèles susceptibles de répondre aux besoins issus des priorités ci-dessus ayant été citées sont, entre autres, :

- la mise en place de centres santé communautaires (CSC) ou de Centres de santé multifonctionnels notamment dans les milieux francophones minoritaires ;
- la prestation des soins et services du Programme extra-mural;
- l'élargissement et l'appui au programme Télé-soins;
- l'élargissement et l'appui aux modèles de collaboration communautaire tels que l'Université du 3^e âge, Grouille ou rouille, etc.;
- la mise en place d'un guichet unique d'informations.

Notre plan d'action

Afin de rendre les pistes d'action et les priorités opérationnelles, celles-ci sont traduites dans un plan de soins et de services de santé primaires pour la communauté acadienne et francophone du N.-B. Le plan d'action proposé ci-dessous découle des priorités ciblées au cours du processus et s'inspire du Cadre de gestion axée sur les résultats qui est présentement la norme de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de Santé Canada.

Les activités proposées dans le cadre de ce plan d'action sont hautement compatibles avec les actions et les initiatives qui sont proposées dans le Plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick*.

Le plan d'action proposé prévoit trois types de résultats anticipés, soit des résultats à long terme dits « Résultats ultimes/finaux », des résultats à moyen terme dits « Résultats intermédiaires » et des résultats à court terme dits « Résultats immédiats ». Les résultats anticipés se déclinent comme suit :

Résultats ultimes/finaux (10 ans)

1. L'état de santé et du mieux-être de la population acadienne et francophone du N.-B. s'est amélioré de façon significative.
2. L'accès et la prestation des soins et services de santé primaires répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B..
3. La qualité et l'efficacité des soins et services de santé primaires en français répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B..
4. La communauté acadienne et francophone du N.-B. a accès à des informations sur la santé et le mieux-être claires, précises et spécifiques à sa réalité.

Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)

1. 1 La population francophone a une participation active et soutenue dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques;
1. 2 La communauté a une meilleure prise en charge collective et individuelle de sa santé et de son mieux-être.
1. 3 Le virage vers le mieux-être est renforcé par le développement d'un environnement du mieux-être.
2. 1 Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean ont accès à des soins et services de santé primaires de qualité à partir de points de services et formules de livraison de services développés selon leurs besoins spécifiques.
2. 2 Les RRS sont dotées et utilisent des politiques linguistiques claires afin d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé primaires en français partout dans la province.
3. 1 Les soins et services système/hors système rencontrent les besoins de la population francophone plus efficacement grâce à une collaboration accrue.
3. 2 L'augmentation de pratiques collaboratives et autres formes d'intégration des services des professionnels de la santé rendent le système plus efficace et efficient.
3. 3 Le système de la santé répond mieux aux besoins linguistiques de la population francophone grâce à une gestion et utilisation plus efficace de ses ressources humaines bilingues et francophones.
4. 1 La population francophone a accès à une large gamme d'information sur les soins et services offerts par le secteur public, communautaire et privé en français dans toutes les régions de la province et offerte par un point d'information clair, unique et connu (guichet unique).
4. 2 Les informations et statistiques nécessaires à l'analyse de l'état de santé de la population francophone et à la planification des soins et services basées sur ce genre d'informations sont recueillies régulièrement, uniformément et rigoureusement ainsi que facilement accessible.

Résultats immédiats (1 à 3 ans)

- 1.1.1 Les capacités de la communauté à faire valoir ses besoins et priorités sont renforcées.
- 1.2.1 La communauté a l'accès souhaité aux installations sportives.
- 1.2.2 La communauté a l'accès souhaité à l'information sur la santé et le mieux-être.
- 1.3.1 Le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport reconnaît et consulte activement la communauté.
- 2.1.1 Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean déterminent et développent, en collaboration avec le gouvernement provincial et les RRS respectives, le ou les modes de livraison optimales pour répondre à leurs besoins et priorités spécifiques.
- 2.2.1 Les RRS de la province développent des politiques linguistiques claires et efficaces ou améliorent en ce sens leurs politiques existantes.
- 3.1.1 Une reconnaissance et mise à contribution des compétences du système et du secteur communautaire voué à la santé mènent à une plus grande gamme de services et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population acadienne et francophone.
- 3.2.1 Le gouvernement provincial et les RRS facilitent et encouragent le développement de pratiques collaboratives et autres formes de regroupement des professionnels de la santé.
- 3.3.1 Les RRS de la province développent des stratégies liées aux capacités linguistiques de leurs ressources humaines afin d'optimiser ces capacités.
- 4.1.1 L'ensemble des soins et services de santé primaires et de ressources en matière de mieux-être offerts en français est répertorié et rendu accessible dans un guichet unique d'information.
- 4.2.1 Une stratégie de cueillette et de gestion des informations sur l'état de la santé de la communauté et portant sur l'ensemble des déterminants de la santé est développée par le gouvernement provincial en collaboration avec Statistiques Canada, les RRS et la communauté.

Le modèle logique présenté dans les pages suivantes est issu des résultats ciblés. Il propose des activités, des ressources appelées « intrants » et des indicateurs de rendement permettant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action proposé.

Modèle logique

Principe : Santé de la population

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
1.1.1) Les capacités de la communauté à faire valoir ses besoins et priorités sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> * Déposer le rapport PLT de la SSMEFNB * Communiquer et diffuser largement les résultats du rapport * Élaborer des activités de suivis et de concertation suite au dépôt du rapport 	Ressources financières et ressources humaines SSMEFNB en partenariat avec organismes communautaires, les RRS et le Gouvernement provincial	Les instances gouvernementales et les RRS sont mieux informées quant aux besoins et priorités de la communauté Les organismes communautaires, les RRS et le gouvernement travaillent en collaboration
1.2.1) La communauté a l'accès souhaité aux installations sportives	<ul style="list-style-type: none"> * Négocier un accès accru aux installations scolaires par et pour la communauté 	Ressources financières Représentants communautaires et districts scolaires, ministères de l'Éducation et du Mieux-être	Les installations scolaires de toutes les communautés acadiennes et francophones de la province sont utilisées régulièrement par les membres de ces communautés
1.2.2) La communauté a l'accès souhaité à l'information sur la santé et le mieux-être	<ul style="list-style-type: none"> * Élaborer des stratégies régionales de marketing social, à partir d'un cadre provincial, concernant la gestion des maladies chroniques * Assurer qu'un langage simple et clair est utilisé dans l'élaboration du matériel écrit et électronique 	Ressources financières RRS en collaboration avec organismes communautaires et secteur privé	Tous les niveaux de la communauté sont mieux informés quant à la gestion des maladies chroniques
1.3.1) Le MMECS reconnaît et consulte activement la communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Établir des liens formels entre la SSMEFNB et le MMECS * Développer un mécanisme de consultation entre ces deux entités 	SSMEFNB et MMECS	La SSMEFNB, ainsi que des organismes communautaires clefs sont reconnus et consultés régulièrement par le MMECS
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
1.1) La population francophone a une participation active et soutenue dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques 1.2) La communauté a une meilleure prise en charge collective et individuelle de sa santé et de son mieux-être 1.3) Le virage vers le mieux-être est renforcé par le développement d'un environnement du mieux-être			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
1) L'état de santé et du mieux-être de la population acadienne et francophone du N.-B. s'est amélioré de façon significative.			

Principe : Accès et prestation de services

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
2.1.1) Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint Jean déterminent et développent, en collaboration avec le gouvernement provincial et les RRS respectives, le ou les modes de livraison optimales pour répondre à leurs besoins et priorités spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un espace clinique au Centre Samuel-de-Champlain de Saint Jean * Établir un point d'accès francophone-bilingue pour les services de promotion de la santé au CSC St. Joseph de Saint Jean * Établir un CSC au sein du Centre Communautaire Sainte-Anne de Fredericton * Appuyer et renforcer la collaboration déjà établie entre la communauté acadienne et francophone de Miramichi et la RRS 7 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>SSMEFNB, communautés francophones de Saint Jean, Fredericton et Miramichi, RRS 2, RRS 3 et RRS 7 et Gouvernement provincial</p>	<p>Un espace clinique est établi au Centre Samuel-de-Champlain de Saint-Jean</p> <p>Un point d'accès francophone-bilingue pour les services de promotion de la santé est établi au CSC St. Joseph de Saint -Jean</p> <p>Un CSC est établi au Centre Communautaire Sainte-Anne de Fredericton</p> <p>La communauté de Miramichi exprime un haut niveau de satisfaction par rapport à l'accès et la prestation des soins et services de santé primaires qui lui sont offerts</p>
2.2.1) Les RRS de la province développent des politiques linguistiques claires et efficaces ou améliorent en ce sens leurs politiques existantes	<ul style="list-style-type: none"> * Offrir un appui et une collaboration aux RRS dans le développement et la mise en application de politiques linguistiques * Développer des outils d'évaluation et d'appréciation pour déterminer l'impact des politiques linguistiques et le degré de satisfaction des utilisateurs 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>RRS, Gouvernement provincial et SSMEFNB</p>	<p>Chaque RRS de la province est dotée d'une politique linguistique claire et efficace</p> <p>Les utilisateurs expriment un haut niveau de satisfaction par rapport à l'offre active des services en français</p>
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
<p>2.1) Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean ont accès à des soins et services de santé primaires de qualité à partir de points de services et formules de livraison de services développés selon leurs besoins spécifiques</p> <p>2.2) Les RRS sont dotées et utilisent des politiques linguistiques claires afin d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé primaires en français partout dans la province</p>			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
2) L'accès et la prestation des soins et services de santé primaires répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B.			

Principe : Pratiques collaboratives / Ressources humaines

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
3.1.1) Une reconnaissance et mise à contribution des compétences du système et du secteur communautaire voué à la santé mènent à une plus grande gamme de services et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population acadienne et francophone	<ul style="list-style-type: none"> * Développer des protocoles de collaboration entre les RRS et les organismes communautaires * Utiliser les technologies appropriées pour favoriser la collaboration multi-sectorielle et lier les intervenants * Accorder une place aux professions émergentes et optimiser le rôle des professionnels de la santé ainsi que celui des intervenants communautaires * Mettre en place un mécanisme visant la reconnaissance des intervenants communautaires à titre professionnel * Tenir des foires d'information ou journées de développement professionnel regroupant les intervenants système / hors système 	<p>Ressources humaines et ressources financières</p> <p>RRS, Gouvernement provincial, SSMEFNB</p>	<p>Des protocoles de collaboration sont élaborés et mis en œuvre au niveau de chaque RRS de la province</p> <p>La collaboration et le partage d'expertise et d'information sont facilités par l'utilisation des technologies appropriées</p> <p>La gamme et la qualité des soins et services disponibles à la population francophone sont augmentées</p> <p>Les intervenants communautaires sont reconnus par les professionnels</p>
3.2.1) Le gouvernement provincial et les RRS facilitent et encouragent le développement de pratiques collaboratives et autres formes de regroupement des professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> * Mise sur pied de groupes de travail afin de déterminer et éliminer les barrières systémiques à la mise en place de pratiques collaboratives particulièrement en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques * Effectuer une analyse afin de déterminer les besoins de points de services multidisciplinaires stratégiquement placés en termes de géographie 	<p>Ressources humaines et ressources financières</p> <p>Gouvernement provincial, RRS et SSMEFNB</p>	<p>Les barrières à la mise en place de pratiques collaboratives sont identifiées et en voie d'être éliminées</p> <p>Un portrait des besoins de points de services multidisciplinaires est dressé</p>

Principe : Pratiques collaboratives / Ressources humaines (suite)

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
3.3.1) Les RRS de la province développent des stratégies liées aux capacités linguistiques de leurs ressources humaines afin d'optimiser ces capacités	* Développer des outils de gestion qui tiennent compte des besoins linguistiques de la clientèle et des RH disponibles pour répondre à ces besoins * Développer des outils de gestion de l'information liés aux capacités linguistiques des RH afin d'assurer une évaluation précise des capacités présentes au sein d'un service ou d'une région * Appuyer et bonifier les programmes d'acquisition de la langue seconde pour les RH des RRS	Ressources financières et ressources humaines RRS, Gouvernement provincial et SSMEFNB	Chaque RRS de la province peut offrir ses services dans la langue officielle choisie par le patient sans exception et avec un minimum de recours à des services d'interprétation
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
3.1) Les soins et services système/hors système rencontrent les besoins de la population francophone plus efficacement grâce à une collaboration accrue 3.2) L'augmentation de pratiques collaboratives et autres formes d'intégration des services des professionnels de la santé rendent le système plus efficace et efficient 3.3) Le système de la santé répond mieux aux besoins linguistiques de la population francophone grâce à une gestion et utilisation plus efficace de ses ressources humaines bilingues et francophones			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
3) La qualité et l'efficacité des soins et services de santé primaires en français répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B.			

Principe : Information

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
4.1.1) L'ensemble des soins et services de santé primaires et de ressources en matière de mieux-être offerts en français est répertorié et rendu accessible dans un guichet unique d'information	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un groupe de travail pour développer le volet « guichet » du projet – conception, technologies à utiliser, réseau à mettre en place * Répertorier les services et ressources mieux-être en français dans chaque région de la province pour alimenter le guichet d'information * Développer des modes de présentation et de diffusion de l'information qui tiennent compte des différents niveaux d'alphabétisation de la communauté 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>Gouvernement provincial, RRS, organismes communautaires et SSMEFNB</p>	<p>Les points de diffusion établis dans les communautés francophones de la province sont connus et accessibles par tous</p> <p>L'utilisation du guichet s'accroît de façon constante</p> <p>Les dédoublements sont atténués</p>
4.2.1) Une stratégie de cueillette et de gestion des informations sur l'état de la santé de la communauté et portant sur l'ensemble des déterminants de la santé est développée par le gouvernement provincial en collaboration avec Statistiques Canada, les RRS et la communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un groupe de travail pour développer la stratégie de cueillette et gestions des informations * Répertorier, analyser et publier les données 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>Gouvernement provincial, Statistiques Canada, RRS et RAFR de la SSMEFNB</p>	<p>Des données fiables sur l'état de la santé de la population acadienne et francophone sont recueillies et disponibles</p>
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
<p>4.1) La population francophone a accès à une large gamme d'information sur les soins et services offerts par le secteur public, communautaire et privé en français dans toutes les régions de la province et offerte par un point d'information clair, unique et connu (guichet unique)</p> <p>4.2) Les informations et statistiques nécessaires à l'analyse de l'état de santé de la population francophone et à la planification des soins et services basées sur ce genre d'informations sont recueillies régulièrement, uniformément et rigoureusement ainsi que facilement accessible.</p>			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
4) La communauté acadienne et francophone du N.-B. a accès à des informations sur la santé et le mieux-être claires, précises et spécifiques à sa réalité.			

Conclusion

Le développement des services de santé pour les Acadiens et francophones au Nouveau-Brunswick s'inscrit dans un contexte particulier. D'une part, il s'agit de la seule province officiellement bilingue au pays. D'autre part, la communauté acadienne et francophone, par sa taille relative (plus du tiers de la population), son cheminement socioéconomique et ses acquis sur le plan juridique, se distingue des autres communautés francophones minoritaires des autres provinces.

Au Nouveau-Brunswick, le dossier de la santé comporte ses propres caractéristiques linguistiques particulières. Contrairement à la situation dans les autres provinces, les services de santé doivent répondre à des impératifs juridiques sur le plan linguistique. La Charte canadienne des droits et libertés prévoit que « [l]e public a, au Nouveau-Brunswick, droit à l'emploi du français ou de l'anglais pour communiquer avec tout bureau des institutions de la législature ou du gouvernement ou pour en recevoir les services. » De même, dans le respect de cette disposition constitutionnelle, la Loi sur les langues officielles de la province reconnaît le « droit à l'emploi de l'une ou l'autre des langues officielles pour communiquer avec tout bureau des institutions de la Législature ou du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou pour en recevoir les services. » Depuis 2002, deux articles de cette *Loi* s'adressent directement au secteur de la santé. Il y est prévu que le Plan provincial des services de santé doit tenir compte de la prestation des services dans les deux langues officielles et qu'il existe une obligation de servir le public dans la langue officielle de son choix.

En 2003, dans la foulée de l'initiative du Comité consultatif des communautés francophones en milieu minoritaire du Ministre fédéral de la santé, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau Brunswick était créée et constituée de trois réseaux-action. Un de ses réseaux-action, le Réseau-action communautaire, faisait d'elle une Société à caractère particulier en reconnaissant formellement le rôle de la communauté en matière de santé et mieux-être et en accordant une importance à l'ensemble des déterminants de la santé et au mieux-être. La nouvelle Société répondait ainsi aux aspirations émergentes de la population dont le questionnement incluait déjà une réflexion sur le sujet de la santé elle-même. La réunion de ces trois réseaux-action en une société allait devenir l'organisme porteur des aspirations émergentes entourant les services de santé et le mieux-être chez les Acadiens et francophones. Consciente de cette nouvelle réalité, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick a élargi les paramètres du premier grand projet national intitulé *Préparer le terrain*, et les a adaptés à la réalité provinciale.

Pour adapter le projet *PLT* à la réalité provinciale il a été rapidement élargi pour y inclure le mieux-être. Ce faisant il allait documenter le rôle que joue le système formel dans la promotion, la prévention, le traitement des maladies chroniques et le soutien à la prise en charge par chaque individu de sa propre santé. C'est dans le contexte de cette particularité du projet que les enjeux qui préoccupent la population ont également été documentés. Regrettablement pour plusieurs, le projet était limité aux soins et services de santé primaires alors que les défis leur semblaient plus grands au niveau des services de santé secondaires et tertiaires. Cette limite n'a cependant pas semblé atténuer l'enthousiasme de la communauté acadienne et francophone face au projet. La participation fut vaste, les discussions intenses et les résultats riches en recommandations.

Le projet *Préparer le terrain* a cristallisé une volonté et a été rassembleur. L'implication du Ministère de la Santé et du Mieux-être (aujourd'hui Ministère de la Santé), le rôle très actif des régies de santé et des organismes communautaires ainsi que les centaines d'individus qui ont participé aux consultations en sont les témoins. En dépassant l'objectif national spécifique d'une identification des besoins au niveau de « l'accès à des services de santé en français », le projet a englobé l'ensemble des déterminants de la santé et est passé à celui du mieux-être et de la nécessité d'opérer un virage général des services de santé vers cet objectif. Le projet est devenu un tremplin pour que la population acadienne et francophone se positionne face à sa santé. C'est ainsi que les ressources communautaires en services de santé ou en action sur les déterminants de la santé se sont impliquées et ont été mises à partie du plan développé. En conséquence, le plan proposé ne comprend pas seulement des objectifs et activités pour le grand objectif national prévu dans *Préparer le terrain*, soit l'amélioration de l'accès à des soins et services de santé en français, mais comprend également des objectifs et activités reliés au grand concept des services de santé et de mieux-être que la population acadienne et francophone veut développer pour elle-même.

