

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités
régionales à partir
des besoins de
nos collectivités

Avril 2017



Produit par le service de la Promotion de la
santé de la population et de la gestion des
maladies chroniques du Réseau de santé Horizon

Message de la gestionnaire de la Santé de la population d'Horizon

C'est formidable de préparer le présent rapport et d'être à ce stade du processus!

En 2012, lorsque le portefeuille d'évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé (EBCS) du Réseau de santé Horizon (Horizon) a été intégré à notre service de la Promotion de la santé de la population et de la gestion des maladies chroniques, j'ai conseillé les groupes de consultants chargés d'effectuer le travail. Après avoir fait l'essai de cette méthode, j'ai commencé avec mon équipe à repenser le processus et à planifier en vue de renforcer la capacité d'Horizon à mener les EBCS. En 2014, j'ai pris congé de mon poste actuel de gestionnaire de la Santé de la population pour occuper à temps plein le poste de chef de la recherche pour le portefeuille EBCS. L'expérience a parfois été difficile, mais c'est une décision que je ne regrette pas.

Grâce à ma formation et à mon expérience professionnelle, je comprends bien le concept et la théorie de la santé de la population. J'étais également convaincue que ma compréhension sur le plan personnel était forte. Mais je me trompais. J'ai beaucoup approfondi et modifié ma compréhension de la santé de la population durant mon séjour au portefeuille EBCS. L'écoute profonde, l'ouverture du cœur, la lecture des transcriptions, l'écoute d'histoires et la reprise de ces mêmes histoires lors du processus d'analyse, ainsi que le fait de voir et d'entendre ce à quoi ressemble le concept de la santé de la population dans la vie quotidienne des gens, ont fait passer ma compréhension du niveau de conscience intellectuelle à un niveau que je pouvais réellement ressentir et vivre. On nous a décrit des réalités difficiles, il y a eu des conversations musclées, des échanges plutôt désagréables et même des larmes. À ce niveau de compréhension, j'ai parfois été secouée et ébranlée émotionnellement. Mais quoi qu'il en soit, cette expérience m'a beaucoup éclairée et je suis convaincue que cette expérience peut également éclairer notre organisation. C'est pourquoi nous avons cru important de rédiger le présent rapport.

À l'instar de nombreux Canadiens et Canadiennes, j'attache une grande importance à notre système public de soins de santé et je connais personnellement l'importance de la prestation de soins de santé de qualité. Ma fille est née dans ce système, et le soutien qui m'a été donné en tant que jeune mère par le personnel incroyable de l'Unité de maternité est une expérience que je garde dans mon cœur. Lorsque j'étais une jeune adulte, une de mes meilleures amies a été

victime d'un accident de VTT et, aujourd'hui encore, lorsque nous avons la chance de nous rencontrer, je suis reconnaissante pour les services d'urgence qui lui ont sauvé la vie. La forme rare de cancer de ma mère a amené ma famille et moi-même dans de nombreuses parties des services d'oncologie d'Horizon; durant sa maladie, les infirmières du Programme extra-mural étaient comme des membres de la famille et, durant son décès, le personnel des soins palliatifs était... eh bien, je n'aurais même pas les mots pour décrire leurs capacités. J'ai compris! En tant qu'organisation, nous devons accorder la priorité à la prestation de services de soins de santé de qualité. Mais comme nos taux de maladies chroniques augmentent, ce système essentiel auquel je tiens profondément est menacé et est en proie à de plus en plus de difficultés. Nous avons tous essayé d'en corriger les lacunes, mais en définitive, notre seule option à long terme consiste à prendre les décisions difficiles et courageuses qu'il faut pour inverser cette tendance.

En tant qu'organisation ayant pour mission d'**aider les gens à vivre en santé**, je crois que nous avons la capacité et la responsabilité de travailler plus en amont et d'améliorer l'état de santé des personnes, des collectivités et des populations que nous servons. Malgré l'importance des services de soins de santé traditionnels, nous savons que ces derniers jouent un rôle très modeste dans ce qui fait qu'une personne ou une population puisse atteindre l'objectif de **vivre en santé**. Dans le cadre de l'expérience EBCS, j'ai rencontré beaucoup de membres du personnel qui « comprennent » bien les défis, mais qui oeuvrent sans relâche vers cet objectif; un travail si étonnant et un si grand nombre d'idées fantastiques par des personnes tellement dévouées. Mais compte tenu de l'ampleur du défi à relever, je ne peux m'empêcher de m'interroger sur l'incidence de ces exemples individuels à l'échelle de la population. Nous avons besoin d'une transformation à plus grande échelle. J'espère que le présent rapport amènera les enjeux réels qui ont un impact important sur l'état de santé au premier plan de nos discussions, de notre prise de décisions, de nos actions et de nos investissements et que, dans ce contexte, notre organisation et notre population s'épanouissent.