Tout au cours du projet *Préparer le terrain*, le concept de minorité a dû être traité à deux niveaux : celui de la population acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick, numériquement minoritaire dans cette province, et celui des différences régionales selon lesquelles les francophones sont majoritaires dans certaines régions sanitaires alors qu'ils sont minoritaires dans d'autres. Dans ce sens, le projet *Préparer le terrain* au Nouveau-Brunswick a conjugué avec les acquis considérables de la minorité acadienne et francophone en général pour atteindre des objectifs globaux de santé de la population tout en permettant aux minorités des régions sanitaires à majorité anglophone de recevoir l'appui d'un large projet provincial pour leurs initiatives locales.

Pour la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, le plan proposé trace des lignes d'action pour plusieurs années et en précise les activités pour le court terme. Pour les participants et participantes, il fournit un cadre à l'intérieur duquel chacun et chacune peut encadrer son projet selon un grand plan de société et obtenir plus facilement les appuis et les ressources. Une fois atteints, les résultats anticipés auront été l'occasion d'une concertation véritable. La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick incarne cette concertation. Le projet *Préparer le terrain*, exprimé en termes sociologiques, aura été un outil additionnel de prise en charge de sa santé par la population acadienne et francophone.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	1
INTRODUCTION	2
<i>Préparer le terrain</i>	3
<i>Rapport de Préparer le terrain</i>	5
MÉTHODES DE PRÉPARER LE TERRAIN	6
<i>La structure de gestion</i>	6
<i>La définition des termes</i>	6
Soins et services de santé primaires	6
Découpage territorial.....	7
<i>Le cadre conceptuel</i>	8
Les 4 principes des soins et services de santé primaires du projet PLT.....	10
<i>La cueillette des données</i>	11
Panier provincial de services décrits par les Régies régionales de la santé	11
Études complémentaires	13
<i>L'approche participative</i>	14
ENJEUX	16
<i>Cadre juridique propre au Nouveau-Brunswick</i>	16
<i>Soins et services de santé primaires</i>	17
<i>Spécificité géographique et linguistique des Régies régionales de la santé au N.-B.</i>	17
Régies régionales de la santé en milieu francophone majoritaire.....	17
Régies régionales de la santé en milieu francophone minoritaire.....	18
<i>Création du Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport</i>	18
LE BILAN	20
<i>Panier provincial de soins et services de santé primaires des régies</i>	20
L'étendue des services	20
Le portrait linguistique.....	21
La participation/ l'engagement communautaire	21
<i>Santé de la population</i>	22
Le virage vers le mieux-être.....	23
Les limites du système formel.....	24
La communauté au cœur du mieux-être	24
La santé de la population – régies en milieu francophone minoritaire	25
Les problématiques émergentes.....	25
<i>Accès et prestation de services</i>	27
Le manque d'omnipraticiens	28
Les centres de santé communautaires	28
L'accès et la prestation de services – régies en milieu francophone minoritaire.	29

Les forces du système formel et autres solutions porteuses	31
<i>Pratiques collaboratives / Ressources humaines</i>	33
Les constats des consultations ciblées	33
L'Étude complémentaire sur les ressources humaines.....	34
<i>Information</i>	39
L'information pour l'individu et la communauté	39
Les données spécifiques à la planification des services	40
Le dossier médical et le dossier de santé électronique.....	41
PISTES D'ACTION RECOMMANDÉES	42
<i>Santé de la population</i>	42
<i>Accès et prestation des services</i>	43
<i>Pratiques collaboratives/ressources humaines</i>	44
<i>Information</i>	45
<i>Modèles à émuler</i>	45
<i>Priorités</i>	46
Priorités : Santé de la population	46
Priorités : Accès et prestation des services	46
Priorités : Pratiques collaboratives/ressources humaines.....	47
Priorités : Accent sur l'information.....	47
PLAN DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRES.....	48
<i>Introduction</i>	48
<i>Résultats anticipés</i>	48
<i>Modèle logique</i>	50
<i>Mise en œuvre du plan de soins et de services de santé primaires</i>	56
CONCLUSION	57
ÉPILOGUE.....	60
<i>Stratégie de concertation et de mise en œuvre</i>	60
<i>Stratégies de communication et de diffusion</i>	61
Considérations pour la diffusion.....	61
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXE A - GRILLES DU PANIER PROVINCIAL DE SERVICES	65
ANNEXE B – BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES LORS DES CONSULTATIONS CIBLÉES	71

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CCCFSM - Comité consultatif des communautés francophones en milieu minoritaire

CGRR - Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation

CSC - Centres de santé communautaires

ECG - Électrocardiographie

EEG - Électroencéphalographie

EMG - Électromyographie

FASSP - Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

MMECS – Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport

MSME - Ministère de la Santé et du Mieux-être¹

N.-B. - Nouveau-Brunswick

OMS - Organisation mondiale de la santé

PLT - Préparer le terrain

RRS - Régies régionales de la santé

SCT - Secrétariat du Conseil du Trésor

SSMEFNB - Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick

TIC - Technologies de l'information et de la communication

¹ Depuis le 14 février 2006, ce ministère est connu sous l'appellation « ministère de la Santé »

INTRODUCTION

Le rapport de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada souligne que « bien que l'accès soit traditionnellement considéré du point de vue de la durée de l'attente ou de la distance, il peut aussi subir l'influence de facteurs sociaux et culturels tels que la langue, le sexe, le niveau d'instruction et l'état de santé. »² La langue représente à bien des égards un « déterminant » de la santé : en effet, plusieurs études sur les barrières linguistiques dans les services de santé indiquent que l'incapacité de communiquer adéquatement dans la langue de l'utilisateur produit des conséquences telles que :

- la diminution de la probabilité de recourir à des services préventifs;
- l'augmentation du temps de consultation, du nombre de tests diagnostiques, et de la probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements;
- l'influence sur la qualité des services là où une bonne communication est essentielle (par exemple, en pédiatrie, en psychiatrie, etc.);
- la diminution de la fidélité aux traitements;
- la réduction de la satisfaction à l'égard des soins et services reçus par les usagers.

Depuis le printemps 2000, les membres du Comité consultatif des communautés francophones en milieu minoritaire (CCCFSM) travaillent à améliorer l'accès aux services de santé en français dans toutes les régions du pays.

À l'automne 2001, le Comité a déposé auprès du ministre de la Santé fédéral un plan d'action basé sur ces constats et qui interpellait toutes les parties impliquées : les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral; les institutions de santé et de formation; les professionnels et professionnelles de la santé; et les communautés elles-mêmes.

La démarche proposée par le comité invitait les gouvernements à voir les services de santé en français comme un élément essentiel à l'amélioration de l'état individuel de santé des francophones et à l'appropriation de la santé par les communautés; somme toute, comme un investissement rentable qui améliore la qualité des soins offerts à tout un segment de la population.

² *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada* — Rapport Final; Commissaire : Roy J. Romanow; novembre 2002

Le plan d'action prévoyait des interventions dans cinq grands domaines :

- le développement de réseaux qui permettent d'animer et de concerter le milieu autour d'enjeux reliés à la santé et de planifier le développement de services de santé en français;
- le déploiement d'activités de formation qui assurent la disponibilité de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français;
- l'implantation de lieux d'accueil ou d'infrastructures pour la prestation de services de santé en français;
- la disponibilité d'informations stratégiques qui assurent une connaissance des besoins des populations à desservir et qui sont nécessaires pour une prestation efficace de services;
- l'utilisation de technologies qui permettent de briser l'isolement de certaines communautés.

Ce plan d'action a été validé par les différents intervenants lors d'un colloque tenu en novembre 2001 à Moncton au Nouveau-Brunswick qui réunissait près de 250 personnes de toutes les régions du pays. Suite à ce colloque, les réseaux ont commencé à se constituer, dont la Société Santé en français au niveau national, ainsi que la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB.)

Le 23 mai 2003, le ministre fédéral des Affaires intergouvernementales, confirmait au nom de sa collègue, la ministre de la Santé, qu'une somme de 20 millions de dollars provenant de l'enveloppe réservée aux communautés de langue officielle en situation minoritaire du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP), était allouée aux communautés francophones en situation minoritaire. Le but de l'enveloppe des communautés minoritaires est « De répondre aux besoins précis des communautés minoritaires francophones et anglophones de partout au pays en ce qui a trait à l'accès à des services de soins de santé primaires intégrés [...] qui complètent les efforts de renouvellement des provinces et des territoires ». La Société Santé en français assume la gestion de ces fonds alloués aux communautés francophones en situation minoritaire.

Préparer le terrain

En mai 2004, la Société Santé en français dépose une proposition d'envergure nationale au FASSP de Santé Canada : *Préparer le terrain (PLT)*. Ce projet a été conçu afin d'appuyer les

efforts des réseaux Santé en français partout au pays afin qu'ils puissent effectuer une planification en matière de services de santé primaires en français, en étroite relation avec leurs partenaires gouvernementaux.

C'est dans le cadre de ce projet national que s'inscrit le projet *PLT* spécifique au Nouveau-Brunswick. L'organisme porteur du projet, la SSMEFNB, l'a lancé lors de son assemblée générale annuelle en décembre 2004 en invitant Suzanne Nicolas, consultante en santé primaire et gestion, à présenter la conférence « La santé primaire : principes de base », puis en tenant une session de travail sur le projet *Préparer le terrain* dans le contexte néo-brunswickois.

À l'échelle nationale, la SSMEFNB est le seul réseau qui intègre le mieux-être comme un des piliers fondamentaux de sa structure. Le conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB, formé des cinq partenaires de la santé et du mieux-être de la communauté acadienne et francophone du N.-B. (c'est-à-dire les professionnels de la santé, les gestionnaires des établissements de santé, les institutions de formation, les décideurs politiques et la communauté) ainsi que les représentants et représentantes des trois réseaux-action de la SSMEFNB : le *Réseau-action Communautaire*, le *Réseau-action Formation et recherche* et le *Réseau-action Organisation des services*, ont donc, dès le départ, participé à établir les grandes lignes directrices du projet et confirmer l'engagement du ministère provincial de la Santé et du Bien-être dans l'initiative. D'ailleurs, la sous-ministre Nora Kelly a par la suite fait parvenir aux présidents-directeurs généraux des huit régions régionales de la santé, premiers responsables de la planification des services, une lettre pour solliciter leur soutien et leur participation au projet *Préparer le terrain*.

Une deuxième session de travail a eu lieu en février 2005 à Fredericton à laquelle participaient encore une fois les membres du conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB, les représentants et représentantes des réseaux-action de la SSMEFNB et des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bien-être. Cette session de travail a permis une élaboration plus spécifique des paramètres du projet, de sa structure organisationnelle ainsi que l'identification de cibles mesurables précises à être réalisées dans le cadre du projet *PLT*. Ces cibles sont :

- l'obtention d'un portrait d'ensemble des besoins des communautés francophones minoritaires dans la province;
- la production de divers outils d'appui aux travaux de planification des réseaux;

- la formation dispensée aux partenaires des réseaux et aux fournisseurs de services;
- la production de matériel d'information et de communication requis pour informer tous les partenaires de l'avancement des travaux;
- l'élaboration de plans de soins et de services de santé primaires en français et touchant le mieux-être pour la province.

Au plan national, le projet *PLT* a été conçu afin d'appuyer les efforts des ministères provinciaux et territoriaux et les collectivités de la santé, ainsi que des autorités régionales de la santé désireux d'améliorer l'accès à des services de santé et de mieux-être en français pour leur population francophone. Au N.-B. le Plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick*, a été un élément essentiel à l'élaboration du cadre conceptuel du projet *PLT*, tout comme la *Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*, le fruit d'une collaboration dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP).

Le projet *PLT* au N.-B. s'est appuyé principalement sur une revue documentaire des plans provinciaux sur la santé et le mieux-être, les plans de santé et les plans stratégiques des régions, ainsi que sur une cueillette de données effectuée par le biais d'une grille d'analyse appelée « panier provincial de services », de consultations ciblées dans chacune des régions desservies par une RRS et d'un forum provincial. Cette cueillette de données a aussi été alimentée par deux (2) études complémentaires, l'une portant sur les ressources humaines et l'autre sur le mieux-être.

Ce processus de recherche a permis de préciser les besoins des populations concernées et d'identifier des modèles d'organisation de services qui tiennent compte des services existants et des bonnes pratiques dans les différents domaines de soins de santé primaires.

Rapport de Préparer le terrain

Le présent document vise à présenter les résultats du projet *PLT* spécifique au N.-B. Ces résultats seront présentés en quatre principales sections, à savoir :

- les principaux enjeux;
- le bilan de la situation;
- les priorités identifiées;
- le plan d'action.

MÉTHODES DE PRÉPARER LE TERRAIN

La structure de gestion

Afin d'atteindre les cibles identifiées, la SSMEFNB a créé et comblé le poste de Gestionnaire du projet - *Préparer le terrain*; créé le Comité de pilotage; et, par l'entremise d'un appel d'offres, retenu les services du cabinet-conseil Landal inc.

En collaboration avec la direction générale de la SSMEFNB, le mandat du gestionnaire du projet consiste à gérer les ressources humaines, financières et techniques nécessaires à la réalisation du projet. C'est au gestionnaire du projet que reviennent la gestion, la planification et le suivi quotidien de l'ensemble du projet.

Le Comité de pilotage est formé de membres du réseau de la SSMEFNB et son mandat consiste à veiller à l'évolution du projet tout en apportant ses suggestions et ses commentaires quant au mandat à réaliser et aux différents rapports à soumettre. Ce comité de pilotage agit à titre de « représentant » du Conseil d'administration de la SSMEFNB tout au long du processus. Néanmoins, le Conseil d'administration est l'instance de décision ultime en ce qui a trait à l'acceptation du rapport final.

Le mandat du cabinet-conseil Landal inc. consiste à doter la SSMEFNB d'un plan qui fournira une vue d'ensemble des besoins des communautés acadiennes et francophones du N.-B. ainsi que des modèles de prestation de services de santé et de mieux-être adaptés à leurs besoins.

La définition des termes

Soins et services de santé primaires

Bien qu'il existe au pays et dans les instances internationales plusieurs définitions différentes des soins et des services de santé primaires, la SSMEFNB a retenu la définition présentée dans la Loi sur les Régies régionales de la santé (RRS) afin de mieux refléter la réalité locale dans le cadre des activités du projet. Cette loi, entrée en vigueur en 2002, définit ce concept comme suit : « (...) désigne le premier niveau de contact des particuliers, d'une famille ou de la communauté avec le système de santé et le premier niveau d'un processus de soins de santé continu et peut inclure l'éducation en matière de santé, la promotion et la prévention au niveau des particuliers ou au niveau communautaire, l'évaluation, les services de diagnostic,

l'intervention et le traitement »³. Bien que cette définition initiale stipule, par l'expression « peut inclure », que l'inclusion du mieux-être dans cette définition n'est pas absolue, le Plan provincial de la santé 2004-2008 a confié la responsabilité du mieux-être aux RRS. Le transfert des services de santé publique et de santé mentale aux RRS à l'automne 2005 confirme et réaffirme ce mandat. Cependant, il est important de noter que le mieux-être est un objectif de société qui va au delà du mandat d'un seul ministère.

Découpage territorial

Dans le cadre de ce projet, le découpage territorial utilisé reflète la répartition des RRS au N.-B. Cette répartition a été jugée plus favorable qu'une répartition régionale ou linguistique puisque le plan de santé du gouvernement du N.-B. les reconnaît ainsi.

Régies régionales de la santé

Afin de concrétiser la vision de son plan de santé, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a créé un réseau de soins de santé, qui comprend huit (8) régies régionales de la santé (RRS). C'est à chacune des régies que revient la tâche de déterminer :

- les besoins en matière de soins de santé de sa population ;
- les services de santé requis pour rencontrer ces besoins ; et
- la façon dont les ressources seront utilisées pour rencontrer ces besoins.⁴

Les huit (8) RRS qui forment ce réseau sont réparties en régions sanitaires comme suit :



Source : <http://www.gnb.ca/0051/rha/index-f.asp>

³ Loi du N.-B., chapitre R-5.05

⁴ Site Internet du ministère de la Santé (<http://www.gnb.ca/0051/rha/index-f.asp>)

- la Régie régionale de la santé Beauséjour (RRS 1B);
- la Régie régionale de la santé du Sud-Est (RRS 1SE);
- la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (RRS 2);
- la Régie santé de la Vallée (RRS 3);
- la Régie régionale de la santé quatre (RRS 4);
- la Régie de la santé du Restigouche (RRS 5);
- la Régie de la santé Acadie-Bathurst (RRS 6);
- la Régie régionale de la santé de Miramichi (RRS 7).

Portrait linguistique de la province

Bien que le Nouveau-Brunswick soit une province officiellement bilingue et que trente-quatre pourcent (34%) de sa population soit francophone, la répartition linguistique des populations francophones n'est pas la même partout sur le territoire. Dans le nord de la province, la population francophone vit principalement en situation majoritaire alors qu'elle est minoritaire dans le reste de la province. Du point de vue des RRS de la province, on remarque que la population francophone est minoritaire sur le territoire de cinq (5) régions, soit la RRS 1B, la RRS 1SE, RRS 2, la RRS 3 et la RRS 7. Les RRS 1B et RRS 1SE, quant à elles, se partagent la même région.

Le cadre conceptuel

Deux orientations de base étaient susceptibles d'alimenter l'élaboration du cadre conceptuel de cette recherche. D'une part, il y avait les priorités stratégiques du Plan provincial de la santé 2004-2008 : *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* et d'autre part, il y avait les principes de la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, qui ont été repris au niveau provincial dans les travaux du Comité de collaboration sur les soins de santé primaires du gouvernement provincial.

Les 4 priorités stratégiques du Plan provincial de la santé 2004-2008 ⁵	Les 4 principes fondamentaux des soins de santé primaires de la <i>Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires</i> ⁶
<p>Améliorer la santé de la population</p> <p>« Un style de vie sain est à la base d'une bonne santé et d'un mieux-être personnel. Le mieux-être et les mesures de santé préventives comme l'immunisation des enfants sont importants pour prévenir les maladies d'abord. Il faut fournir des services de santé qui visent à promouvoir le mieux-être et la prévention des maladies tout en organisant les services existants et les nouveaux services de manière à créer des stratégies de gestion des maladies chroniques pour les maladies cardio-respiratoires et du système circulatoire, comme le diabète, l'hypertension et l'asthme. Certains groupes de notre population comme les personnes obèses, les fumeurs, et d'autres, ont des besoins de santé précis qui doivent être traités au moyen de programmes ciblés destinés à les aider à recouvrer leur santé et à rester en santé, ce qui permettrait de réduire les demandes actuelles sur notre système de soins de santé. »</p>	<p>Les modes de vie sains</p> <p>« Englobent la prévention, le traitement des maladies chroniques, le soutien à la prise en charge de sa propre santé par chaque individu et l'idée que des facteurs extérieurs au système de santé peuvent influencer sur la santé des personnes et de la collectivité. Il s'agit de demeurer en santé, plutôt que de se soigner après être tombé malade. »</p>
<p>Assurer un meilleur accès aux soins et aux services</p> <p>« Des investissements pour recruter et maintenir en poste les médecins, les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers praticiens et les autres professionnels de la santé donneront lieu à un meilleur accès. Un accès aux soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par l'entremise de centres de santé communautaires, de modèles d'exercice de la profession en collaboration, de la télésanté et d'autres moyens donnera un meilleur accès et de meilleurs soins « au premier contact » pour les patients et les familles. Un nouveau programme provincial de gestion des soins chirurgicaux permettra de réduire les délais d'attente pour les chirurgies. Un réseau de services ambulanciers amélioré comportant des normes plus élevées pour la formation du personnel ambulancier permettra d'assurer un meilleur soutien aux communautés et un lien plus serré avec le réseau du système de santé provincial. Un meilleur accès sera assuré à l'aide d'un plus grand investissement dans les soins à domicile, les médicaments sur ordonnance, les appareils et les technologies de diagnostic médical prioritaires. »</p>	<p>L'accessibilité en tout temps</p> <p>« Est primordiale et assure aux Canadiens un accès aux services appropriés au moment et à l'endroit où ils sont requis. Elle reconnaît que les Canadiens ont besoin de conseils, d'information et de soins en dehors des heures de bureau habituelles. »</p>

⁵ *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* - Ministère de la Santé et du Mieux-être du N-B.

⁶ Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires (http://www.phc-ssp.ca/home_fr.html)

Les 4 priorités stratégiques du Plan provincial de la santé 2004-2008	Les 4 principes fondamentaux des soins de santé primaires de la <i>Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires</i>
<p>Renforcer les ressources humaines du secteur de la santé</p> <p>« Il faut mettre en relation l'évolution des besoins en matière de santé et de la main-d'œuvre du secteur de la santé pour faire en sorte que nous ayons le nombre suffisant de professionnels de la santé ayant les spécialisations requises à l'avenir. Des initiatives ciblées en matière de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé viseront à combler maintenant les lacunes en matière de soins de santé tout en prévoyant les nouveaux besoins en matière de santé dans le cadre du plan. »</p>	<p>Le travail d'équipe</p> <p>« Concerne l'équipe formée par les professionnels des soins de santé qui œuvrent de concert pour améliorer la coordination des soins, réduire les doublons et s'assurer que chacun ait accès à des soins appropriés dispensés par les professionnels de la santé les plus compétents. Les patients/clients sont également membres de l'équipe – ils font partie intégrante et sont habilités à prendre des décisions quant à leur propre santé. »</p>
<p>Obligation de rendre compte et prise de décisions fondées sur des faits</p> <p>« L'obligation de rendre compte et la prise de décisions fondées sur les faits s'alignent sur la mesure du rendement, les meilleures pratiques et le compte rendu public. Ces pratiques favorisent des améliorations permanentes axées sur la qualité et les résultats en matière de santé. La présentation de rapports régulièrement aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises garantit la responsabilisation de la gestion globale du système de santé et permet de faire des comparaisons adéquates à l'échelle nationale. Des nouvelles initiatives de recherche en santé appuieront ces deux objectifs. »⁷</p>	<p>L'information</p> <p>« Dans le cadre des soins de santé primaires, il est essentiel de garantir un meilleur partage de l'information entre les professionnels des soins de santé et un accès accru à l'information pour les Canadiens qui font appel au système de santé ou qui désirent obtenir des conseils médicaux. Il s'agit d'utiliser des outils comme les dossiers médicaux informatisés et les instruments de diagnostic dans le but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la coordination des renseignements relatifs à la santé des Canadiens. »</p>

Les 4 principes des soins et services de santé primaires du projet PLT

Afin de rendre les résultats du projet PLT du N.-B. comparables à la réalité d'autres régions du Canada et de bien refléter la réalité actuelle des services de soins primaires de la province, la SSMEFNB a choisi d'aligner le cadre conceptuel du projet sur les priorités stratégiques du plan provincial de la santé ainsi que sur les quatre (4) principes de la Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires. Les quatre principes du cadre conceptuel du projet PLT sont : Santé de la population, Accès et prestation des services, Pratiques collaboratives / Ressources humaines, et Information.

⁷ *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* - Ministère de la Santé et du Bien-être du N-B.

Les 4 principes des soins et services de santé primaires du projet PLT

<p>1. Santé de la population : c'est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.⁸</p>	<p>2. Accès et prestation des services : c'est-à-dire l'accès aux soins et aux services en temps voulu ainsi que l'accès aux conseils, à l'information et aux soins en dehors des heures de bureau habituelles et dans la langue officielle de son choix.</p>
<p>3. Pratiques collaboratives / Ressources humaines : d'une part ce principe inclut la collaboration, la mise en place d'équipes et la formation des ressources humaines et des intervenants en santé afin qu'ils travaillent ensemble pour améliorer les soins et réduire les doublons et d'autre part, l'individu, la famille et la communauté comme membres actifs de l'équipe qui prennent part au processus de décision concernant la santé.</p>	<p>4. Information : ce principe inclut l'éducation du public dans un langage simple et accessible, la prise de décisions informées, la responsabilisation et la prise en charge. L'information est partagée entre les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la coordination des services offerts et ce partage d'information est facilité par l'utilisation des technologies, les dossiers de santé électroniques, les ordinateurs portables, etc. et les technologies permettent aux professionnels de la santé d'accéder rapidement et facilement à l'information sur la santé.</p>

La cueillette des données

Afin d'obtenir un portrait fidèle de la réalité néo-brunswickoise en matière de soins et services de santé primaires, une cueillette de données a été effectuée par le biais d'un panier provincial de services. Cette cueillette de données a aussi été alimentée par deux (2) études complémentaires, l'une portant sur les ressources humaines et l'autre sur le mieux-être.

Panier provincial de services décrits par les Régions régionales de la santé

Afin d'inventorier tous les services de soins de santé primaires dans la province, des grilles de cueillette des données intitulées « panier provincial de services » ont été conçues à partir d'une recherche approfondie sur les types de services possibles et leur catégorisation. Le panier provincial de services a permis de répertorier les informations recueillies dans les catégories suivantes :

⁸ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

- promotion de la santé, prévention et éducation;
- services d'urgence;
- services diagnostics;
- services thérapeutiques et suivis;
- soins à domicile / Extra-mural;
- gestion des maladies chroniques;
- santé publique;
- santé mentale;
- participation / engagement communautaire.

Processus de validation

Chacune des régies de la province a été invitée à remplir les grilles selon les services de soins de santé primaires offerts. Les raisons justifiant le choix d'un découpage territorial, basé sur la répartition des RRS, sont données dans la section *Définition des termes* de ce rapport. Cette cueillette de données a permis d'identifier les services et les programmes offerts dans chacune des RRS. Cependant, par sa nature objective, cette cueillette de données n'a pas permis de qualifier l'ampleur des services et programmes offerts par les RRS. Les grilles qui ont servi à monter le panier provincial de services sont reproduites à l'Annexe A.

Une validation complémentaire des données recueillies auprès des RRS a été effectuée auprès des communautés francophones par le biais de consultations ciblées. Neuf (9) consultations ciblées, ayant rejoint cent seize (116) personnes, ont été effectuées dans les communautés francophones et acadiennes provenant de toutes les régions sanitaires.

De plus, un Forum provincial a été organisé et avait pour but de valider le processus dans son ensemble, d'amener la discussion des enjeux à un niveau provincial et d'impliquer les cinq (5) partenaires de la santé dans le processus d'identification des priorités. Ce forum a réuni quatre-vingt-quatre (84) personnes dont trente-six (36) participants aux consultations ciblées et quarante-huit (48) autres participants qui suivent le dossier Santé en français et interviennent à un niveau ou à un autre sur la question, soit des professeurs d'université, des gestionnaires ou professionnels de la santé, des représentants d'organismes communautaires, des membres des

réseaux SSMEFNB et des porteurs de projets FASSP⁹. Le Forum provincial PLT a aussi bénéficié de la participation active de trois (3) sous-ministres provinciaux :

- Nora Kelly, sous-ministre de la Santé;
- Rachel Bard, sous-ministre de l'Éducation postsecondaire et de la Formation; et
- Roger Doucet, sous-ministre de l'Éducation.

Études complémentaires

Deux (2) études complémentaires au panier provincial de services ont été effectuées afin d'approfondir les principes du cadre conceptuel sélectionné. Les conclusions de ces études complémentaires ont servi à alimenter les conclusions tirées du panier provincial de service ainsi qu'à l'élaboration du plan d'action.

Étude des ressources humaines

Cette étude, *Projet des ressources humaines dans le cadre de l'initiative Préparer le terrain de la SSMEFNB*¹⁰, visait principalement à établir le profil actuel des professionnels francophones de la santé au N.-B. Plus spécifiquement, l'étude visait à :

- dresser un portrait des professionnels de la santé francophones selon leurs capacités linguistiques par région régionale et selon l'information disponible dans les études de la province et l'information recueillies auprès des divers intervenants;
- dresser les données disponibles liées aux compétences linguistiques des professionnels dans les études portant sur l'offre et la demande actuelle et à venir en ressources humaines francophones dans le secteur de la santé déjà effectuées par la firme Fujitsu pour le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME);
- identifier les postes vacants à l'heure actuelle et l'impact de cet état de chose sur les périodes d'attentes des francophones pour des services;
- dresser un profil des réalisations depuis la nouvelle Loi sur les langues officielles du 7 juin 2002;
- décrire les stratégies en place et futures de recrutement et de maintien en poste des professionnels francophones;
- identifier les défis qui ont un impact sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé francophones;

⁹ Notons qu'il y a dix (10) projets FASSP au N.-B.

¹⁰ *Projet des ressources humaines dans le cadre de l'initiative Préparer le terrain de la SSMEFNB*, Applied Management Consultants pour le compte de la SSMEFNB; mars 2006

- soumettre des pistes d'action pour orienter la SSMEFNB.

Les données tirées de l'étude portant sur les ressources humaines ont été recueillies auprès des dirigeants et des responsables des ressources humaines des RRS. Plusieurs intervenants et gestionnaires du MSME, des établissements de formation post-secondaire francophones (Université de Moncton et Collège communautaire du Nouveau-Brunswick) et d'associations professionnelles de la province ont aussi été consultés.

Étude sur le mieux-être

Afin de recenser les besoins de la population francophone du Nouveau-Brunswick en matière de programmes et services de mieux-être, une consultation a été réalisée auprès d'intervenants clés dans le domaine du mieux-être. Les personnes consultées dans le cadre de PLT ont été choisies selon leur représentativité auprès d'une association, d'un ministère ou d'un regroupement ainsi que pour leur engagement dans le mieux-être au sein de leur collectivité ou de leur groupe. En plus de contribuer à la collecte de données, l'étude sur le mieux-être, *Rapport des consultations sur le mieux-être auprès des intervenants de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick*¹¹, visait à répertorier les initiatives de santé et de mieux-être francophones, à souligner les meilleures pratiques francophones actuellement en cours, et à proposer des modèles de livraison de services.

L'approche participative

L'approche participative a été préconisée par la SSMEFNB tout au long de cette recherche-action. La première manifestation de ce type d'approche a été pratiquée lors de la planification du projet avec la mise en place du Comité de pilotage. L'approche participative a ensuite été favorisée tout au long de la mise en œuvre du projet. Ainsi, les RRS ont été appelées à participer activement à l'élaboration du panier provincial de service et à la cueillette de ces données. De plus des représentants des cinq (5) partenaires de la santé ont été impliqués dans les consultations ciblées et ont aussi participé au Forum provincial. Notons également que l'approche participative a aussi été préconisée dans le cadre des deux (2) études complémentaires, soit celle portant sur les ressources humaines et l'autre sur le mieux-être.

¹¹ *Rapport des consultations sur le mieux-être auprès des intervenants de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick*; Liane Roy consultante pour le compte de la SSMEFNB; mars 2006

Plusieurs activités impliquant divers partenaires ont ainsi été réalisées afin de s'assurer d'une compréhension mutuelle de la méthodologie utilisée et d'une adhésion partagée aux résultats obtenus. Ainsi, une vérification complémentaire des données empiriques obtenues par le biais du panier de services a été réalisée via des consultations ciblées. D'autre part, les données et les analyses résultant de la recherche ont été validés lors du Forum provincial réunissant divers intervenants de la santé à Fredericton les 17 et 18 février 2006. Ce forum a notamment permis de constater un niveau élevé d'enthousiasme par rapport aux résultats obtenus et de formuler des priorités.

Il convient de mentionner que certaines limites inhérentes à l'approche participative ont aussi été rencontrées durant cette recherche. La principale limite à cet égard vient du fait que les groupes ayant participé aux activités de validation aux différentes étapes du processus n'ont pas été configurés à l'image d'un groupe contrôle stable et récurrent. Quoique les participants invités aux consultations devaient représenter, dans la mesure du possible, l'ensemble des acteurs francophones de la santé et du mieux-être, certains groupes ont pu être omis ou n'ont peut-être pas pu participer aux discussions, ce qui pourrait avoir affecté les données recueillies.

ENJEUX

Cadre juridique propre au Nouveau-Brunswick

Le Nouveau-Brunswick est la seule province canadienne officiellement bilingue et est sujet au paragraphe 20(2) de la Charte canadienne des droits et libertés qui prévoit que "[l]e public a, au Nouveau-Brunswick, droit à l'emploi du français ou de l'anglais pour communiquer avec tout bureau des institutions de la législature ou du gouvernement ou pour en recevoir les services." De même, dans le respect de cette disposition constitutionnelle, l'article 27 de la Loi sur les langues officielles de la province reconnaît le « droit à l'emploi de l'une ou l'autre des langues officielles pour communiquer avec tout bureau des institutions de la Législature ou du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou pour en recevoir les services »

Bien qu'elle ne fasse pas expressément mention des services de santé, La Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick¹², dont les dispositions principales sont maintenant enchâssées dans la Constitution, prévoit, à l'article 2, que le gouvernement du N.-B., « ...assure la protection de l'égalité de statut et de l'égalité des droits et privilèges des communautés linguistiques officielles et en particulier de leurs droits à des institutions distinctes où peuvent se dérouler des activités culturelles, éducationnelles et sociales ». De plus, à l'article 3, de cette même loi, il est prévu que le gouvernement, « ... dans les mesures législatives qu'il propose, dans la répartition des ressources publiques et dans ses politiques et programmes, encourage, par des mesures positives, le développement culturel, économique, éducationnel et social des communautés linguistiques officielles ».

Par ailleurs, la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick¹³, prévoit, au paragraphe 33(1), « qu'aux fins de la prestation des soins de santé une institution s'entend du réseau des établissements, installations et programmes de santé relevant du ministère... ou des régies régionales de la santé établies en vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé ». Cette même loi précise en outre que lorsque le ministère établit un plan provincial de la santé, « il veille à ce que les principes sur lesquels sont basés les fournitures de services tiennent compte de la prestation, dans les deux langues officielles, des services de santé dans la province ».

¹² Loi du N.-B., chapitre O-1.1

¹³ Loi du N.-B., chapitre O-0.5

Enfin dans la vision du Plan provincial de la santé 2004-2008 du Nouveau-Brunswick, on favorise « un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise »¹⁴.

Soins et services de santé primaires

En dépit de la Loi sur les Régies régionales de la santé qui définit les soins de santé primaires, l'organisation des services ne tient pas compte de la spécificité de ces soins dans la réalité. Ceci a représenté un défi au niveau de la cueillette de données étant donné qu'il n'y a aucune catégorisation claire et précise de ce que constituent ces services et programmes au niveau des RRS ou du ministère.

Spécificité géographique et linguistique des Régies régionales de la santé au N.-B.

En vertu de la Loi, les Régies régionales de la santé du N.-B. sont tenues d'offrir des services dans les deux langues officielles de la province. Ceci étant dit, pour les Francophones, il est clair que la diversité des configurations linguistiques locales a une incidence directe sur la nature et la portée des services pouvant être offerts dans leur langue. À cet égard, on peut relater deux grandes catégories: les régies régionales situées en milieu francophone majoritaire et celles situées en milieu francophone minoritaire. Notons aussi que des coordonnateurs de langues officielles sont présents dans chacune des régies. Cependant, leur rôle et leur mandat varient selon la régie.

Régies régionales de la santé en milieu francophone majoritaire

Trois régies régionales de la santé sont situées dans un milieu francophone majoritaire. Elles se trouvent dans la partie nord de la province, dans des milieux essentiellement ruraux où vit la proportion la plus significative de Francophones du N.-B. Dans ces trois régies régionales de la santé, les soins et services de santé primaires en français sont acquis. Ceci étant dit, puisqu'il s'agit de milieux ruraux à faible densité de population, les francophones vivant dans ces régions doivent composer avec des contraintes particulières.

¹⁴ *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* - Ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B.

De plus, tout comme la population en général, la population francophone du nord de la province ne fait pas forcément de distinction entre ce que sont des services de santé primaires, secondaires et tertiaires. Elle exprime un très haut niveau de préoccupation quant à l'accès aux services de santé secondaires et tertiaires, puisqu'elle doit régulièrement parcourir des distances très importantes pour y accéder. Plusieurs des soins secondaires et tertiaires sont offerts surtout dans les milieux urbains plus densément peuplés et majoritairement anglophones du sud de la province, en l'occurrence Fredericton, Moncton et Saint Jean. C'est à ce niveau que l'enjeu linguistique se fait sentir pour ces Francophones en ce qui a trait à l'accès. De plus, ils doivent composer avec le défi de la distance.

Régies régionales de la santé en milieu francophone minoritaire

Cinq des régies régionales de la santé sont situées dans des régions où les Francophones sont minoritaires. Le cas de la région du sud-est de la province est particulier puisque cette région est desservie par deux régies de la santé dont l'une est à prédominance francophone (RRS 1B) et l'autre à prédominance anglophone (RRS 1SE).

Dans ces cinq régies, on note de grandes variations au niveau des services en français dont peuvent bénéficier les Francophones même si, légalement, les services doivent être offerts dans les deux langues officielles de la province. Si les Francophones du sud-est de la province peuvent être considérés comme étant choyés en raison de la présence de la régie régionale Beauséjour, il n'en va pas de même pour ceux de la région de Saint-Jean ou de Fredericton par exemple. Cela est en grande partie dû au fait que l'obligation légale du gouvernement d'offrir des services en français et en anglais n'est pas accompagnée d'un plan de mise en œuvre par régie, par type de services ou par localité.