Allison Holland
Gestionnaire de la Santé de la population

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

Remerciements

La réalisation des évaluations des besoins de la collectivité en matière de santé à l'échelle régionale a été une entreprise de grande ampleur pour Horizon, et il faut remercier de nombreuses personnes : le personnel d'Horizon qui nous a appuyés dans chaque collectivité, les 374 membres des Comités consultatifs communautaires qui nous ont guidés activement dans le cadre de chaque évaluation, les quelque 1 200 Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui ont donné de leur temps pour participer aux consultations, l'équipe du Service des communications d'Horizon, le Conseil de la santé du Nouveau Brunswick, les membres de l'équipe du service de la Promotion de la santé de la population et de la gestion des maladies chroniques, et, bien entendu, les trois coordonnatrices de projet incroyables qui se sont jointes à notre équipe et qui ont assuré la progression de chaque évaluation. Votre contribution a été grandement appréciée!

Table des matières

1. Introduction	5
2. Contexte	7
2.1 Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick	7
2.2 Approche axée sur la santé de la population	7
2.3 Délimitation des collectivités	9
3. Évaluations des besoins en matière de santé des collectivités d'Horizon	10
3.1 Collectivités d'Horizon	10
3.2 Leadership d'Horizon en matière d'EBCS	10
3.3 Processus d'EBCS d'Horizon	11
3.4 L'EBCS en tant que processus continu : mesures régionales prises	12
4. Élargir notre orientation et adopter une approche régionale	13
4.1 Notre portée : portrait régional de la consultation communautaire	13
4.2 Analyse des données régionales	15
4.3 Priorités régionales d'Horizon	15
5. Prochaines étapes	26
5.1 Valeur fondamentale d'Horizon : Nous agissons avec intégrité et nous sommes responsables ..	26
5.2 Maintien de l'engagement communautaire	26
5.3 Investissement dans les relations	27
5.4 Impact collectif : une approche structurée en matière de collaboration	28
5.5 Quoi ensuite? La nécessité de plans d'action et de plans financiers solides	29
6. Conclusion	31
Annexe A : Processus d'EBCS à douze étapes d'Horizon	32
Références	33
Liste des figures	
Figure 1 : Modèle de santé de la population du Conseil de la santé du Nouveau Brunswick	10
Figure 2 : Collectivités du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	11
Figure 3 : Participants des groupes de discussion	17
Figure 4 : Le continuum de collaboration	33
Figure 5 : Le virage : Cinq conditions de l'impact collectif	35
Liste des tableaux	
Tableau 1 : Nom et numéro assignés aux collectivités par le Conseil de la santé du Nouveau Brunswick	11
Tableau 2 : Collectivités faisant partie d'Horizon	12
Tableau 3 : Aperçu du leadership d'Horizon en matière d'EBCS	13
Tableau 4 : Processus d'EBCS à douze étapes d'Horizon	14
Tableau 5 : Séances de groupe de discussion	16
Tableau 6 : Priorités régionales d'Horizon	19
Tableau 7 : Impact isolé et impact collectif	34

1. Introduction

L'évaluation des besoins des collectivités en matière de santé (EBCS) n'est pas un projet nouveau. En fait, de nombreuses collectivités au Canada et dans le monde utilisent l'EBCS depuis de nombreuses années pour planifier la santé communautaire, y compris la Province du Nouveau-Brunswick. Différentes coalitions communautaires ont amorcé du travail d'EBCS au Nouveau-Brunswick; une certaine portion des évaluations a été subventionnée par le gouvernement, et d'autres évaluations ont été réalisées en corrélation avec l'élaboration du modèle de soins du Centre de santé communautaire. En 2012, la province du Nouveau-Brunswick a annoncé la réalisation d'une nouvelle série d'EBCS en vertu d'une recommandation formulée dans le document *Cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*.¹ Peu après l'annonce, elle a élaboré les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick*² pour aider à normaliser le processus à l'échelle provinciale. Les lignes directrices indiquent que le processus d'EBCS est mieux compris et réalisé du point de vue de la santé de la population. En effet, une approche axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé de l'ensemble des résidents et à réduire les iniquités (disparités au chapitre de la santé) chez les différents groupes en agissant sur un large éventail de facteurs et de conditions ayant une forte influence sur la santé. Les lignes directrices seront mieux expliquées dans la section 2.1. Le Réseau de santé Horizon ayant compris l'avantage des EBCS pour l'organisation, il l'a intégrée à son plan stratégique de 2015-2020 qui dit que « toutes les communautés servies par Horizon auront fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de santé ». Ce point figure sous la priorité stratégique 3.³ Si l'on tient compte de la quantité d'effort et d'investissement qu'il faut pour réaliser les EBCS et assurer le suivi des priorités qui en sont ressorties, cet engagement stratégique a été une initiative considérable illustrant le solide engagement d'Horizon envers les collectivités qu'il sert.