En définitive donc, on constate que les enjeux liés à la prestation des soins et services de santé primaires en français pour les Francophones du N.-B. diffèrent selon que l'on soit desservi par une régie régionale de la santé située en milieu francophone majoritaire ou une régie régionale de la santé située en milieu francophone minoritaire et ce à l'exception de la région du sud-est.

Création du Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport

Le gouvernement du N.-B. a fait preuve de leadership en matière d'élargissement du champ d'intervention lié au mieux-être en sollicitant d'autres ministères à intervenir et par la création du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport en février 2006. À ce point-ci toutefois, les deux seuls groupes communautaires reconnus dans la stratégie du mieux-être du

gouvernement sont des organismes bilingues. Une tendance à vouloir intégrer les groupes communautaires francophones à des groupes bilingues a été observée par les intervenants du secteur communautaire et est jugée comme une tendance inquiétante. Selon l'expérience de ces intervenants, le fonctionnement, les activités et la majorité de la correspondance avec ces organismes se déroulent en anglais.

LE BILAN

Cette section présente les résultats et les grands constats qui découlent de l'étude principale menée par la SSMEFNB dans le cadre du projet *PLT*; l'étude du système formel; et les deux études complémentaires portant sur les ressources humaines et le mieux-être. Ces résultats et grands constats sont présentés selon le cadre conceptuel adopté, c'est-à-dire selon les quatre principes des soins de santé primaires.

De prime abord, afin de permettre une appréciation plus juste du bilan ci-après, il importe de préciser la portée du panier de soins et de services de santé primaires provincial qui constituait l'outil principal de cueillette des données.

Panier provincial de soins et services de santé primaires des régions

Comme il a été mentionné précédemment, le panier de services conçu pour la cueillette de données dans le cadre de ce projet, n'avait pas comme objectif une évaluation exhaustive et détaillée de ces services. Il a plutôt permis de créer une vue d'ensemble des soins et services de santé primaires offerts par chacune des RRS et d'établir un premier portrait du niveau d'accès aux services en français dont bénéficient les Acadiens et les Francophones dans chacune de ces régions.

L'étendue des services

Il est important de noter que bien que le panier des services présenté en annexe de ce rapport offre la liste complète des soins et des services de santé primaires répertoriés lors de la cueillette de données, la gamme complète de ces services n'est pas nécessairement offerte de façon universelle et uniforme d'une région à l'autre de la province. L'autonomie relative des régions au niveau de la planification, de l'organisation et de l'offre des programmes et services fait en sorte que la gamme de soins et de services de santé primaires d'une région à l'autre reflète les choix et priorités établis par chacune des régions. Ce choix est souvent basé sur les besoins et les ressources spécifiques au territoire.

Le point de départ des consultations régionales ciblées était donc une présentation du panier de services spécifique à la région où avait lieu la consultation, afin d'illustrer le niveau d'intervention du projet *PLT* et afin d'obtenir la perspective communautaire sur la gamme des services offerts dans leur région.

Le portrait linguistique

En plus de l'identification des soins et des services de santé primaires offerts par les RRS, le panier de service a permis aux RRS d'identifier dans quelle langue officielle leurs programmes et services sont offerts sur leur territoire. Chaque régie de la province affirme offrir ses soins et ses services de santé primaires dans les deux langues officielles. Quatre (4) régies en milieu francophone minoritaire, la Régie régionale de la santé Beauséjour (RRS 1B) étant l'exception, qualifient l'offre de leurs services en français, reconnaissant devoir faire appel à des services d'interprète pour en assurer l'accessibilité. Certains services ou programmes, particulièrement ceux offerts dans les plus petits centres relevant de ces régies, sont présentés comme étant disponibles en français « selon le besoin ou la demande ».

La participation/ l'engagement communautaire

Les contacts de type communautaire dans toutes les régies de santé sont généralement facilités par l'existence de conseils d'administration représentant la communauté, par des comités consultatifs, par des analyses ponctuelles des besoins et par des sondages. Bien que les comités consultatifs communautaires se réunissent à différentes reprises au cours d'une année et favorisent l'engagement communautaire, les liens établis avec le milieu communautaire semblent plutôt ponctuels, tantôt avec les foyers de soins, tantôt avec les organismes municipaux ou encore avec des organisations communautaires liées à la clientèle des soins dispensés par la régie (exemple, soins de maternité/allaitement maternel). L'engagement communautaire varie d'une régie à l'autre et ne semble pas systématique de sorte que les liens établis avec le milieu n'atteignent pas nécessairement les objectifs de concertation.

L'engagement communautaire se manifeste également par les initiatives de prévention/promotion/éducation. Toutes les régies soutiennent des initiatives d'information dans les écoles ou auprès des organismes communautaires, des projets de développement de saines habitudes de vie, tels ceux liés au sevrage des fumeurs et à la prévention de l'usage du tabac ou encore soutiennent les groupes d'entraide en santé mentale ou de patients qui souffrent de cancer, à titre d'exemple.

L'engagement communautaire envers la minorité francophone varie largement. Rappelons d'abord que trois régies, celles du nord de la province (RRS 4, RRS 5 et RRS 6), sont dans des régions où les Francophones sont majoritaires et sont elles-mêmes totalement ou très

majoritairement francophones. Dans ces trois régions, il n'y a pas d'enjeu linguistique qui affecte l'engagement communautaire des régions.

Dans le sud-est du Nouveau-Brunswick, deux régions opèrent dans la même région : une est majoritairement anglophone (RRS 1SE), et l'autre est majoritairement francophone (RRS 1B). Dans ce cas, bien que les Francophones soient minoritaires, l'existence de la région majoritairement francophone fait en sorte que l'enjeu linguistique n'existe pas au même titre qu'ailleurs. De plus, chacune des régions offre la majorité de ses activités du type engagement communautaire dans les deux langues, ce qui permet aux deux communautés linguistiques de bénéficier d'une plus grande variété d'activités de ce type.

Dans les trois autres régions, RRS 2, RRS 3 et RRS 7, les Francophones sont minoritaires. Les régions affirment, par ailleurs, que leurs activités d'engagement communautaire sont disponibles aux Francophones au besoin, par le biais de la traduction. Enfin, la RRS 2 indique qu'elle fait actuellement une évaluation linguistique pour la population francophone de la région. La RRS 7, de son côté, a mis sur pied une équipe stratégique francophone dans la municipalité francophone de Rogersville et a créé un partenariat avec le Carrefour francophone Beausoleil à Miramichi même. Cette région s'est également dotée d'une politique linguistique avec désignation de postes bilingues alors que les deux autres (RRS 2 et RRS 3) ont chacune embauché une personne francophone pour assister la région dans le développement de ses services pour les Francophones.

Santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population considère la santé comme une capacité ou une ressource, plutôt qu'un état. Cette définition correspond davantage à la notion de la capacité de la personne de poursuivre ses objectifs, d'acquérir des compétences et une formation, et de s'épanouir. Elle tient également compte de l'éventail des facteurs liés aux environnements social, économique et physique qui influent sur la santé, c'est-à-dire les déterminants de la santé.

Dans le contexte du projet *PLT*, tout en reconnaissant l'étendue du concept et l'importance de cette gamme de facteurs dans une réflexion sur la santé et le mieux-être de la communauté acadienne et francophone du N.-B., la cueillette de données et l'analyse subséquente se sont plutôt attardées sur deux aspects :

1. le rôle que joue le système formel dans la promotion, la prévention, et le traitement des maladies chroniques ainsi que le soutien à la prise en charge par chaque individu de sa propre santé; et
2. par l'entremise de la consultation menée auprès des intervenants du domaine du mieux-être, aux enjeux qui préoccupent davantage cette communauté dans ce domaine, ainsi que les interventions qu'elle privilégie pour en relever le défi.

Le virage vers le mieux-être

Plusieurs thèmes sont ressortis des consultations ciblées menées dans les différentes régions du N.-B. dans le cadre du projet *PLT*, mais nul aussi clairement et unanimement que celui du mieux-être. Lors de la présentation des données recueillies auprès des RRS, la discussion touchant le volet mieux-être dépassait inmanquablement les services et programmes des régies, ainsi que ceux du MSME. Ces discussions ont inclus le rôle des intervenants et des organismes communautaires; la participation des autres ministères pertinents (Éducation, Services familiaux et communautaires, Secrétariat à la Culture et au Sport); besoin de campagnes de marketing social pour assurer un impact sur le mieux-être de plusieurs groupes vulnérables dont les Acadiens et les Francophones de la province; et, enfin, le besoin de tenir compte et d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. Le niveau d'éducation et d'alphabétisation, le niveau de revenus et la situation sociale, les habitudes de vie ainsi que la culture sont tous des déterminants de la santé qui sont ressortis dans le cadre des consultations ciblées. Notons que le gouvernement du N.-B. a démontré un leadership en matière d'élargissement du champ d'intervention lié au mieux-être en encourageant d'autres ministères à intervenir et en créant le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport en février 2006.

Par ailleurs, les pistes d'action élaborées en ateliers sur la santé de la population lors du Forum provincial *PLT* en février 2006, ainsi que les discussions en sessions plénières, répètent et confirment les points de vue exprimés lors des consultations ciblées, c'est-à-dire le besoin et l'importance de concevoir une vision commune de santé et de mieux-être qui inclut, sans s'y limiter, le système formel de la santé et qui met l'accent sur les conditions de vie.

La consultation menée auprès des intervenants dans le domaine du mieux-être abonde aussi dans le même sens, soit que la priorité se situe au niveau de la communauté, des besoins et des manques à pallier. Les intervenants sont d'avis qu'il est primordial de tenir compte de l'ensemble des déterminants de la santé et de savoir déborder du cadre traditionnel de la santé dans la conception d'un plan d'action sur le mieux-être.

Les limites du système formel

De façon générale, les participants aux consultations ciblées reconnaissent d'emblée qu'une partie du mandat des RRS doit en être un de mieux-être, mais plusieurs limites à la réalisation de ce mandat ont été soulignées, d'une consultation à l'autre :

- le système formel de la santé est présentement axé sur le curatif, plutôt que la prévention/promotion;
- l'allocation des budgets et des ressources à l'intérieur du système reflète cette réalité;
- les services et programmes énumérés dans les tableaux et les grilles complétés par les régies relèvent surtout de la prévention – dépistage du cancer du sein, programme antigrippal – et d'une intervention suite à la perte de la santé – gestion des maladies chroniques, toxicomanie et dépendance, clinique de nutrition pré-diabétique.

Par ailleurs, plusieurs participants aux consultations ciblées sont à l'emploi des régies dans des services où on pourrait s'attendre qu'une part importante de l'intervention soit consacrée à la promotion et à la prévention, tels que les services de santé mentale, de nutrition, de toxicomanie et de dépendance. Ces participants expliquaient toutefois avoir très peu de temps et de ressources alloués à ce volet de leur mandat. Tout leur temps professionnel est consacré à répondre aux besoins de clients en état de crise, de dépendance ou en perte de santé.

La communauté au cœur du mieux-être

L'apport et le potentiel des services, de l'expertise et de l'expérience présents dans le secteur communautaire voué à la santé ont aussi fait l'objet de plusieurs discussions dans le cadre des consultations ciblées, tout particulièrement lors de celle tenue dans la Péninsule acadienne, une région qui a une forte tradition de prise en charge communautaire. On y a présenté plusieurs exemples du rôle que jouent actuellement les programmes communautaires dans notre société, des besoins qu'ils comblent et du succès qui découle de partenariats et de collaboration entre ces intervenants et les intervenants du système formel de la santé et du mieux-être. Les participants soulignaient toutefois que ces partenariats et ces collaborations sont plutôt l'exception que la règle. Dans les faits, il y a très peu de partage d'information, de coordination des services système/hors système et de reconnaissance par le système formel de la contribution et de l'expertise présentes dans le secteur communautaire, déjà proactif au niveau du mieux-être. Ceci mène à une occasion manquée de mieux desservir la communauté, d'élargir la gamme de services offerts et de profiter pleinement des ressources disponibles.

Nonobstant ce fait, plusieurs participants ont déploré la précarité du financement des programmes et services du secteur communautaire, qui contribuent de façon très significative au mieux-être de la population qu'ils desservent et réduisent ainsi le fardeau sur le système formel de la santé.

La santé de la population – régies en milieu francophone minoritaire

Les participants aux consultations ciblées tenues dans les régions desservies par les régies en milieu francophone minoritaire appuyaient l'ensemble des commentaires rapportés ci-dessus, mais devaient en plus composer avec une absence presque complète de services, de programmes ou de documentation en français. Les participants de la région de Saint-Jean, en particulier, remettaient en question l'affirmation de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (RRS 2) que la gamme de programmes en promotion/prévention/éducation « sont disponibles au besoin dans les deux (2) langues officielles ». Cette affirmation a été soulevée lors de la cueillette de données auprès de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (RRS 2) à l'automne 2005 dans le cadre du projet *PLT*.

Toutefois, lors de cette même cueillette de données, la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (RRS 2) a aussi souligné « qu'il y a présentement un sondage qui se fait auprès de la communauté francophone afin d'identifier les besoins en promotion de la santé. Lorsque ce sondage sera complété, les résultats seront analysés et un plan développé afin de rencontrer les besoins de cette population. C'est un projet d'un (1) an. »

Selon les propos recueillis auprès des intervenants dans le domaine du mieux-être, l'enjeu dans ce dossier à ce point-ci est moins lié à la question linguistique qu'à l'absence quasi-totale de réelles stratégies et programmes en mieux-être, que ce soit en milieu francophone majoritaire ou minoritaire.

Les problématiques émergentes

Le *Rapport des consultations sur le mieux-être auprès des intervenants de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick* préparé dans le cadre du projet *PLT*, fait état des plus importantes problématiques émergentes chez les groupes vulnérables de la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick. Une analyse approfondie de

ces problématiques se trouve dans le rapport mentionné précédemment, mais il importe de présenter les points saillants de ces résultats¹⁵ dans le contexte du présent rapport.

Petite enfance	<ul style="list-style-type: none"> • augmentation des comportements à risques des parents • manque de milieux de garde/ garderies pour jeunes enfants • obésité • problèmes d'apprentissage au niveau préscolaire • problèmes de développement du langage et de la communication
Adolescence	<ul style="list-style-type: none"> • augmentation des comportements à risques • banalisation de la consommation excessive d'alcool et de drogues et de plus en plus de party de « binge drinking » • difficulté d'apprentissage au niveau scolaire • exode des jeunes • inactivité physique • manque d'information et de campagnes d'information afin que les jeunes puissent d'eux-mêmes réduire les comportements à risques et adopter des habitudes de vie saines • obésité et diabète • pratique répandue du poker chez les garçons • santé mentale (stress, dépression et adaptation au changement) • problèmes de santé sexuelle • tabagisme
Adultes	<ul style="list-style-type: none"> • analphabétisme • consommation d'alcool et de drogue • douleurs et maladies chroniques • exode des jeunes • inactivité physique • pauvreté • prostitution • enjeux liés à la santé des femmes • santé mentale (stress, dépression et adaptation aux changements) • problèmes de santé sexuelle • violence familiale
Aînés	<ul style="list-style-type: none"> • analphabétisme • augmentation du nombre d'aînés à risques • douleurs chroniques • isolement • pauvreté
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> • manque d'activités communautaires sans frais • analphabétisme • formation interprofessionnelle insuffisante sur les notions et concepts de santé primaire • foyers en dessous du seuil de pauvreté • interventions brèves, pointues et individuelles dans les bureaux de médecins de famille mais peu de stratégies concertées avec les milieux hospitaliers et communautaires • manque de moyens de transport individuel et collectif en régions rurales • accent insuffisant sur la prévention des maladies • accroître la promotion de la santé et des habitudes saines

¹⁵ Les problématiques sont listées par ordre alphabétique.

- recrutement de professionnels spécifiques et de bénévoles
- soutien aux aidants naturels

Par ailleurs, plusieurs des groupes vulnérables identifiés dans ce rapport ont aussi fait l'objet de discussions lors des consultations ciblées. Les problématiques auxquelles font face les adolescents en particulier ont retenu l'attention des participants à plusieurs reprises. Les aînés, ainsi que les personnes aux prises avec l'analphabétisme ont aussi été identifiés comme nécessitant une attention particulière dans l'élaboration de programmes d'intervention.

Bonnes pratiques – Santé de la population Identifiées lors des consultations ciblées

Parle-moi - Programme de prévention et de développement précoce du langage

Parle-moi est un programme mis sur pied par le gouvernement du Nouveau-Brunswick en partenariat avec le ministère des Services familiaux et communautaires, le ministère de la Santé et du Bien-être et les régies régionales de la santé. Le programme poursuit un double objectif :

- *prévenir les retards de langage et de communication en français ou en anglais;*
- *encourager l'acquisition de bonnes habiletés de langage et de communication en français ou en anglais.*

Il vise tous les parents de jeunes enfants ayant ou non des problèmes ou des retards de langage et offre aussi des séances de formation à tous les intervenants de la petite enfance.

Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne

La mission du Centre de Bénévolat de la Péninsule Acadienne est de travailler à la promotion et à l'animation pour l'action bénévole ainsi que, de travailler à l'analyse de besoins socio-communautaires dans son territoire et d'oeuvrer au développement de ressources pour répondre à ces besoins.

À titre d'organisation ressource pour la région le CBPA participe à plusieurs collaborations : Katimavik, la Tournée santé et prévention, les Jeunes philanthropes de la Fondation communautaire de la Péninsule acadienne, l'alphabétisation communautaire, les classes alternatives, le Fonds McGraw et Frère - Enfants heureux à Noël, le Programme échanges étudiants et plusieurs autres.

www.cbpa.ca

Accès et prestation de services

Ce second principe vise à fournir à la population acadienne et francophone des soins et des services de santé de qualité. Dans le cadre du projet *PLT*, il est important de signaler que cette prestation de services doit tenir compte de la spécificité linguistique de la communauté

acadienne et francophone de la province. Il en est ainsi pour les modes de prestation et les mécanismes qui vont faciliter cette prestation comme les technologies.

Le manque d'omnipraticiens

Le manque d'omnipraticiens pour répondre adéquatement aux besoins de la population est une préoccupation qui a été exprimée à plusieurs reprises lors des consultations ciblées. Les participants ont reconnu que cette situation mène à une surcharge et à une mauvaise utilisation des services d'urgence des hôpitaux; à un retard à consulter pour un problème de santé; et à l'impossibilité d'accéder à plusieurs autres soins et services de santé primaires sans la référence d'un médecin. Les solutions proposées ne tournaient pas nécessairement autour d'une simple augmentation du nombre d'omnipraticiens dans chaque région. Bien qu'une augmentation était certainement souhaitable et recommandée, la facilitation du regroupement physique ou virtuel de médecins et leur intégration au sein d'équipes multidisciplinaires contribueraient grandement à améliorer l'accès des francophones aux soins et services de santé primaires.