Au sein d'Horizon, la responsabilité de l'administration des EBCS appartient au service de la Promotion de la santé de la population et de la gestion des maladies chroniques (PSP-GMC) et, à l'aide des limites communautaires établies par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 22 collectivités d'Horizon ont participé au processus d'EBCS. Pour comprendre le contexte, la section 3 du présent rapport présente le processus d'EBCS à l'échelle de chacune des collectivités. Par l'entremise d'un comité consultatif communautaire, chaque communauté participante a

établi des priorités locales fondées sur les données disponibles et les données recueillies qui font partie d'un rapport final pour chaque communauté.⁴ Pour ce rapport particulier, toutefois, l'accent ne porte pas sur les EBCS locales et les priorités qui en découlent. La section 4, intitulée *Élargir notre horizon et adopter une approche régionale*, aborde l'objectif du présent rapport en s'attardant à la portée de la consultation régionale, au processus utilisé pour effectuer une analyse régionale et aux 20 priorités régionales qui en découlent. La section 5 explique la signification de tout cela pour l'avenir d'Horizon et la nécessité d'accepter ces priorités de tout cœur comme étant nos priorités si nous voulons avoir un impact sur la santé de notre population. Cette section souligne notre valeur fondamentale, « *Nous agissons avec intégrité et nous sommes responsables* », l'importance de maintenir l'engagement communautaire, la nécessité d'investir dans les relations et l'approche de collaboration axée sur l'impact collectif.⁵

Comme l'ont démontré des recherches considérables, à la fois dans notre province et dans l'ensemble du pays, il faut opérer un changement de perspective et réorienter les dépenses en soins de santé si nous voulons améliorer l'état de santé de notre population et continuer de nous offrir un système de soins de santé extrêmement précieux. Cependant, compte tenu des nombreux facteurs qui influent sur la santé, il peut être bouleversant et difficile de savoir par où commencer et où investir. Pour Horizon, le présent rapport peut servir de point de départ; un guide pour aider l'organisation à commencer à planifier et à réorienter le financement avec confiance, sachant que ces priorités reflètent ce que les experts nous répètent depuis de nombreuses années,^{6,7,8,9} mais, surtout, qu'elles reflètent également ce que nous ont dit nos communautés.

Il est important de souligner que le présent rapport n'est pas un guide de marche à suivre; vous ne trouverez pas de processus expliqués ou de recettes ici pour aborder les priorités régionales présentées. Cependant, la section 5.5 appelle sans ambages à l'action quant à la manière de faire et souligne la nécessité pour Horizon, avec l'appui du service PSP-GMC, de commencer à créer un plan d'action et un plan financier sur les priorités régionales afin d'opérer un changement, d'améliorer la santé de la population et de maintenir un système de soins de santé florissant. Pour commencer, voici le contexte.

2. Contexte

En 2012, lorsque la Province du Nouveau-Brunswick a annoncé qu'elle réaliserait une EBCS dans chaque collectivité de la province en réponse à une recommandation formulée dans le document *Cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*,¹⁰ elle a accordé du financement et confié la responsabilité des EBCS aux régies régionales de la santé (RRS), chacune d'elles devant effectuer les évaluations au sein de leur région de desserte. Après l'annonce, on a formé un groupe de travail composé de représentants du Réseau de santé Horizon, du Réseau de santé Vitalité, du ministère de la Santé et du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, que l'on a chargés de créer les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick*.¹¹ Lors de l'élaboration des lignes directrices, le groupe de travail a examiné les pratiques en matière d'EBCS d'autres régions.

2.1 LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DES COLLECTIVITÉS DU NOUVEAUBRUNSWICK

Les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick* ont pour but de tracer un cadre pour la réalisation des EBCS et pour orienter les RRS et les comités locaux dans leurs efforts à ce sujet. Les lignes directrices fournissent un processus normalisé de niveau élevé pour effectuer les EBCS, ainsi qu'un ensemble commun de lignes directrices, d'indicateurs et de sources de données. Le processus recommandé «permettra d'obtenir des renseignements de base sur la santé, le mieux-être et les facteurs ayant une incidence sur la santé de la collectivité en général. Il encouragera en outre la collaboration entre les membres de la collectivité, les intervenants et un large éventail de partenaires engagés dans le processus de prise de décision au sein du système de soins de santé.»¹² Les lignes directrices définissent les EBCS, fournissent une vue d'ensemble de leur réalisation, comprennent un guide d'utilisation

de méthodes qualitatives dans le cadre du processus d'EBCS et indiquent que l'EBCS consiste à prendre les mesures suivantes :

- recueillir de l'information sur la santé et le mieux-être (données et opinions)
- recueillir de l'information sur la santé et les ressources communautaires (atouts)
- établir les priorités de la collectivité
- créer des partenariats afin d'apporter des solutions aux besoins en santé et en mieux-être de la collectivité.¹³

De plus, les lignes directrices indiquent que le processus est mieux compris et exécuté du point de vue de la santé de la population.

2.2 APPROCHE AXÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

La santé est un sujet complexe, et l'évaluation de la santé d'une collectivité va bien au-delà de l'examen des taux de maladie et de l'accessibilité des services de soins de santé. Les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick* indiquent que le processus d'EBCS est mieux compris et exécuté du point de vue de la santé de la population. En effet, une approche axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé

de l'ensemble des résidents et à réduire les inégalités (disparités au chapitre de la santé) chez les différents groupes en agissant sur un large éventail de facteurs et de conditions ayant une forte influence sur la santé.¹⁴ Ces facteurs et conditions sont souvent appelés les déterminants de la santé,¹⁵ et l'Agence de la santé publique du Canada les a répartis dans les catégories suivantes :

1. Niveau de revenu et statut social
2. Réseaux de soutien social
3. Niveau d'instruction
4. Emploi et conditions de travail

5. Environnement social
6. Environnement physique
7. Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

DÉFINITION DE L'EBCS

«L'EBCS est un processus dynamique et continu visant à cerner les forces et les besoins des collectivités, ce qui permettra d'établir des priorités en matière de mieux-être et de santé afin d'améliorer l'état de santé de la population.»

Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

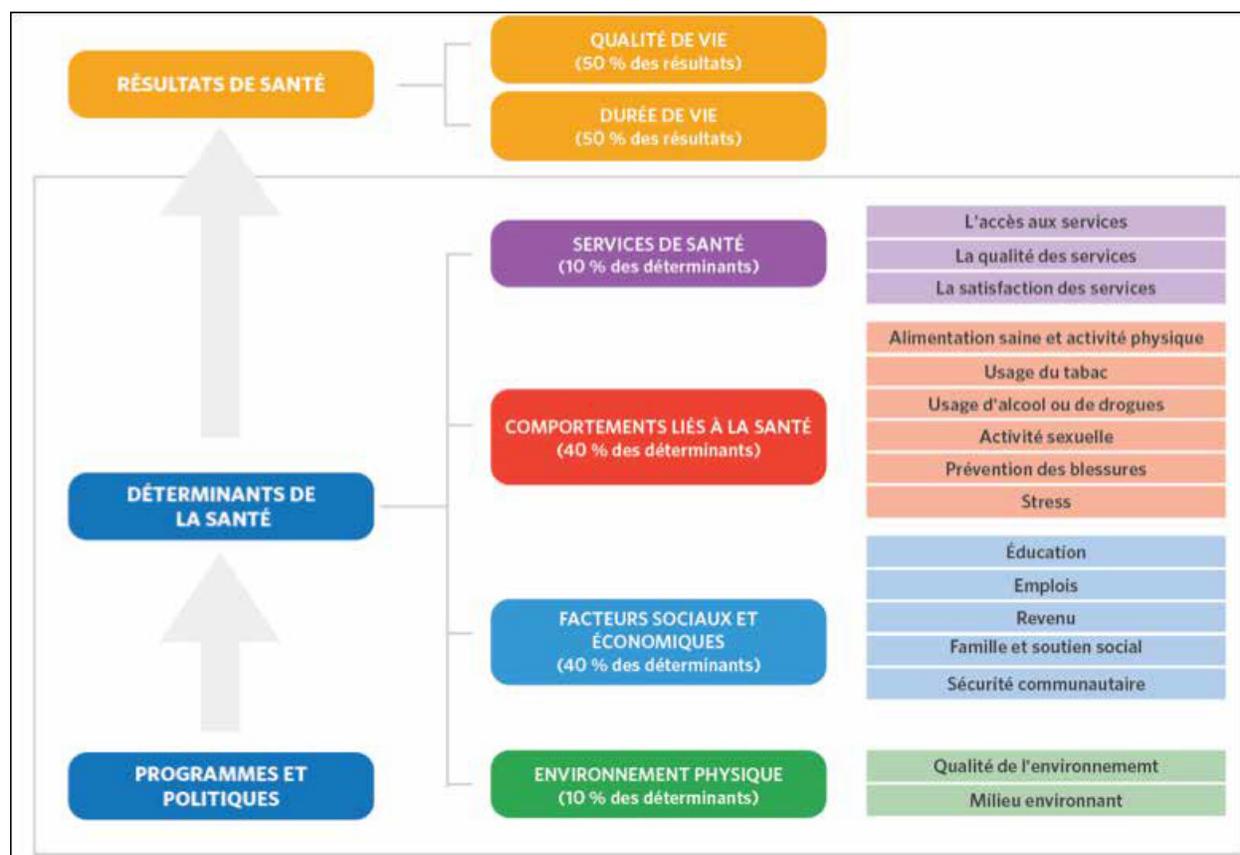
- 8. Développement sain durant l'enfance
- 9. Patrimoine biologique et génétique
- 10. Services de santé
- 11. Sexe
- 12. Culture

Même si les déterminants de la santé sont répartis en douze domaines, il est important de souligner les liens entre les déterminants de la santé. Par exemple, le niveau de revenu peut influencer grandement sur l'environnement physique dans lequel on vit et sur le niveau d'instruction qu'on atteint. Quant à l'emploi et aux conditions de travail, il y a des iniquités évidentes fondées sur le sexe. Par ailleurs, le développement sain durant l'enfance peut influencer sur les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles. Il y a des

liens multiples entre les divers déterminants énumérés, et souvent, plus d'un déterminant à la fois aura une incidence sur la santé.