Pour les participants vivant en milieu francophone minoritaire, qui ont aussi exprimé un manque adéquat d'omnipraticiens dans leur communauté, s'ajoute la difficulté d'obtenir un omnipraticien capable de servir ses patients en français. Deux autres facteurs rendent la situation plus complexe :

- il n'est pas présentement possible d'identifier les professionnels de la santé francophones de ces régions – médecins ou autres – car ces ressources ne sont pas répertoriées;
- la gestion des listes d'attente pour un omnipraticien ne tient pas compte du facteur langue et les omnipraticiens eux-mêmes ne peuvent discriminer entre patients, donc l'obtention d'un omnipraticien francophone par un patient francophone semble dépendre entièrement du hasard.

Les centres de santé communautaires

Les centres de santé communautaires (CSC) offrent des soins de santé primaires plus près des gens dans bon nombre de collectivités de la province. Les CSC aident les gens à rester en santé tout en assurant une utilisation judicieuse des services des professionnels de la santé. Actuellement, huit (8) CSC sont en place au N.-B. dont trois (3) en milieu francophone majoritaire et quatre (4) en milieu francophone minoritaire.

L'arrivée de CSC dans la province a été quelque peu controversée et rarement appuyée de prime abord par la population, que ce soit en milieu francophone ou anglophone, puisque ces centres ont souvent remplacé des hôpitaux et ont été perçus par certains comme une pauvre substitution et une apparente perte de services importante.

Toutefois, considérant le désir clairement exprimé pour un virage vers le mieux-être dans le contexte des consultations ciblées, les CSC ont maintes fois été cités comme de potentiels modèles de prestation de soins et de services de santé primaires de proximité. Entre autres, l'une des priorités découlant de la consultation menée auprès des intervenants dans le domaine du mieux-être propose d'étendre le concept des CSC.

Les participants aux consultations ciblées favorisent l'approche collaborative et multidisciplinaire des CSC et les voient comme un moyen de simplifier l'accès à toute une gamme de soins et de services de santé primaires tout en diminuant la dépendance sur l'omnipraticien pour ces services. Ces équipes sont souvent formées d'omnipraticiens, d'infirmières praticiennes, de travailleurs sociaux, de diététiciens, d'agents communautaires, de conseillers et d'autres fournisseurs de soins de santé. Ils sont perçus comme ayant une vision plus globale de la santé et comme étant plus proches de la communauté qu'ils desservent.

L'accès et la prestation de services – régies en milieu francophone minoritaire

Le modèle des CSC en ce qui a trait à l'organisation et la prestation de services est aussi favorisé par les communautés acadienne et francophone des régions de Saint-Jean et de Fredericton et est perçu comme un élément de solution quant à l'accès aux soins et services de santé primaires en français. Effectivement, ces deux communautés, par l'entremise de leurs centres scolaires communautaires respectifs – le Centre Samuel-de-Champlain à Saint-Jean et le Centre Communautaire Sainte-Anne à Fredericton – travaillent activement à la mise en place de services en français centrés sur les besoins spécifiques de leurs communautés.

La communauté de Saint-Jean oeuvre à établir un espace clinique au Centre Samuel-de-Champlain ainsi qu'à établir un point d'accès francophone-bilingue pour les services de promotion de la santé offerts au Centre de santé communautaire St. Joseph, ceci en collaboration avec la RRS 2. En dernier lieu, la communauté francophone de Saint-Jean travaille aussi activement à l'amélioration de la capacité linguistique actuelle des ressources offertes par la RRS 2.

La communauté de Fredericton pour sa part oeuvre, dans un premier temps, à sensibiliser la population francophone à l'importance des services de santé primaires en français et ses droits à cet égard, ainsi qu'à fournir un portrait clair de l'offre réelle de ces services par l'entremise d'un répertoire. Elle oeuvre aussi à établir des liens structurants entre la RRS 3 et la communauté francophone du grand Fredericton dans l'espoir d'établir un centre de santé communautaire au sein du présent Centre Communautaire Sainte-Anne.

Le Centre scolaire communautaire Beausoleil, qui dessert la population francophone de Miramichi et de ses environs, quant à lui, ne mise pas présentement sur l'établissement d'un point d'accès clinique quelconque basé dans son établissement. Les efforts de cette communauté tournent autour d'un projet de sensibilisation visant la prévention de la maladie et la promotion de la santé en français afin d'assurer une communauté francophone mieux informée, plus sensibilisée et apte à prendre sa santé en main et par la même occasion, vivre une vie plus saine. Ce projet est aussi réalisé avec la collaboration de la RRS qui dessert ce territoire, soit la RRS 7.

Les démarches entreprises par ces trois communautés sont en partie en réponse au niveau jugé inadéquat des présents soins et services de santé primaires en français dans ces régions du N.-B. Lors des consultations ciblées tenues dans ces trois régions, c'est effectivement la question de l'offre des services en français qui a suscité les discussions les plus fortes et le plus grand désaccord entre les informations fournies par les régies et le vécu des participants aux consultations ciblées.

Plusieurs participants de chacune de ces régions ont témoigné avoir vécu des situations très difficiles avec le système de santé, expliquant qu'il y avait rarement des professionnels de la santé francophones ou bilingues disponibles pour les servir. Ces patients devaient donc essayer de se faire comprendre en anglais. Pour d'autres, ils devaient attendre l'arrivée d'un interprète responsable de la traduction. À quelques occasions, un patient bilingue ou un employé bilingue de l'hôpital – infirmière d'un autre service ou membre du personnel de soutien administratif - a été appelé à faire la traduction. Ces types de solutions sont très problématiques et occasionnent :

- des délais dans l'accès aux soins;
- un manque de confidentialité à l'égard du patient qui nécessite ces soins;

- l'augmentation du niveau d'anxiété du patient qui ne peut être certain que la personne qui fait la traduction transmet bien ses descriptions de symptômes et de malaises ni si elle comprend bien les directives et informations médicales offertes par le médecin.

Il semble donc y avoir une grande différence de perception entre les dirigeants des régions en milieu francophone minoritaire et la communauté acadienne et francophone de ce que constitue une offre active et adéquate de services de soins de santé primaires en français. Le fait d'avoir qualifié plusieurs services et programmes comme étant disponibles en français « au besoin » ou « selon la demande » en plus, semble suggérer que l'accès en français à ces services et programmes dépend d'une demande de la part des clients et patients francophones (offre passive) et donc que la responsabilité d'assurer cette offre de services leur revient.

Tout en soulignant le grand cheminement qui reste à faire dans ce dossier, la majorité des participants aux consultations ciblées de ces trois régions reconnaissent aussi les améliorations des dernières années, l'engagement sincère des directions à corriger la situation ainsi que le grand défi que peut représenter le recrutement de professionnels de la santé, francophones ou non. En dernier lieu, ces mêmes participants voyaient d'un très bon œil la coopération et la collaboration présentes entre les organismes francophones de leurs communautés et leurs régions respectives.

La RRS 1SE qui dessert la région 1 aux côtés de la RRS 1B a aussi fait l'objet de certaines critiques quant à l'offre de ses services et soins en français. Les participants à la consultation ciblée des francophones qui utilisent les services de cette région s'y sont moins attardés toutefois, reconnaissant eux aussi la grande amélioration qu'il y a eu ces dernières années et l'engagement de la direction de cette région à poursuivre cette amélioration.

Les forces du système formel et autres solutions porteuses

Les participants aux consultations ciblées ont reconnu plusieurs forces aux services du système formel qui contribuent présentement à une bonne prestation de services. Il a été fortement suggéré que l'on mise sur ces services et programmes pour continuer à augmenter l'accès aux soins de santé primaires et leur prestation.

Le Programme extra-mural de la province, géré par les régions d'un territoire à l'autre mais offert à la grandeur du N.-B., a été souligné maintes fois comme un service de très haute qualité et sensible aux besoins de la population desservie.

L'arrivée des infirmières praticiennes au niveau des régions et au sein de pratiques collaboratives est aussi très bien vue, permettant, entre autre, d'alléger la demande – et encore une fois la dépendance – sur les omnipraticiens. Par ailleurs, afin d'assurer que les résultats optimaux des équipes collaborative soient atteints, il faudra assurer que le rôle de chaque professionnel de la santé au sein de ces équipes soit élargi et que chaque professionnel de l'équipe puisse œuvrer à son plein potentiel.

De plus, le Service Télé-soins, accessible partout dans la province, a aussi fait l'objet de commentaires positifs. Ce service semble avoir un grand potentiel à plusieurs niveaux :

- un élément de solution quant au besoin d'information en français pour les Acadiens et Francophones en milieu francophone minoritaire;
- un élargissement du mandat pour inclure la fonction de « guichet d'information » quant aux services et programmes disponibles en français (système/hors-système, ce qui inclus les ressources communautaires et le secteur privé).

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) et autres ont aussi fait l'objet de certaines discussions, car elles sont perçues comme un moyen d'atténuer l'isolement de certaines communautés. Les programmes de télé-santé et de télé-éducation semblent présentement être utilisés plutôt au niveau des soins de santé secondaires ou tertiaires (ex : téléoncologie et télénéphrologie). Leur potentiel de jouer un rôle important aux niveaux de la diffusion de l'information et de l'offre de soins et services de santé primaires en français à toute la communauté acadienne et francophone de la province, et particulièrement aux communautés du nord ainsi que celles en milieu francophone minoritaire, était très évident aux participants des consultations ciblées.

Le rapprochement souhaité entre les programmes et services présentement offerts par le secteur communautaire et les services de soins de santé primaires des régions – particulièrement au niveau du mieux-être – est aussi vu comme une pratique qui contribuerait à rendre l'accès et la prestation de services plus efficaces et mieux orientés vers les besoins de la communauté.

En dernier lieu, la formation des professionnels de la santé en région a été mise de l'avant, particulièrement par les participants aux consultations ciblées des régions du nord, comme une pratique qui semble contribuer positivement au recrutement et à la rétention de ces professionnels. Le partenariat entre le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick -

campus de Campbellton, l'Université de Moncton et l'Université de Sherbrooke qui assure la formation médicale et la formation dans les services de réadaptation a déjà porté fruit à plusieurs reprises.

Bonne pratique – Accès et prestation des services Identifiée lors des consultations ciblées

Centre de santé communautaire de Lamèque

Le CSC de Lamèque a été reconnu à plusieurs reprises à titre de chef de file du réseau de centres de santé communautaires dans la province du Nouveau-Brunswick en particulier pour ce qui est de l'élargissement du rôle des professionnels de la santé.

Les services et les programmes qui y sont offerts sont basés sur les besoins et les priorités de la communauté. Des équipes interdisciplinaires et des intervenants du domaine de la santé veillent à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, à la gestion des maladies aiguës et chroniques et au développement communautaire.

www.santeacadie-bathursthealth.ca

Pratiques collaboratives / Ressources humaines

Les questions de recrutement et de rétention des professionnels de la santé représentent une composante importante de ce principe, ainsi que celles de la formation.

Les constats des consultations ciblées

Plusieurs éléments touchés dans la section précédente, accès et prestation de services, sont aussi pertinents sous cette rubrique, notamment :

- le nombre insuffisant d'omnipraticiens et d'infirmières autorisées;
- l'appréciation de l'approche collaborative et multidisciplinaire retrouvée dans les centres de santé communautaires;
- les pratiques collaboratives d'omnipraticiens qui incorporent souvent les habiletés et services d'infirmières praticiennes.

De plus, une meilleure collaboration et coordination entre le système formel et le secteur communautaire est aussi perçue par les participants comme un élément de solution à la question des ressources humaines dans les soins de santé primaires. Il est important de noter toutefois que selon les intervenants communautaires présents aux consultations ciblées, une pénurie se développe présentement dans le secteur communautaire voué à la santé. Ils soulignaient que les ressources humaines oeuvrant dans leurs organismes n'arrivent pas à

assurer une relève adéquate pour suffire aux besoins de leurs communautés, particulièrement dans les milieux ruraux.

Les services de santé publique et de santé mentale

Le transfert des services de santé publique et de santé mentale aux RRS à l'automne 2005 n'a pu permettre une évaluation très exhaustive de l'offre des différents programmes et services trouvés sous ces deux composantes des soins de santé primaires, l'intégration de ceux-ci n'étant pas encore complète. Pendant cette période transitoire, les participants aux consultations ciblées ont toutefois pu noter que la diminution des ressources humaines affectées à ces deux services, décrétée avant le transfert aux RRS, a mené à une réduction importante de services dans tous les bureaux. Cette situation est très préoccupante, vu le rôle important de prévention et de promotion que jouent ces deux services auprès de la population néo-brunswickoise.

L'Étude complémentaire sur les ressources humaines

L'étude portant sur les ressources humaines, *Projet des ressources humaines dans le cadre de l'initiative Préparer le terrain de la SSMEFNB*, présente une cueillette de données relatives aux ressources humaines oeuvrant en soins et services de santé primaires à partir des huit (8) régies régionales de la santé du N.-B. L'analyse des informations recueillies a porté sur l'offre et les besoins actuels en ressources humaines francophones dans le secteur de la santé au N.-B. Les prochaines informations sont tirées des résultats de cette étude et reflètent les grands constats. Une analyse approfondie des problématiques identifiées suite à la cueillette des données se trouve dans le rapport *Projet des ressources humaines dans le cadre de l'initiative Préparer le terrain de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick*.

L'équipe de recherche a retenu les professionnels de la santé telle que présentée dans le tableau ci-dessous. Le but n'était pas d'exclure des professionnels tels les dentistes, les chiropraticiens, les optométristes, les acupuncteurs et autres; mais plutôt d'examiner une première tranche de professionnels des RRS en raison de l'accessibilité aux données régionales et provinciales et aussi afin de définir la portée des services offerts en soins primaires par ce réseau.

Liste des professionnels de la santé retenus

Les médecins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Généralistes ▪ Spécialistes
Les services de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audiologistes ▪ Ergothérapeutes ▪ Orthophonistes ▪ Physiothérapeutes ▪ Thérapeutes récréatifs (ludothérapeutes)
Les services diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Techniciens en échographie ▪ Techniciens en ECG (Électrocardiographie) ▪ Techniciens en EEG (Electroencéphalographie) ▪ Techniciens en radiation médicale
Les soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmières auxiliaires autorisées ▪ Infirmières immatriculées ▪ Infirmières praticiennes
Autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhalothérapeutes ou thérapeutes respiratoires ▪ Diététistes et nutritionnistes ▪ Psychologues ▪ Travailleurs sociaux

Plusieurs problématiques, touchant plusieurs volets de la planification et de la gestion des ressources humaines, sont ressorties des information recueillies. Les propos tenus par les participants aux consultations ciblées régionales ont souvent fait écho des problématiques présentées ci-après.

Les données recueillies

Des grilles de collecte d'information ont été préparées dans le but de définir le profil des ressources humaines offrant des soins et services primaires et la planification régionale des soins de santé primaire en français. En plus des RRS, l'équipe de recherche a consulté des représentants du MSME, des écoles de formation de la province et des associations professionnelles de la province visés par cette étude.

Les limites des données recueillies

L'ensemble des informations recueillies a présenté certaines lacunes quant à son contenu ce qui a rendu difficile l'analyse comparative d'une RRS à l'autre. Certaines RRS avaient adopté des pratiques de recueil d'information relative à la langue plus complètes que d'autres. Le MSME a fourni des données relatives à la langue des professionnels de neuf différentes associations provinciales. Les pratiques à cet égard varient aussi selon l'association professionnelle provinciale examinée. Toutefois, il a été jugé très important de rapporter les données telles que recueillies et d'identifier les améliorations possibles afin d'atteindre une approche uniforme de

tenue et de soumission des données relatives à la langue des professionnels qui exercent en soins et services primaires.

Les différences observées d'une RRS à l'autre engendrent non seulement des difficultés au niveau des données recueillies et des conclusions possibles, mais nuisent à une planification des ressources humaines aux niveaux régional et provincial qui tient compte des besoins linguistiques de la population néo-brunswickoise. Il n'existe pas non plus de données fiables quant au profil linguistique de la clientèle des RRS ou de sa préférence quant à la langue de service.

Le recrutement médical et la formation

Depuis un bon nombre d'années, le MSME a développé des stratégies de recrutement importantes pour arriver à atteindre le nombre de généralistes et de spécialistes selon le plan provincial en effectifs médicaux. Or, les RRS ont toutes identifié un nombre de postes vacants et les besoins de généralistes ont été fortement discutés lors des diverses consultations ciblées. Par ailleurs, chaque RRS a conçu des stratégies et des infrastructures de recrutement médical propres à ses besoins immédiats et futurs. La concertation provinciale semblerait favoriser de meilleurs résultats quant au recrutement d'omnipraticiens et autres professionnels de la santé. Toutefois, cette stratégie est plus difficile à réaliser et certains croient qu'elle favoriserait les régions urbaines au détriment des régions rurales.

La création du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, l'Université de Moncton et les RRS et avec l'appui du gouvernement du N.-B. devrait favoriser le recrutement des médecins généralistes dans la province et mieux orienter la formation des médecins aux besoins des communautés francophones de la province. Le Centre vise effectivement quatre (4) objectifs étroitement liés à l'accès et la qualité des soins et services de santé primaires, soit :

- une formation adaptée aux besoins des communautés francophones;
- l'augmentation du recrutement et de la rétention pour les régions à plus grands besoins;
- une formation interdisciplinaire;
- l'utilisation des nouvelles technologies.

Ceci comprendra une expansion du réseau des stages cliniques partout dans la province, y compris, le cas échéant, dans les centres de santé rattachés aux centres scolaires communautaires de Fredericton et de Saint-Jean.

La répartition des omnipraticiens selon la langue

Le tableau suivant présente la distribution des omnipraticiens selon la langue dans la province du Nouveau-Brunswick. Le rapport duquel est tirée l'information est intitulé *Count of Active GP's by Health Region by Self Reported Language* en date du 5 décembre 2005. Comme l'indique le titre anglais, la détermination du statut linguistique des omnipraticiens relève d'une auto-évaluation. La dernière colonne présente le pourcentage de la population francophone par région, selon Statistique Canada 2001.

Région	Bilingue	Francophone	Anglophone	Total	% Francophones
1	97 (56%)	5 (3%)	70 (41%)	172	43%
2	10 (7%)	0	140 (93%)	150	4%
3	15 (11%)	0	121 (89%)	136	6%
4	40 (87%)	2 (4%)	4 (9%)	46	93%
5	21 (70%)	0	9 (30%)	30	57%
6	52 (87%)	5 (8%)	3 (5%)	60	85%
7	5 (15%)	0	29 (85%)	34	32%
Total	240 (38%)	12 (2%)	376 (60%)	628	34%

Au total 40% des omnipraticiens de la province sont francophones ou bilingues. La répartition de ceux-ci semble favoriser les Francophones du nord de la province et il demeure inquiétant de voir le nombre peu élevé de ressources médicales francophones ou bilingues à certains endroits de la province, notamment dans les régions 2, 3 et 7.

La pénurie d'infirmières

Au N.-B., plus de 30% des infirmières sont âgées de cinquante (50) ans et plus. Cette situation présente une inquiétude accrue de la part des dirigeants qui voient cette problématique s'aggraver rapidement. Seulement 7% des infirmières exercent leurs fonctions dans le milieu communautaire. Les besoins grandissants en soins et services primaires et les défis auxquels fait face cette profession laissent présager un accroissement de la pénurie, surtout dans les milieux ruraux.

Les services de réadaptation

Les services de réadaptation comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'audiologie et la thérapie récréative. Présentement, il existe un très grand nombre de postes non comblés en physiothérapie en ergothérapie et surtout en orthophonie où la situation est très précaire. Actuellement, on compte plus de 36 postes vacants dont 17 en orthophonie. L'orthophonie est présentement en situation de risque, car trop souvent on ne réussit pas à combler les sièges des écoles de formation étant donné que les étudiants ne répondent pas aux critères d'admissibilité. Compte tenu du rôle des orthophonistes dans le traitement des troubles du langage, de la parole, de la voix et de la fluidité, la profession reconnaît la nécessité de traiter les Francophones par une orthophoniste francophone, ce qui ajoute aux difficultés de recrutement.

L'absence de ces professionnels présente des défis importants pour tous les résidents du N.-B. Cependant, ce sont les Francophones qui demeurent les plus touchés qu'importe où ils demeurent dans la province. Les listes d'attente grandissantes en sont une preuve concrète. De plus, les pénuries sont plus marquées dans les régions rurales de la province.

Les services diagnostiques

Les technologues en radiation médicale oeuvrent dans plusieurs domaines de spécialisation dont la radiation générale, l'échographie, la radio oncologie, la médecine nucléaire, l'électrocardiographie (ECG), l'électroencéphalographie (EEG), l'électromyographie (EMG) et la résonance magnétique.

La cueillette de données a révélé une carence de 18.5 postes parmi ces professions bien que les données n'étaient pas toujours complètes. Encore une fois, les difficultés de recrutement et de maintien en postes font appel à des stratégies tant provinciales que régionales et il faudra prévoir des stratégies de gestion des listes d'attente qui, à leur tour, atteignent des proportions inquiétantes.

Les autres professionnels

Les autres professionnels qui ont été examinés lors de l'étude étaient les inhalothérapeutes, les diététistes et nutritionnistes, les travailleurs sociaux et les psychologues. La situation la plus précaire repose chez les inhalothérapeutes étant donné qu'il existe près de 10 postes vacants

dans la province. Les travailleurs sociaux et les psychologues comptent chacun 5 postes vacants tandis que la situation semble plus stable du côté des diététistes et des nutritionnistes.

Les RRS se sont attardées à souligner un besoin non seulement de combler les postes vacants mais aussi de reconnaître l'importance d'ajouter des nouveaux postes surtout en soins et services communautaires afin de réduire le temps d'attente, de répondre aux besoins grandissants de la population. Elles reconnaissent également l'importance d'atteindre le plein champ de pratique des professionnels et des non professionnels.

Bonne pratique – Pratiques collaboratives / Ressources humaines Identifiée lors des consultations ciblées

Pratiques collaboratives

Plusieurs modèles de pratiques collaboratives dans chaque région de la province ont été citées à titre de bonne pratique à émuler lors des consultations ciblées. Elles sont reconnues comme une façon efficace d'offrir des services de haute qualité et d'assurer de meilleurs résultats en santé pour les patients, particulièrement lorsque les rôles des professionnels de la santé retrouvés au sein de ces pratiques – que se soit les médecins, les infirmières autorisées, infirmières praticiennes ou autres – sont élargis.

Information

L'information et la communication sont souvent à la base du système et de son efficacité. Pour améliorer les efforts de prévention, un accès amélioré aux services existants et futurs ou l'engagement des individus dans leur prise en charge personnelle, il importe d'avoir développé des moyens de communication et d'information efficaces et efficients. Une stratégie d'ensemble doit également viser la sensibilisation du public aux questions de la santé et du mieux-être, et inclure les données nécessaires pour prendre les décisions qui s'imposent. Dans le cadre des soins de santé primaires, il est essentiel de garantir un meilleur partage de l'information entre les professionnels des soins de santé et un accès accru à l'information pour les personnes qui font appel au système de santé ou qui désirent obtenir des conseils médicaux.

L'information pour l'individu et la communauté

L'accès à l'information précise, fiable et pertinente sur la santé, le mieux-être et les services disponibles dans leurs communautés est une préoccupation exprimée à maintes reprises lors des consultations ciblées. Les bonnes pratiques relevées par ces participants incorporent souvent un élément important d'éducation et de partage d'information, qu'elles relèvent du

domaine de la santé publique, du secteur communautaire ou des programmes du ministère de l'Éducation. À titre d'exemple, le programme « Apprenant en santé », les programmes de sensibilisation touchant la sexualité et la santé mentale, ainsi que les centres de ressources familiales des différentes régions de la province ont tous été reconnus comme des atouts importants à la communauté acadienne et francophone du N.-B. Le service Télé-Soins reçoit aussi une évaluation très positive et tel que mentionné précédemment, est vu comme ayant un grand potentiel quant à la diffusion et la coordination de l'information.

Les faiblesses notées au niveau de l'information touchent surtout le manque de coordination de ces informations et le manque d'un point d'accès clair, unique et connu auquel il faut faire référence pour obtenir la gamme complète d'information. Un tel point d'accès ou guichet d'information offrirait les informations nécessaires sur les programmes et services disponibles dans la communauté – système formel/secteur communautaire/secteur privé, un répertoire des professionnels et services en français dans les communautés en milieu francophone minoritaire – et offrirait ces informations dans un langage simple et accessible à tous, peu importe leur niveau d'alphabétisation.

Le manque de connaissance de tous les programmes et services en santé disponibles à la communauté a été souligné par les participants aux consultations ciblées non seulement au niveau des individus, mais aussi au niveau des professionnels de la santé eux-mêmes, ce qui semblerait indiquer qu'ils ne prennent pas toujours avantage des ressources disponibles à leurs patients/clients.

Des points d'accès aux TIC près de la communauté sont favorisés, ainsi qu'un volet virtuel, tel le service Télé-Soins et un site Web pour maximiser l'accès à cette information. Le modèle Services Nouveau-Brunswick a été cité comme gabarit possible pour organiser ces guichets d'information. Les CSC ont aussi été cités comme piste de solution potentielle.

Les données spécifiques à la planification des services

Tel que mentionné dans la section précédente, il y a au N.-B. un manque de données important quant aux compétences linguistiques des professionnels de la santé, ce qui nuit à une planification des ressources humaines qui tient compte des besoins linguistiques de la population néo-brunswickoise et qui assure une utilisation efficace de ces ressources. Il est aussi très difficile d'obtenir des données fiables sur l'état de la santé des Acadiens et Francophones du N.-B., ce qui limite aussi la planification des soins de santé primaires.

Le dossier médical et le dossier de santé électronique

« La province du N.-B. travaille maintenant à l'élaboration d'un système de dossier électronique du patient, qui accorderait automatiquement l'accès aux dossiers des patients au moyen d'un ordinateur, et ce, en tout temps et à partir de n'importe quel endroit. Il s'agit d'un projet complexe mais essentiel à la notion de prestation de soins communautaires axés sur le patient. Il faudra créer pour tous les clients et les fournisseurs de soins de santé une base de données unique qui permettra le partage d'information, tout en protégeant la confidentialité des données personnelles sur la santé. Cette base de données permettra de prodiguer de meilleurs soins avec plus d'efficacité, de communiquer les résultats de test plus rapidement, de réduire le dédoublement des tests et d'assurer le traitement des personnes en toute sécurité. »¹⁶

Une telle innovation dans la gestion de l'information permet de croire à une augmentation de l'efficacité et de la qualité des soins et services offerts à la population néo-brunswickoise. À jour toutefois, il n'y a pas de politique linguistique rattachée à l'implantation et l'utilisation du dossier de santé électronique, ce qui peut avoir des conséquences négatives pour la communauté acadienne et francophone de la province. Il sera donc important de travailler avec le ministère de la Santé afin d'assurer l'élaboration d'une politique linguistique appropriée aux besoins de cette communauté.

Bonne pratique – Information Identifiée lors des consultations ciblées

Publication « Le Pouls de la collectivité »

Initié par un comité multidisciplinaire de la Régie de la santé Restigouche (RRS 5), le bulletin « Le Pouls de la collectivité » est un outil d'information et de liaison bilingue distribué trois fois par an aux foyers desservis par cette régie et disponible sur son site Web. Axé sur la promotion, la prévention et l'éducation, le bulletin offre des conseils pratiques, des coordonnées importantes, des résultats de sondages et d'évaluation ainsi que des témoignages de clients et patients des services et programmes de la régie.

www.santerestigouchehealth.com

¹⁶ *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* - Ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B.

PISTES D'ACTION RECOMMANDÉES

Au cours du processus *PLT*, diverses pistes d'action ont été recommandées. Celles-ci sont présentées ci-après selon le cadre conceptuel. Notons aussi que les pistes d'action proposées sont très compatibles avec les actions et les initiatives qui sont proposées dans le rapport *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick Plan provincial de la santé 2004-2008*, tout en assurant que tous les programmes et les services proposés seront offerts à la population francophone dans leur langue maternelle.

Parmi les pistes d'action recommandées dans le cadre des consultations et des ateliers tenus lors du Forum provincial on retrouve :

Santé de la population

Sensibilisation et éducation

- renforcer les capacités de la communauté afin qu'elle soit en mesure de faire valoir ses intérêts et ses besoins dans le processus de développement de politiques publiques liées aux soins et services de santé primaire;
- sensibiliser et informer la population sur les différents programmes et les différentes possibilités qui sont offerts par les régies et les groupes communautaires;
- développer des outils et des guides qui seront utiles pour les personnes afin de les informer sur leur état de santé.

Promotion et mieux-être

- poursuivre le virage vers le mieux-être de la population et des communautés tout en respectant les spécificités régionales (en élaborant des stratégies régionales à partir d'un cadre provincial);
- soutenir les employeurs et les organismes du N.-B. dans élaboration des programmes de mieux être;
- arrimer les initiatives communautaires aux initiatives scolaires afin d'avoir un accès accru aux installations scolaires par et pour la communauté pour l'organisation d'activités sportives, communautaires et récréatives;
- soutenir les actions issues des milieux qui visent à réduire les inégalités en matière de livraison de services et programmes de mieux-être particulièrement lié à la langue;

- intégrer davantage l'évaluation dans les initiatives de mieux-être, afin de permettre à tous les acteurs du système, y inclus les acteurs communautaires, de bien suivre les résultats et les impacts sur l'amélioration de la santé de la population.

Prévention

- intégrer pleinement la prévention de la maladie et la promotion de la santé aux soins de santé primaires, notamment en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques, comme le recommande le plan de santé de la province du N.-B., l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que plusieurs autres intervenants;
- concevoir et appuyer les services pour la petite enfance, comme des garderies communautaires; des centres de ressources aux familles; des cliniques médicales; des services d'orthophonie et de santé mentale; des programmes d'éducation pour le public et les intervenants sur l'importance du développement du langage et de la communication pour l'intégration sociale et pour le futur succès scolaire de l'enfant, etc.;
- mettre en place des programmes d'activités physiques et des programmes de prévention à l'intention des jeunes pour vaincre l'obésité et les autres problèmes de santé précoces qui sont de plus en plus communs aujourd'hui chez cette tranche de la population;
- assurer, par le biais des régies, un meilleur accès aux programmes de prévention à l'intention des adolescents en ce qui a trait aux aspects physiques, services de santé mentale et services d'appui, comme la nutrition, habitudes de vie saines, prévention du suicide, campagne pour contrer le tabagisme, éducation sexuelle;
- prévenir la maladie et promouvoir la santé de manière intégrée aux soins de santé primaires. Par exemple dans le projet de téléoncologie, les patients en traitement et en suivi pourraient transmettre aux membres de leur famille (enfants, conjoints, frères et soeurs) et à leurs amis des renseignements sur les façon de prévenir le cancer (ex : les 7 règles émises par la Société canadienne du cancer);
- appuyer la prise en charge de la santé par les communautés et les populations locales à partir du concept de Communautés en santé et favoriser le concept des écoles en santé.

Accès et prestation des services

- mettre en place des centres de santé communautaires multifonctionnels, à gouvernance partagée, axés sur l'éducation, la sensibilisation, la promotion et la prévention pour tous

- et notamment dans les communautés rurales et dans les trois régions minoritaires où il y a des centres scolaires communautaires;
- mettre en place un répertoire intégré des services offerts par le système formel, les organismes communautaires et le secteur privé. La notion du point d'entrée unique avec une équipe multidisciplinaire et prévoyant une coordination et une diffusion d'information sur la santé et les gammes des services offerts à la communauté;
 - appuyer les efforts des régions par des politiques linguistiques développées par et avec les Francophones;
 - poursuivre et investir dans l'avenir du programme extra-mural dont les services offerts sont certainement une force complémentaire aux services offerts dans les hôpitaux, les CSC et autres points de service;
 - amorcer une planification de la santé comprenant une concertation avec les communautés locales et tenant compte de leur vision future selon la croissance ou la décroissance démographique et économique de leur région.

Pratiques collaboratives/ressources humaines

Pratiques collaboratives

- investir dans le développement et l'élaboration de protocoles de collaboration entre les régions et les organismes communautaires afin de mieux coordonner la prestation des différents services et mieux répondre aux besoins de la population et des communautés;
- favoriser la collaboration inter-sectorielle et multi-sectorielle afin d'éviter les doublons et assurer une meilleure efficacité du système dans son ensemble, notamment en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques. Les nouvelles technologies peuvent aider à lier les différents intervenants.

Ressources humaines

- optimiser le rôle des professionnels de la santé afin qu'ils puissent utiliser pleinement leurs compétences en travaillant en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins;
- accorder une place aux professions émergentes liées à la prestation des soins et services de santé primaires (ex : infirmières praticiennes...);

- former et recruter des professionnels de la santé en région afin de permettre une plus grande accessibilité et une plus grande souplesse dans le système. Il en est ainsi pour les autres catégories de professionnels qui travaillent dans le secteur de la santé.

Information

- répertorier plus efficacement et rendre accessible l'ensemble des services professionnels de santé en français par la gestion des données et leur mise à jour dans un guichet unique d'information uniformisé dans les différentes régions et pour l'ensemble des dispensateurs de services;
- rendre disponibles les données factuelles quant à l'offre de services, les meilleures pratiques, etc. notamment en matière de capacités des ressources humaines à offrir des services en français à la population francophone dans les régions de la province par le biais d'un recueil de données normalisées et recueillies auprès des associations professionnelles et du ministère;
- miser sur l'expertise et l'infrastructure déjà existantes dans le domaine de la télésanté. Les nouvelles technologies et les réseaux d'information et de communication peuvent nous permettre de diffuser de l'information sur la santé et le mieux-être (ex : site Web Adosanté);
- vulgariser, sous forme de supports variés, les messages et les informations destinés à la population afin qu'elle puisse les comprendre, les interpréter et se les approprier pour répondre à ses besoins tout étant consciente de ses droits;
- rendre disponible l'information afin de promouvoir auprès des jeunes les professions émergentes liées à la prestation des soins et services de santé primaires.

Modèles à émuler

Le N.-B. n'a pas de modèle unique de prestation de soins et de services de santé primaires. Plusieurs modèles complémentaires mais distincts existent dans les différentes RRS. Ils sont propres et spécifiques aux différentes problématiques liées aux soins et services de santé primaires et basés sur la réalité et les besoins du terrain.

Au cours du processus *PLT*, certains modèles ont été cités comme étant exemplaires et de bons exemples à émuler. Ces modèles sont :

- Les centres santé communautaires (CSC);

- Le centre de santé multifonctionnel;
- La prestation des soins et services du Programme extra-mural;
- Le programme Télé-soins;
- Les modèles de collaboration communautaire tels que *l'Université du 3^e âge, Grouille ou rouille, etc.*

Priorités

À partir des recommandations listées ci-dessus, plusieurs priorités sont ressorties. Chacune des priorités est inscrite ci-après sous l'un des quatre (4) principes des soins et services de santé primaires de cadre conceptuel, toutefois il convient de noter que certaines d'entre elles touchent à plus d'un principe. Les priorités identifiées sont les suivantes :

Priorités : Santé de la population

- renforcer les capacités de la population francophone et acadienne de la province afin qu'elle soit en mesure de jouer un rôle actif dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques publiques liées aux soins et services de santé primaires;
- poursuivre le virage (collectif et individuel) vers le mieux-être en s'assurant que les spécificités des communautés soient prises en compte et que les progrès anticipés soient mesurables et qualifiables;
- gérer de manière plus efficace les maladies chroniques en mettant l'accent sur les bonnes pratiques afin que les personnes vivant avec l'une de ces maladie apprennent à prendre soins d'elles-mêmes tout en gérant leur maladie de façon active;
- appuyer une meilleure prise en charge de la santé par les communautés et la population.

Priorités : Accès et prestation des services

- mettre en place des centres de santé communautaires multifonctionnels et/ou des points de services multidisciplinaires, axés sur l'éducation, la sensibilisation, la promotion et la prévention pour tous et que ceux-ci soient stratégiquement placés en termes de géographie;
- mettre en place des centres de santé, à gouvernance partagée avec la communauté francophone, pour desservir les populations francophones et acadiennes de Miramichi, Fredericton et Saint-Jean;

- mettre en place un répertoire intégré des services offerts par le système formel, les organismes communautaires et le secteur privé. Incorporer la notion du point d'entrée unique (guichet unique) avec une équipe multidisciplinaire et une coordination et une diffusion d'information sur la santé et les gammes de services offerts à la communauté;
- élaborer des politiques linguistiques en matière de prestation des soins et des services de santé primaires.

Priorités : Pratiques collaboratives/ressources humaines

- effectuer un rapprochement entre les intervenants et actions du système et les intervenants et actions de la communauté;
- reconnaître, mettre à contribution et optimiser les ressources et les compétences existantes en travaillant en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins tout particulièrement en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques;
- recruter et former des professionnels francophones et inciter les jeunes à s'orienter dans les domaines où la demande est importante.