De plus, les EBCS réalisées auprès des collectivités d'Horizon s'inspirent du modèle de santé de la population du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick qui est une version adaptée du modèle utilisé par le Population Health Institute de l'Université du Wisconsin. Le modèle, illustré dans la figure 1, réduit la liste des déterminants de la santé en quatre catégories et assigne une valeur à chacune en fonction du degré d'influence sur l'état de la santé : services de santé, 10 %; comportements liés à la santé, 40 %; facteurs sociaux et économiques, 40 %; et environnement physique, 10 %.

FIGURE 1 : Modèle de santé de la population du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick¹⁶



Comme le mentionnent les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick*, cette approche souligne la nécessité d'utiliser une optique d'iniquité en matière de santé. Les iniquités en matière de santé sont des différences systématiques et injustes de l'état de santé entre des groupes occupant des positions différentes dans la hiérarchie sociale, les groupes les plus socialement défavorisés étant en moins bonne santé.¹⁷ Cette optique a ajouté une valeur importante au processus d'EBCS, et de nombreux résultats ont mis en lumière les iniquités en matière de santé et leur incidence sur la santé de populations particulières, en plus d'empêcher des collectivités entières de s'épanouir. Voici ce que dit le rapport *Les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick*, publié par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick : « En

fin de compte, tout le monde profite de la réduction des iniquités en matière de santé, non seulement les groupes socialement défavorisés. C'est parce que les iniquités en matière de santé ont des incidences sur les coûts et la disponibilité des soins de santé de tous, sur la criminalité et le sentiment de sécurité communautaire de tous, sur la prospérité sociale et économique des collectivités, sur le tourisme et notre capacité d'attirer des investissements économiques, réduisant ainsi les fonds disponibles pour de nouveaux programmes et services sociaux, pour d'autres projets de développement social et les priorités du public.»¹⁸ Les priorités régionales présentées dans la section 4.3 sont également considérées dans une optique d'iniquité en matière de santé, et une attention particulière est portée à ceux pour lesquels l'iniquité en matière de santé a une incidence importante.

2.3 DÉLIMITATION DES COLLECTIVITÉS

Comme l'expliquent les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick*, des évaluations

devaient être menées sur les collectivités définies par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB). Le CSNB a divisé la province en 28 collectivités (subdivisant les trois plus grands centres urbains) pour assurer une meilleure perspective des différences régionales et locales, ce qui donne le total de 33 collectivités. Ces divisions communautaires sont illustrées sur la figure 2 et dans le tableau 1 ci-dessous. Le CSNB a utilisé les régions de desserte des centres de soins de santé, des centres de santé communautaires et des hôpitaux pour déterminer les limites de chaque collectivité. Les subdivisions de recensement ont ensuite été fusionnées pour correspondre aux régions de desserte. Les collectivités ont ensuite été validées par le CSNB auprès des membres des collectivités pour veiller au respect des communautés d'intérêts dans toutes les régions du Nouveau-Brunswick. Chaque collectivité a été créée avec au moins 5 000 personnes (selon le recensement de 2011) afin de garantir l'accessibilité, la stabilité et la nature anonyme des données pour les divers indicateurs. Le CSNB se sert des limites des collectivités comme base pour le travail et l'analyse réalisés sur le plan communautaire.¹⁹

FIGURE 2 : Collectivités du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

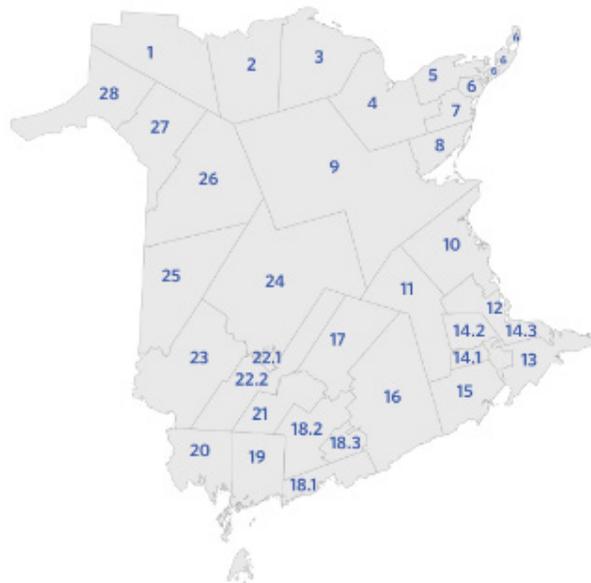


TABLEAU 1 : Nom et numéro assignés aux collectivités du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

NOM ABRÉGÉ	
1 Kedgwick	16 Sussex
2 Campbellton	17 Minto
3 Dalhousie	18.1 Saint John
4 Bathurst	18.2 Grand Bay-Westfield
5 Caraquet	18.3 Quispamsis
6 Shippagan	19 St. George
7 Tracadie-Sheila	20 St. Stephen
8 Neguac	21 Oromocto
9 Miramichi	22.1 Fredericton
10 Bouctouche	22.2 New Maryland
11 Salisbury	23 Nackawic
12 Shediac	24 Douglas
13 Sackville	25 Florenceville-Bristol
14.1 Riverview	26 Perth-Andover
14.2 Moncton	27 Grand-Sault
14.3 Dieppe	28 Edmundston
15 Hillsborough	

3. Évaluations des besoins des collectivités en matière de santé au sein d'Horizon

3.1 COLLECTIVÉS D'HORIZON

Géographiquement, 24 des collectivités du CSNB montrées sur la figure 2 sont situées dans la région de desserte d'Horizon. Cependant, étant donné que trois d'entre elles sont subdivisées (voir le tableau 2 ci-dessous), le nombre total de collectivités est en fait de 19. La province du Nouveau-Brunswick est divisée en deux RRS (réseaux de santé Vitalité et Horizon), lesquelles sont ensuite subdivisées en sept régions de service en santé. Seule la région de service en santé 1 (région de Moncton) est servie par les deux RRS. Par conséquent, ces dernières se partagent la responsabilité des EBCS dans la région. L'EBCS de deux des collectivités de la région 1, Bouctouche (n° 10) et Shediac (n° 12), sera réalisée par l'équipe de Vitalité, et Horizon assume donc la responsabilité de l'EBCS de 17 collectivités.

3.2 LEADERSHIP D'HORIZON EN MATIÈRE D'EBCS

Après avoir annoncé en 2012 son intention de mener des EBCS dans chaque collectivité de la province dans le document Cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick, Horizon a franchi un pas de plus en matière d'engagement et de leadership dans ce travail en intégrant la réalisation des EBCS à son plan stratégique (2015-2020) qui dit que : « Toutes les communautés servies par Horizon auront fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de santé ». Cet objectif figure sous la priorité stratégique 3.²⁰ Au sein d'Horizon, la responsabilité du portefeuille d'EBCS relevait du service PSP-GMC. Au début, même si le service PSP-GMC fournissait des conseils, Horizon a embauché des consultants externes pour effectuer les EBCS. Comme on peut le voir dans le tableau 3 ci-dessous, les six premières EBCS ont été réalisées de cette manière. Mais en 2014, Horizon a décidé de se doter de capacités internes pour effectuer les EBCS afin de raffiner le processus et d'en améliorer l'uniformité, d'établir de meilleures relations avec les collectivités et de réduire les coûts. En 2014, il a créé l'Équipe d'évaluation de la santé communautaire d'Horizon, et les onze dernières évaluations ont été dirigées et réalisées par cette équipe.

TABLEAU 2 : Collectivités faisant partie d'Horizon

CSNB-N°	NOM DES COLLECTIVITÉS DU CSNB
21	Oromocto
22 (22,1 et 22,2)	Fredericton et New Maryland
11	Salisbury
20	St. Stephen
14 (14.1, 14.2 et 14.3)	Riverview, Moncton et Dieppe
18 (18,1, 18,2 et 18,3)	Saint John, Grand Bay-Westfield & Quispamsis
17	Minto
13	Sackville
24	Douglas
8	Neguac
9	Miramichi
15	Hillsborough
25	Florenceville-Bristol
26	Perth-Andover
19	St. George
23	Nackawic
16	Sussex

TABLEAU 3 : Aperçu du leadership d'Horizon en matière d'EBCS

ANNÉE	CSNB-No	NOM DES COLLECTIVITÉS DU CSNB	RESPONSABLE
2011	21	Oromocto	Verlé Harrop
2012	22 (22,1 et 22,2)	Fredericton et New Maryland	
2014	11	Salisbury	Harbour Front Health Group
	20	St. Stephen	
	14 (14,1, 14,2 et 14,3)	Riverview, Moncton et Dieppe	
	18 (18,1, 18,2 et 18,3)	Saint John, Grand Bay-Westfield et Quispamsis	
2015	17	Minto	Équipe d'EBCS d'Horizon
	13	Sackville	
	24	Douglas	
	8	Neguac	
	9	Miramichi	
2016	15	Hillsborough	
	25	Florenceville-Bristol	
	26	Perth-Andover	
	19	St. George	
	23	Nackawic	
	16	Sussex	