Priorités : Accent sur l'information

- mettre sur pied une stratégie de gestion de l'information liée aux capacités linguistiques des intervenants tout en développant des indicateurs et mécanismes d'évaluation du progrès;
- uniformiser les données disponibles en matière de soins et services de santé primaires;
- miser sur l'expertise et l'infrastructure déjà existantes dans le domaine de la télésanté. Les nouvelles technologies et les réseaux d'information et de communication peuvent nous permettre de diffuser de l'information sur la santé et mieux-être (ex : site Web Adosanté);
- vulgariser auprès de la population les informations liées aux soins et services de santé primaires et à leur droits;
- mettre sur pied un mécanisme servant à inventorier les ressources humaines qui oeuvrent dans le domaine des soins et service de santé primaires.

PLAN DE SOINS ET DE SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRES

Introduction

Afin de rendre les stratégies et les priorités opérationnelles, celles-ci sont traduites dans un plan de soins et de services de santé primaires pour la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick. Le plan d'action proposé ci-dessous découle des priorités ciblées au cours du processus et s'inspire du Cadre de gestion axée sur les résultats qui est présentement la norme de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de Santé Canada.

Notons encore une fois que les activités proposées dans le cadre du plan d'action sont très compatibles avec les actions et les initiatives qui sont proposées dans le Plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick*.

Résultats anticipés

Le plan d'action proposé prévoit trois types de résultats à anticiper, soit des résultats à long terme dits « Résultats ultimes », des résultats à moyen terme dits « Résultats intermédiaires » et des résultats à court terme dits « Résultats immédiats ». Les résultats anticipés sont :

Résultats ultimes/finaux (10 ans)

1. L'état de santé et du mieux-être de la population acadienne et francophone du N.-B. s'est amélioré de façon significative.
2. L'accès et la prestation des soins et services de santé primaires répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B..
3. La qualité et l'efficacité des soins et services de santé primaires en français répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B..
4. La communauté acadienne et francophone du N.-B. a accès à des informations sur la santé et le mieux-être claires, précises et spécifiques à sa réalité.

Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)

1. 1 La population francophone a une participation active et soutenue dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques.
1. 2 La communauté a une meilleure prise en charge collective et individuelle de sa santé et de son mieux-être.
- 1.3 Le virage vers le mieux-être est renforcé par le développement d'un environnement du mieux-être.
2. 1 Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean ont accès à des soins et services de santé primaires de qualité à partir de points de services et formules de livraison de services développés selon leurs besoins spécifiques.
- 2.2 Les RRS sont dotées et utilisent des politiques linguistiques claires afin d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé primaires en français partout dans la province.
3. 1 Les soins et services système/hors système rencontrent les besoins de la population francophone plus efficacement grâce à une collaboration accrue.
3. 2 L'augmentation de pratiques collaboratives et autres formes d'intégration des services des professionnels de la santé rendent le système plus efficace et efficient.
- 3.3 Le système de la santé répond mieux aux besoins linguistiques de la population francophone grâce à une gestion et utilisation plus efficace de ses ressources humaines bilingues et francophones.
4. 1 La population francophone a accès à une large gamme d'information sur les soins et services offerts par le secteur public, communautaire et privé en français dans toutes les régions de la province et offerte par un point d'information clair, unique et connu (guichet unique).
4. 2 Les informations et statistiques nécessaires à l'analyse de l'état de santé de la population francophone et à la planification des soins et services basées sur ce genre d'informations sont recueillies régulièrement, uniformément et rigoureusement ainsi que facilement accessible.

Résultats immédiats (1 à 3 ans)

- 1.1.1 Les capacités de la communauté à faire valoir ses besoins et priorités sont renforcées.
- 1.2.1 La communauté a l'accès souhaité aux installations sportives.
- 1.2.2 La communauté a l'accès souhaité à l'information sur la santé et le mieux-être.
- 1.3.1 Le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport reconnaît et consulte activement la communauté.
- 2.1.1 Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean déterminent et développent, en collaboration avec le gouvernement provincial et les RRS respectives, le ou les modes de livraison optimales pour répondre à leurs besoins et priorités spécifiques.
- 2.2.1 Les RRS de la province développent des politiques linguistiques claires et efficaces ou améliorent en ce sens leurs politiques existantes.
- 3.1.1 Une reconnaissance et mise à contribution des compétences du système et du secteur communautaire voué à la santé mènent à une plus grande gamme de services et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population acadienne et francophone.
- 3.2.1 Le gouvernement provincial et les RRS facilitent et encouragent le développement de pratiques collaboratives et autres formes de regroupement des professionnels de la santé.
- 3.3.1 Les RRS de la province développent des stratégies liées aux capacités linguistiques de leurs ressources humaines afin d'optimiser ces capacités.
- 4.1.1 L'ensemble des soins et services de santé primaires et de ressources en matière de mieux-être offerts en français est répertorié et rendu accessible dans un guichet unique d'information.
- 4.2.1 Une stratégie de cueillette et de gestion des informations sur l'état de la santé de la communauté et portant sur l'ensemble des déterminants de la santé est développée par le gouvernement provincial en collaboration avec Statistiques Canada, les RRS et la communauté.

Modèle logique

Le modèle logique proposé est issu des résultats anticipés. Il propose des activités, des ressources appelées « intrants » et des indicateurs de rendement permettant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action proposé.

Principe : Santé de la population

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
1.1.1) Les capacités de la communauté à faire valoir ses besoins et priorités sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> * Déposer le rapport PLT de la SSMEFNB * Communiquer et diffuser largement les résultats du rapport * Élaborer des activités de suivis et de concertation suite au dépôt du rapport 	Ressources financières et ressources humaines SSMEFNB en partenariat avec organismes communautaires, les RRS et le Gouvernement provincial	Les instances gouvernementales et les RRS sont mieux informés quant aux besoins et priorités de la communauté Les organismes communautaires, les RRS et le gouvernement travaillent en collaboration
1.2.1) La communauté a l'accès souhaité aux installations sportives	<ul style="list-style-type: none"> * Négocier un accès accru aux installations scolaires par et pour la communauté 	Représentants communautaires et districts scolaires, ministères de l'Éducation et du Mieux-être Ressources financières	Les installations scolaires de toutes les communautés acadiennes et francophones de la province sont utilisées régulièrement par les membres de ces communautés
1.2.2) La communauté a l'accès souhaité à l'information sur la santé et le mieux-être	<ul style="list-style-type: none"> * Élaborer des stratégies régionales de marketing social, à partir d'un cadre provincial, concernant la gestion des maladies chroniques * Assurer qu'un langage simple et clair est utilisé dans l'élaboration du matériel écrit et électronique 	Ressources financières RRS en collaboration avec organismes communautaires et secteur privé	Tous les niveaux de la communauté sont mieux informés quant à la gestion des maladies chroniques
1.3.1) Le MMECS reconnaît et consulte activement la communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Établir des liens formels entre la SSMEFNB et le MMECS * Développer un mécanisme de consultation entre ces deux entités 	SSMEFNB et MMECS	La SSMENB, ainsi que des organismes communautaires clefs sont reconnus et consultés régulièrement par le MMECS
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
1.1) La population francophone a une participation active et soutenue dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques			
1.2) La communauté a une meilleure prise en charge collective et individuelle de sa santé et de son mieux-être			
1.3) Le virage vers le mieux-être est renforcé par le développement d'un environnement du mieux-être			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
1) L'état de santé et du mieux-être de la population acadienne et francophone du N.-B. s'est amélioré de façon significative.			

Principe : Accès et prestation de services

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
2.1.1) Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint Jean déterminent et développent, en collaboration avec le gouvernement provincial et les RRS respectives, le ou les modes de livraison optimales pour répondre à leurs besoins et priorités spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un espace clinique au Centre Samuel-de-Champlain de Saint Jean * Établir un point d'accès francophone-bilingue pour les services de promotion de la santé au CSC St. Joseph de Saint Jean * Établir un CSC au sein du Centre Communautaire Sainte-Anne de Fredericton * Appuyer et renforcer la collaboration déjà établie entre la communauté acadienne et francophone de Miramichi et la RRS 7 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>SSMEFNB, communautés francophones de Saint Jean, Fredericton et Miramichi, RRS 2, RRS 3 et RRS 7 et Gouvernement provincial</p>	<p>Un espace clinique est établi au Centre Samuel-de-Champlain de Saint-Jean</p> <p>Un point d'accès francophone-bilingue pour les services de promotion de la santé est établi au CSC St. Joseph de Saint -Jean</p> <p>Un CSC est établi au Centre Communautaire Sainte-Anne de Fredericton</p> <p>La communauté de Miramichi exprime un haut niveau de satisfaction par rapport à l'accès et la prestation des soins et services de santé primaires qui lui sont offerts</p>
2.2.1) Les RRS de la province développent des politiques linguistiques claires et efficaces ou améliorent en ce sens leurs politiques existantes	<ul style="list-style-type: none"> * Offrir un appui et une collaboration aux RRS dans le développement et la mise en application de politiques linguistiques * Développer des outils d'évaluation et d'appréciation pour déterminer l'impact des politiques linguistiques et le degré de satisfaction des utilisateurs 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>RRS, Gouvernement provincial et SSMEFNB</p>	<p>Chaque RRS de la province est dotée d'une politique linguistique claire et efficace</p> <p>Les utilisateurs expriment un haut niveau de satisfaction par rapport à l'offre active des services en français</p>
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
<p>2.1) Les communautés de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean ont accès à des soins et services de santé primaires de qualité à partir de points de services et formules de livraison de services développés selon leurs besoins spécifiques</p> <p>2.2) Les RRS sont dotées et utilisent des politiques linguistiques claires afin d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé primaires en français partout dans la province</p>			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
2) L'accès et la prestation des soins et services de santé primaires répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B.			

Principe : Pratiques collaboratives / Ressources humaines

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
3.1.1) Une reconnaissance et mise à contribution des compétences du système et du secteur communautaire voué à la santé mènent à une plus grande gamme de services et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population acadienne et francophone	<ul style="list-style-type: none"> * Développer des protocoles de collaboration entre les RRS et les organismes communautaires * Utiliser les technologies appropriées pour favoriser la collaboration multi-sectorielle et lier les intervenants * Accorder une place aux professions émergentes et optimiser le rôle des professionnels de la santé ainsi que celui des intervenants communautaires * Mettre en place un mécanisme visant la reconnaissance des intervenants communautaires à titre professionnel * Tenir des foires d'information ou journées de développement professionnel regroupant les intervenants système / hors système 	<p>Ressources humaines et ressources financières</p> <p>RRS, Gouvernement provincial, SSMEFNB</p>	<p>Des protocoles de collaboration sont élaborés et mis en œuvre au niveau de chaque RRS de la province</p> <p>La collaboration et le partage d'expertise et d'information sont facilités par l'utilisation des technologies appropriées</p> <p>La gamme et la qualité des soins et services disponibles à la population francophone sont augmentées</p> <p>Les intervenants communautaires sont reconnus par les professionnels</p>
3.2.1) Le gouvernement provincial et les RRS facilitent et encouragent le développement de pratiques collaboratives et autres formes de regroupement des professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> * Mise sur pied de groupes de travail afin de déterminer et éliminer les barrières systémiques à la mise en place de pratiques collaboratives particulièrement en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques * Effectuer une analyse afin de déterminer les besoins de points de services multidisciplinaires stratégiquement placés en termes de géographie 	<p>Ressources humaines et ressources financières</p> <p>Gouvernement provincial, RRS et SSMEFNB</p>	<p>Les barrières à la mise en place de pratiques collaboratives sont identifiées et en voie d'être éliminées</p> <p>Un portrait des besoins de points de services multidisciplinaires est dressé</p>

Principe : Pratiques collaboratives / Ressources humaines (suite)

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
3.3.1) Les RRS de la province développent des stratégies liées aux capacités linguistiques de leurs ressources humaines afin d'optimiser ces capacités	* Développer des outils de gestion qui tiennent compte des besoins linguistiques de la clientèle et des RH disponibles pour répondre à ces besoins * Développer des outils de gestion de l'information liés aux capacités linguistiques des RH afin d'assurer une évaluation précise des capacités présentes au sein d'un service ou d'une région * Appuyer et bonifier les programmes d'acquisition de la langue seconde pour les RH des RRS	Ressources financières et ressources humaines RRS, Gouvernement provincial et SSMEFNB	Chaque RRS de la province peut offrir ses services dans la langue officielle choisie par le patient sans exception et avec un minimum de recours à des services d'interprétation
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
3.1) Les soins et services système/hors système rencontrent les besoins de la population francophone plus efficacement grâce à une collaboration accrue 3.2) L'augmentation de pratiques collaboratives et autres formes d'intégration des services des professionnels de la santé rendent le système plus efficace et efficient 3.3) Le système de la santé répond mieux aux besoins linguistiques de la population francophone grâce à une gestion et utilisation plus efficace de ses ressources humaines bilingues et francophones			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
3) La qualité et l'efficacité des soins et services de santé primaires en français répondent aux besoins de la communauté acadienne et francophone du N.-B.			

Principe : Information

Résultats immédiats (1 à 3 ans)	Activités	Intrants / responsable	Indicateurs de rendement
4.1.1) L'ensemble des soins et services de santé primaires et de ressources en matière de mieux-être offerts en français est répertorié et rendu accessible dans un guichet unique d'information	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un groupe de travail pour développer le volet « guichet » du projet – conception, technologies à utiliser, réseau à mettre en place * Répertorier les services et ressources mieux-être en français dans chaque région de la province pour alimenter le guichet d'information * Développer des modes de présentation et de diffusion de l'information qui tiennent compte des différents niveaux d'alphabetisation de la communauté 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>Gouvernement provincial, RRS, organismes communautaires et SSMEFNB</p>	<p>Les points de diffusion établis dans les communautés francophones de la province sont connus et accessibles par tous</p> <p>L'utilisation du guichet s'accroît de façon constante</p> <p>Les dédoublements sont atténués</p>
4.2.1) Une stratégie de cueillette et de gestion des informations sur l'état de la santé de la communauté et portant sur l'ensemble des déterminants de la santé est développée par le gouvernement provincial en collaboration avec Statistiques Canada, les RRS et la communauté	<ul style="list-style-type: none"> * Établir un groupe de travail pour développer la stratégie de cueillette et gestions des informations * Répertorier, analyser et publier les données 	<p>Ressources financières et ressources humaines</p> <p>Gouvernement provincial, Statistiques Canada, RRS et RAFR de la SSMEFNB</p>	<p>Des données fiables sur l'état de la santé de la population acadienne et francophone sont recueillies et disponibles</p>
Résultats intermédiaires (3 à 5 ans)			
<p>4.1) La population francophone a accès à une large gamme d'information sur les soins et services offerts par le secteur public, communautaire et privé en français dans toutes les régions de la province et offerte par un point d'information clair, unique et connu (guichet unique)</p> <p>4.2) Les informations et statistiques nécessaires à l'analyse de l'état de santé de la population francophone et à la planification des soins et services basées sur ce genre d'informations sont recueillies régulièrement, uniformément et rigoureusement ainsi que facilement accessible.</p>			
Résultat ultime / final (5 à 10 ans)			
4) La communauté acadienne et francophone du N.-B. a accès à des informations sur la santé et le mieux-être claires, précises et spécifiques à sa réalité.			

Mise en œuvre du plan de soins et de services de santé primaires

La mise en œuvre du plan biennal proposé devrait s'articuler selon les quatre axes suivants :

- Élargir la base de partenariat des réseaux pour la mise en œuvre du plan d'action sur les services de santé primaire en français;
- Renforcer la concertation entre les réseaux, les autorités gouvernementales et les dispensateurs de services;
- Amorcer la mise en œuvre du plan d'action;
- Partager l'expertise et les connaissances sur la santé et le mieux-être des francophones.

CONCLUSION

Le développement des services de santé pour les Acadiens et francophones au Nouveau-Brunswick s'inscrit dans un contexte particulier. D'une part, il s'agit de la seule province officiellement bilingue au pays. D'autre part, la communauté acadienne et francophone, par sa taille relative (au-delà du tiers de la population), son cheminement socioéconomique et ses acquis sur le plan juridique, se distingue des autres communautés francophones minoritaires des autres provinces.

En poursuivant son développement la communauté acadienne et francophone s'est récemment intéressée plus particulièrement au domaine de la santé. Elle s'y est engagée de différentes manières dont son implication dans le projet national de la Société Santé en français et le projet Préparer le terrain qui a fait l'objet de ce rapport.

Au Nouveau-Brunswick, le dossier de la santé comporte ses propres caractéristiques linguistiques particulières. Contrairement à la situation dans les autres provinces, les services de santé doivent répondre à des impératifs juridiques sur le plan linguistique. La Charte canadienne des droits et libertés prévoit que « [l]e public a, au Nouveau-Brunswick, droit à l'emploi du français ou de l'anglais pour communiquer avec tout bureau des institutions de la législature ou du gouvernement ou pour en recevoir les services. » De même, dans le respect de cette disposition constitutionnelle, la Loi sur les langues officielles de la province reconnaît le « droit à l'emploi de l'une ou l'autre des langues officielles pour communiquer avec tout bureau des institutions de la Législature ou du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou pour en recevoir les services. » Depuis 2002, deux articles de cette Loi s'adressent directement au secteur de la santé. Il y est prévu que le Plan provincial des services de santé doit tenir compte de la prestation des services dans les deux langues officielles et qu'il existe une obligation de servir le public dans la langue officielle de son choix.

En 2002, la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick était déjà bien engagée dans le développement d'un projet francophone dans le secteur de la santé. La Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick était en plein exercice de concertation et était affairée à compléter un portrait de l'état de santé et du système de services de santé pour les francophones¹⁷. En 2003, dans la foulée de l'initiative du Comité consultatif

¹⁷ Desjardins, L., La santé des francophones du Nouveau-Brunswick : étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick, Éditions de la francophonie, 2003.

des communautés francophones en milieu minoritaire du Ministère fédéral de la santé, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau Brunswick était créée et constituée de trois réseaux-action. Un des ses réseaux-action, le Réseau-action communautaire, faisait d'elle une Société à caractère particulier en reconnaissant formellement le rôle de la communauté en matière de santé et mieux-être et en accordant une importance à l'ensemble des déterminants de la santé et au mieux-être. La nouvelle Société répondait ainsi aux aspirations émergentes de la population dont le questionnement incluait déjà une réflexion sur le sujet de la santé elle-même. La réunion de ces trois réseaux-action en une société allait devenir l'organisme porteur des aspirations émergentes entourant les services de santé et le mieux-être chez les Acadiens et francophones. Consciente de cette nouvelle réalité, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick a élargi les paramètres du premier grand projet national intitulé *Préparer le terrain*, et les a adaptés à la réalité provinciale.

Ce projet *Préparer le terrain*, visant à faire le bilan de la situation des soins et services de santé primaires en français, identifier les besoins et les priorités et développer un plan d'action est vite devenu une pièce charnière dans l'évolution du dossier au Nouveau-Brunswick. Pour l'adapter à la réalité provinciale il fut rapidement élargi pour y inclure le mieux-être. Ce faisant il allait documenter le rôle que joue le système formel dans la promotion, la prévention, le traitement des maladies chroniques et le soutien à la prise en charge par chaque individu de sa propre santé. Et c'est dans le contexte de cette particularité du projet que les enjeux qui préoccupent la population ont également été documentés. Regrettablement pour plusieurs, le projet était limité aux soins et services de santé primaires alors que les défis leur semblaient plus grands au niveau des services de santé secondaires et tertiaires. Cette limite n'a cependant pas semblé atténuer l'enthousiasme de la communauté acadienne et francophone face au projet. La participation fut vaste, les discussions intenses et les résultats riches en recommandations

Le projet *Préparer le terrain* a cristallisé une volonté et a été rassembleur. L'implication du Ministère de la Santé et du Mieux-être (aujourd'hui Ministère de la Santé), le rôle très actif des régies de santé et des organismes communautaires ainsi que les centaines d'individus qui ont participé aux consultations en sont les témoins. En dépassant l'objectif national spécifique d'une identification des besoins au niveau de « l'accès à des services de santé en français », le projet a englobé l'ensemble des déterminants de la santé et est passé à celui du mieux-être et

de la nécessité d'opérer un virage général des services de santé vers cet objectif. Le projet est devenu un tremplin pour que la population acadienne et francophone se positionne face à sa santé. C'est ainsi que les ressources communautaires en services de santé ou en action sur les déterminants de la santé se sont impliquées et ont été mises à partie du plan développé. En conséquence, le plan proposé ne comprend pas seulement des objectifs et activités pour le grand objectif national prévu dans *Préparer le terrain*, soit l'amélioration de l'accès à des soins et services de santé en français, mais comprend également des objectifs et activités reliés au grand concept des services de santé et de mieux-être que la population acadienne et francophone veut développer pour elle-même.

Tout au cours du projet *Préparer le terrain*, le concept de minorité a dû être traité à deux niveaux : celui de la population acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick, numériquement minoritaire dans cette province, et celui des différences régionales selon lesquelles les francophones sont majoritaires dans certaines régions sanitaires alors qu'ils sont minoritaires dans d'autres. Cette distinction a revêtu une certaine importance en autant que les acquis des uns sont souvent les défis des autres. Fort heureusement, le projet a su bien intégrer les minorités acadiennes et francophones les moins bien servies et le plan proposé a évité le piège de l'uniformité pour toutes les régions. Dans ce sens, le projet *Préparer le terrain* au Nouveau-Brunswick a conjugué avec les acquis considérables de la minorité acadienne et francophone en général pour atteindre des objectifs globaux de santé de la population tout en permettant aux minorités des régions sanitaires à majorité anglophone de recevoir l'appui d'un large projet provincial pour leurs initiatives locales. Le résultat à long terme en sera fort probablement un système de services de santé, axé sur le mieux-être, fait à l'image de la communauté acadienne et francophone et dont elle se sera pleinement approprié.

Pour la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, le plan proposé trace des lignes d'action pour plusieurs années et en précise les activités pour le court terme. Pour les participants et participantes, il fournit un cadre à l'intérieur duquel chacun et chacune peut encadrer son projet selon un grand plan de société et obtenir plus facilement les appuis et les ressources. Une fois réussis, les résultats anticipés auront été l'occasion d'une concertation véritable. La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick incarne cette concertation. Le projet *Préparer le terrain*, exprimé en termes sociologiques, aura été un outil additionnel de prise en charge de sa santé par la population acadienne et francophone.

ÉPILOGUE

Stratégie de concertation et de mise en œuvre

L'initiative *Préparer le terrain* a donné lieu à des pistes d'action, des stratégies possibles et des priorités visant à **améliorer l'accès** aux services de santé en français et à **améliorer l'état de santé** de la population acadienne et francophone de toutes les régions du Nouveau-Brunswick.

Les prochaines étapes de *Préparer le terrain* continuent de se jouer à plus d'un niveau.

Premièrement, le *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire* entreprendra une mise à jour de l'étude de 2001 qui a mené à la création des réseaux santé en français, de la *Société Santé en français* et du *Consortium national pour la formation en santé*. Cette étude cherchera à démontrer de façon concrète les progrès réalisés à ce jour, notamment avec l'initiative *Préparer le terrain*, et à élaborer le renouvellement des ententes avec le fédéral qui soutiennent le mouvement santé en français.

En second lieu, le 18 novembre 2005, le gouvernement fédéral par la voie de l'honorable Mauril Bélanger, ministre responsable des langues officielles, annonçait un investissement de dix millions de dollars pour l'année 2006-2007 pour le développement des services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. En collaboration avec *Santé Canada*, la *Société Santé en français* sera le gestionnaire de l'enveloppe consacrée aux communautés francophones. Ces sommes devront être investies d'ici le 31 mars 2007 et permettront entre autres de faire un pas de plus vers la mise en œuvre de l'ensemble des plans d'action *Préparer le terrain*.

Le projet *Santé primaire en action* qui se veut la poursuite du projet *Préparer le terrain* a été élaboré avec l'ensemble des réseaux au Canada suite à l'annonce des sommes à investir pour l'année 2006-2007. Ce projet devrait s'articuler selon les quatre axes suivants :

1. Élargir la base de partenariat des réseaux pour la mise en œuvre du plan d'action sur les services de santé en français.

Cet axe comporte des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation.

2. Renforcer la concertation entre les réseaux, les autorités gouvernementales et les dispensateurs de services.

Cet axe comporte des activités de concertation avec les autorités et les partenaires sur le terrain pour appuyer la mise en œuvre du plan d'action pour les services de santé primaires en français. Les réseaux de la SSMEFNB seront appelés à assumer des tâches de coordination et / ou de participation aux décisions pour la mise en œuvre du plan d'action issu de *Préparer le terrain*.

3. Amorcer la mise en œuvre du plan d'action.

Les réseaux devront positionner les recommandations en termes de priorités d'actions, et réfléchir aux meilleurs moyens d'intervenir et de réaliser les recommandations issues du plan d'action.

4. Partager l'expertise et les connaissances sur la santé des Francophones.

Il s'agit d'adopter une stratégie de mise en commun des informations sur les données recueillies à date sur les services de santé en français à travers le Canada et de mettre en place un mécanisme qui permet le partage des connaissances acquises.

La *Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick* et les réseaux-action de la Société ont débuté leur réflexion sur les suivis qui seront faits suite au dépôt du rapport *Préparer le terrain*. Le *Conseil de concertation et d'administration* de la SSMEFNB ainsi que ses trois réseaux et leurs partenaires avaient, au moment de la remise du rapport, prévu des rencontres de planification au cours desquelles ils devaient établir leurs priorités d'action et procéder à l'identification de projets liés à la mise en œuvre des recommandations de *Préparer le terrain*.

Stratégies de communication et de diffusion

Les stratégies de communication et de diffusion entourant le dépôt et les suivis des recommandations du rapport *Préparer le terrain* s'articulent autour des quatre axes de la stratégie de concertation et de mise en œuvre mentionnée dans la section précédente.

Considérations pour la diffusion

Premier axe : Élargir la base de partenariats des réseaux pour la mise en œuvre du plan d'action.

- Préparation d'un sommaire exécutif et d'une présentation visuelle afin de rendre le rapport palpable et aisément communicable;
- Le rapport *Préparer le terrain* disponible sur demande à partir de septembre 2006 et sera déposé selon les directives proposées dans la stratégie de communication et de diffusion auprès des organismes et administrations suivantes :

- Société Santé en français (sera compilé dans un rapport national et présenté à Santé Canada) ;
 - Conseil de concertation et d'administration de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) ;
 - Les trois réseaux de la SSMEFNB : Réseau-action Organisation des services, Réseau-action Communautaire, Réseau-action Formation et recherche ;
 - Direction du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick ;
 - Directions des Régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick ;
 - Direction du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport du Nouveau-Brunswick.
- Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux de la SSMEFNB devront s'approprier le contenu du rapport. Ils seront appelés à assumer des tâches de coordination et/ou de participation aux décisions pour la mise en œuvre du plan d'action issu de *Préparer le terrain*.
 - Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux - action devront provoquer tant chez les Francophones que chez les 5 partenaires des réseaux, une prise de conscience quant aux nombreux avantages d'une offre améliorée de services de santé en français.

Deuxième axe : Renforcer la concertation entre les réseaux, les autorités gouvernementales et les dispensateurs de services.

- Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux devront assurer le maintien et la consolidation des réseaux car c'est la structure à travers laquelle la concertation de tous les partenaires est possible.
- Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux devront poursuivre le développement et la consolidation de liens étroits avec les gouvernements, les organismes (nationaux, provinciaux et locaux) et les dispensateurs de services en vue de faire connaître le Plan d'action et la stratégie de mise en œuvre des recommandations.
- Poursuite du positionnement des réseaux pouvant aller, selon les provinces, jusqu'à une reconnaissance officielle et l'obtention de mandats spécifiques dans leur province.

Troisième axe : Amorcer la mise en œuvre du plan d'action.

- Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux devront positionner les recommandations en termes de priorités d'actions, et réfléchir aux meilleurs moyens d'intervenir et de réaliser les recommandations issues du plan d'action.
- Le Conseil de concertation et d'administration de la SSMEFNB et les trois réseaux devront adopter des stratégies concrètes, souples et flexibles menant à la mise en oeuvre des recommandations issues du rapport *Préparer le terrain* et en déterminer les coûts.

Quatrième axe : Partage de l'expertise et des connaissances sur la santé des Francophones.

- Une rencontre nationale où seront invités les 5 partenaires de la santé de chaque province est prévue pour l'automne 2006.
- Adoption d'une stratégie de mise en commun des informations sur les données recueillies jusqu'à maintenant sur les services de santé en français à travers le Canada.
- Adoption d'un mécanisme qui permettra le partage des connaissances acquises. Mise en place d'un système de gestion des connaissances, doté d'un espace virtuel et collaboratif afin de soutenir les réseaux.

Notons que la plupart des considérations énumérées dans les quatre axes de la stratégie de concertation et de mise en œuvre demandent peu d'investissements financiers mais misent davantage sur une nouvelle façon de travailler. Depuis environ deux ans déjà, la direction de la SSMEFNB, les trois réseaux-action et leurs partenaires ont eu l'occasion de travailler ensemble et de partager leurs points de vue. Ainsi, s'est installé peu à peu, une confiance mutuelle et de nouvelles façons de procéder issues d'un processus de consultation et de concertation qui, nous sommes confiants, donnera des résultats probants.

BIBLIOGRAPHIE

Count of Active GP's by Health Region by Self Reported Language, Medical decision support systems (MDSS), décembre 2005.

Desjardins, L., *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick*, Étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick, Les Éditions de la Francophonie, 2003

Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport Final; Commissaire : Roy J. Romanow; novembre 2002

Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick (chapitre O-1.1), Gouvernement du Nouveau-Brunswick, juillet 1981.

Loi sur les langues officielles (chapitre O-0.5), Gouvernement du Nouveau-Brunswick, juin 2002.

Loi sur les régions régionales de la santé (chapitre R-5.05), Gouvernement du Nouveau-Brunswick, janvier 2002.

Plan provincial de la santé de 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau Brunswick* - Ministère de la Santé et du Mieux-être du N-B., juin 2004

Projet des ressources humaines dans le cadre de l'initiative Préparer le terrain de la SSMEFNB, Applied Management Consultants pour le compte de la SSMEFNB, mars 2006

Rapport des consultations sur le mieux-être auprès des intervenants de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick; Liane Roy consultante pour le compte de la SSMEFNB, mars 2006

Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, Une initiative du Plan provincial de la santé - Ministère de la Santé et du Mieux-être du N-B., janvier 2006

ANNEXE A - GRILLES DU PANIER PROVINCIAL DE SERVICES

Préparer le terrain - Nouveau-Brunswick					
Grille d'analyse - offre et indicateurs de rendement					
Régie régionale de la santé _____					
Panier de services	Sous territoires			Français	Anglais
	X	Y	Z		
Promotion de la santé					
Prévention et enseignements					
- mères et nouveaux nés					
- surveillance du poids					
- surveillance du cholestérol					
- ostéoporose					
- désaccoutumance du tabac					
- clinique de nutrition, pré-diabétique					
- ménopause					
- soins des pieds					
- toxicomanie et dépendance					
- dépistage du cancer du sein					
- dépistage du cancer du col de l'utérus					
- clinique d'inhalothérapie, de fonction pulmonaire					
- allergies et asthme					
- modes de vie sain					
Auto-examen des seins (Clinique au centre d'oncologie et Prg bien-être pour la femme)					
Réadaptation cardiaque					
Tension artérielle					
Rééducation périnéale (Prg structuré-unité d'obstétrique)					
Programme anti-grippal (vaccin offert aux employés, pts hospitalisés, et pts hémodialysés)					
Arthrite, arthrose, rhumatisme					
Développement précoce du langage					

Panier de services	Sous territoires			Français	Anglais
	X	Y	Z		
Programme de bien-être pour la femme (Programme annuel: Focus Santé)					
Santé de la prostate					
Ressources pour adolescent(e)s (Site Internet: Ado Santé)					
- prévention des maladies et blessures					
Services d'urgence					
24 heures / 7 jours					
16 heures / 7 jours					
8 heures / 7 jours					
autre					
- premiers soins					
- stabilisation					
- aiguillage					
- observation 24 à 48 heures					
- services d'orientation vers services secondaires					
- service d'orientation vers services tertiaires					
Services diagnostics					
- prélèvements					
- analyse de laboratoire					
- cathétérisme cardiaque					
- imagerie médicale					
- ultra sono graphie					
- services de pré-anesthésie, pré-chirurgie					
Services thérapeutiques et suivi					
- traitements mineurs : tension artérielle					
- traitements mineurs : rhumes et gripes					
- pose de plâtre					

Panier de services	Sous territoires			Français	Anglais
	X	Y	Z		
- traitement de plaies diverses					
Soins à domicile/Extra Mural					
- solution de rechange à l'admission					
- solution pour retarder l'admission - foyer de soins					
- soins de santé continu a long terme					
- services d'évaluation aux personnes âgées					
- services de réadaptation aux personnes âgées					
- thérapie intraveineuse et hydratation					
- programme d'oxygène à long terme					
Gestion des maladies chroniques					
- clinique de cardiologie (réadaptation)					
- clinique diabétique					
- clinique de gériatrie					
- insuffisance cardiaque					
- clinique pulmonaire					
- clinique d'hypertension					
- clinique d'oncologie					
- clinique rénale incluant la pré-dialyse					
Accessibilité - langue :					
Accessibilité - rural/urbain, liste d'attente, distance :					

Santé publique	Bureaux			Français	Anglais
	X	Y	Z		
Programmes et services					
Surveillance, investigation et contrôle des maladies transmissibles (1B)					
Immunisation - infantile et autre					
Initiative à la petite enfance					
Pré-natal					
Liaison hospitalière					
Post-natal					
Clinique préscolaire					
Protection à l'enfance					
Apprenants en santé à l'école (M-5)					
Santé sexuelle					
Dépistage anonyme du VIH/SIDA					

Santé mentale	Centres de santé mentale communautaires			Français	Anglais
	X	Y	Z		
Programmes de base					
Processus d'accueil					
Programme enfant-adolescent					
Programme adulte court terme					
Programme adulte long terme					
Services					
Service d'évaluation					
Service d'intervention / traitement					

Santé mentale	Centres de santé mentale communautaires			Français	Anglais
	X	Y	Z		
Service de consultation					
Service d'intervention en situation de crise					
Service de gestion de cas					
Service de soutien communautaire					
Service de réadaptation					
Service de traitement pour les jeunes avec désordres de conduite sévère					
Service d'intervention post-traumatique (debriefing)					
Service de prévention du suicide					
Services pour personnes âgées					

Régie régionale _____					
Participation/Engagement Communautaire					
Type	Mensuel	Annuel	Au besoin	Autre	Spécifique à la communauté francophone
Réunions du conseil d'administration ouverte au public					
Comité consultatif communautaire					
Comité des usagers					
Comité de citoyens					
Groupes Témoins					
Analyse des besoins de la communauté					
Sondage auprès de la population					
Liens/consultations avec des organismes communautaires					
Liens/consultations formels avec francophones					
Rencontres avec groupes de citoyens					
Processus structuré de satisfaction de la clientèle					
Processus structuré d'engagement de la communauté					
Autres					

Régie régionale _____				
Activités/programmes communautaires				
	Prévention	Promotion	Éducation	Spécifique à la communauté francophone
1.				
2.				
3.				
4.				

ANNEXE B – BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES LORS DES CONSULTATIONS CIBLÉES

Santé de la population

- La collaboration entre le programme **Moncton Headstart** et le **Service de Santé publique**
- Le projet **Ado-Parlons santé** et son site Web (adosante.org)
- Le programme provincial **Parle-moi -Talk to me**
- Les **Centres de ressources familiales**
- Le **Centre de vieillissement en santé** (à Campbellton)
- Les programmes du **Service de Santé publique**, particulièrement ceux d'éducation et de prévention, d'immunisation et d'éducation sexuelle
- Le bulletin « **Le Pouls de la collectivité** » (RRS 5)
- Le programme **Vie active** (RRS 6)
- Les programmes de **Marraine d'allaitement**
- Le projet **École en santé**
- L'organisme **Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick** (MACS-NB)
- Le **partenariat entre la Régie de la santé Acadie-Bathurst (RRS 6) et l'Université de Moncton – Campus de Shippagan** qui assure une Clinique de santé sexuelle à Shippagan
- Le projet de nutrition **Mango** (RRS 7)

Accès et prestation de services

- Le **Programme extra-mural**
- Les **pratiques collaboratives** avec équipes multidisciplinaires
- La **Clinique du sein du Centre d'oncologie Dr. Léon Richard** (RRS 1B)
- Le **Centre de santé communautaire de Lamèque** (RRS 6)
- L'**épinglette « I'm learning French/J'apprends le français... Parlez-moi »** qui est portée par les employés de la RRS 3 qui suivent des cours de français

Pratiques collaboratives / Ressources humaines

- Le **Partenariat entre le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et l'Université de Sherbrooke**
- Le **Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick**
- Les **pratiques collaboratives** avec équipes multidisciplinaires

Information

- Le nouveau **répertoire des services de santé en français pour la région de Fredericton** (projet FASSP)

- La **collaboration** entre le Comité santé en français de Fredericton et la RRS 3
- Le projet annuel **Carrefour santé** (Fredericton)
- Le placement **d’infirmières stagiaires dans les écoles**
- Le bulletin « **Le Pouls de la collectivité** » (RRS 5)
- Les programmes de **Marraine d’allaitement**
- Le **répertoire des services de santé en français** ainsi que le **livre de recette** santé dans un langage simple (projet FASSP de Miramichi)