3.3 PROCESSUS D'EBCS D'HORIZON

Les trois groupes chargés de diriger et de réaliser les EBCS au sein d'Horizon ont suivi les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick* et créé des processus similaires en fonction des cinq activités clés suivantes présentées dans les lignes directrices :

1. Engagement communautaire
2. Collecte des données
 - Indicateurs et sources de données
 - Recueil des nouveaux renseignements
3. Analyse
4. Formulation de recommandations et de priorités
 - Critères d'évaluation de l'importance
 - Communication et présentation des résultats de l'évaluation
5. Rapport à la collectivité

L'EBCS est un processus axé sur la collectivité dans lequel l'opinion des membres de la collectivité est valorisée et prise en compte pour la planification. Même si les lignes directrices ont fourni aux RRS ces vastes activités clés, le processus d'EBCS doit être flexible pour répondre aux besoins des différentes collectivités. Chaque collectivité est unique. C'est pourquoi une démarche universelle n'a pas toujours été possible. Lorsque les collectivités estiment qu'elles ont un rôle à jouer dans la réalisation du processus d'EBCS, elles sont plus susceptibles de s'approprier les résultats et elles affichent un niveau d'engagement supérieur. Cela dit, les EBCS réalisées dans les collectivités d'Horizon ont généralement été réalisées selon un processus à douze étapes qui a eu tendance à bien fonctionner dans la plupart des collectivités, tout en demeurant flexible afin de s'adapter aux besoins uniques des différentes collectivités.

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

TABLEAU 4 : Processus d'EBCS à douze étapes d'Horizon (L'annexe A décrit chaque étape de façon détaillée)

1.	Mettre en place un comité local de gestion pour la collectivité choisie
2.	Choisir les membres du Comité consultatif communautaire (CCC) avec l'aide du comité de gestion
3.	Établir le CCC
4.	Étudier les données quantitatives existantes sur la collectivité choisie
5.	Présenter aux membres du CCC les faits saillants de l'étude des données
6.	Les membres du CCC présentent leur opinion sur les lacunes dans les données existantes et discutent du meilleur moyen de les combler
7.	Élaborer un plan de collecte de données qualitatives
8.	Faire la collecte de données qualitatives dans la communauté
9.	Analyser les données
10.	Informar les membres du CCC des thèmes découlant de l'analyse des données et définir les priorités
11.	Finaliser les thèmes, les recommandations et le rapport final
12.	Communiquer le rapport final aux membres du CCC ainsi qu'à l'ensemble de la collectivité, et commencer la planification du travail

À la fin du processus, lorsque chaque CCC eut approuvé les priorités et le rapport finaux de l'EBCS, les résultats de chaque collectivité ont été transmis au Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification d'Horizon et ensuite aux membres du Conseil d'administration d'Horizon. Chacune des 17 EBCS présentées au Conseil d'administration a été approuvée officiellement par ce dernier, ce qui démontre sa profonde compréhension et son engagement à l'égard des enjeux communautaires, des différentes collectivités de desserte d'Horizon et de la démarche axée sur la santé de la population, ainsi qu'à l'égard de la mission d'Horizon d'*aider les gens à vivre en santé*.

3.4 L'EBCS EN TANT QUE PROCESSUS CONTINU : MESURES RÉGIONALES PRISES

Comme indiqué ci-dessus, les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick* indiquent que l'EBCS est un processus « continu ». L'EBCS des 17 régions d'Horizon étant terminée, pour continuer le travail et maintenir l'engagement communautaire, l'organisation a commencé par créer le poste de coordonnateur régional des EBCS dont les fonctions consistent à conseiller les collectivités sur leurs priorités et à assurer une liaison importante entre les diverses collectivités et l'ensemble de l'organisation. De plus, Horizon fait partie d'un groupe de travail avec le ministère de la Santé et le Réseau de santé Vitalité afin de déterminer les prochaines étapes à entreprendre en matière de mise à jour et de réalisation des EBCS futures dans la province. Par ailleurs, pour veiller à ce que l'EBCS demeure un processus continu, Horizon travaille avec son équipe des communications et sa publication *Dans votre collectivité*. Chaque numéro met en vedette les différentes collectivités et décrit le travail effectué collectivement sur les priorités de l'EBCS.²¹

Les renseignements généraux, la délimitation des collectivités d'Horizon, le leadership d'Horizon en matière d'EBCS et le processus d'EBCS présentés dans les sections ci-dessus se veulent un résumé des activités envers lesquelles Horizon s'est résolument engagé au cours des quatre dernières années et de ce qui s'est passé dans les différentes collectivités. Il est important de présenter ce contexte qui donne un aperçu du chemin parcouru par l'organisation en matière d'EBCS. Cependant, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'objectif principal du rapport ne porte pas sur les EBCS locales et les priorités qui en découlent, mais sur une perspective régionale beaucoup plus vaste.

4. Élargir notre orientation et adopter une approche régionale

À ce stade, nous effectuons un zoom arrière et nous utilisons une optique différente sur l'intégralité de ce travail en nous concentrant sur ce que tout cela signifie pour Horizon en tant qu'organisation; et sur ce que tout cela signifie à l'échelle régionale. Même si le partenariat est un élément irréfutable du travail qui reste à faire (comme nous le verrons dans la section 5), le but de cette vision régionale est de fournir un guide pour nous, pour Horizon; non pas quelque chose à transmettre ou à livrer à nos partenaires externes. L'EBCS se veut un outil important pour aider à faire avancer la mission de notre organisation : **aider les gens à vivre en santé**. Les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-Brunswick* indiquent que « le processus d'évaluation doit non seulement être réactif au contexte local, mais également permettre une compréhension élargie de la santé des résidents du Nouveau-Brunswick. »²² Cette « compréhension élargie » est ce que nous avons tenté de réaliser dans ce qui suit.

Dans cette section, nous commençons par examiner l'étendue de la consultation qui a eu lieu à l'échelle régionale, présenter les processus d'analyse régionale utilisés et, finalement, présenter les résultats de l'analyse au moyen des 20 priorités régionales qui ont surgi.

4.1 NOTRE PORTÉE : PORTRAIT RÉGIONAL DE LA CONSULTATION COMMUNAUTAIRE

La portée du processus de consultation de l'EBCS a été vaste. La profondeur a été plus importante que le nombre de consultations. Beaucoup de circonstances dans nos collectivités ne sont pas reflétées dans les sources de données quantitatives à notre portée, mais elles sont bien connues par les membres des collectivités et les professionnels qui travaillent et habitent avec eux chaque jour. L'information qualitative recueillie a fourni un contexte pertinent aux données quantitatives; elle a fourni l'histoire sous-jacente aux chiffres. Cela a nécessité beaucoup

de flexibilité. L'équipe s'est efforcée d'impliquer les personnes, les collectivités et les groupes marginalisés en leur tendant la main selon leurs propres conditions et dans leur milieu. La consultation au moyen d'entrevues de groupe et d'entrevues de parties prenantes clés a eu lieu dans des milieux communautaires familiers, confortables et accessibles pour les participants. On a couvert les centres urbains, mais le travail a également amené l'équipe dans de nombreuses petites communautés de la région de desserte d'Horizon, comme nos communautés des Premières Nations, la base des Forces canadiennes, de petits villages acadiens, des régions rurales et des îles du Nouveau-Brunswick uniquement accessibles par traversier, comme Grand Manan et Deer Island.

Tout au long du processus d'EBCS, on a créé 16 comités consultatifs communautaires (CCC) composés de 15 à 46 membres, ce qui donne un total de 374 membres communautaires guidant les EBCS à l'échelle communautaire. Pour faciliter l'harmonisation avec le point de vue sur la santé de la population et pour veiller à la représentation exhaustive, les douze déterminants de la santé énumérés dans la section 2.3 ont guidé le processus de sélection des membres. Le mandat des CCC dans chaque collectivité était de *rehausser l'engagement communautaire pendant tout le processus d'EBCS et d'offrir des conseils et un cadre d'orientation relativement aux priorités en matière de santé et de mieux-être dans la collectivité*. Les CCC ont joué un rôle important dans le processus, car ils ont été un maillon important entre la collectivité et l'équipe d'EBCS d'Horizon.

Avec l'aide des membres du CCC, on a élaboré un plan de collecte de données qualitatives pour chaque collectivité; de plus, on a choisi des personnes à consulter qu'on a invitées à participer à des groupes de discussion et à des entrevues de parties prenantes clés. En tout, il y a eu 113 groupes de discussion comprenant plus de 956 participants. Le tableau 5 présente le nombre de séances pour chaque type de groupe de discussion de la région d'Horizon.

Plus de 1 272 résidents du Nouveau-Brunswick ont été consultés dans plus de 336 villes et villages au sein de la région de santé d'Horizon; ils sont les porte-parole de nos collectivités.

TABLEAU 5 : Séances de groupes de discussion

Types de groupe de discussion	Nombre de séances
Soins primaires et paramédicaux	21
Aînés et services de soutien aux aînés	17
Professionnels travaillant avec les enfants et les jeunes	15
Soutiens sociaux/communautaires	14
Professionnels de la santé mentale et du traitement des dépendances	10
Communautés des Premières Nations	6
Milieu des affaires	4
Parents et familles	3
Chefs spirituels et clergé	3
Questions de violence conjugale	3
Jeunes adultes et études postsecondaires	3
Activités récréatives	2
Nouveaux arrivants	2
Patients atteints de maladie chronique	2
Propre à la région géographique	8

Les types les plus communs de groupes de discussion ont été ceux des soins primaires et paramédicaux, des aînés et des services de soutien aux aînés, des soutiens sociaux et communautaires, de la santé mentale et du traitement des dépendances, des organismes de soutien des enfants et des jeunes (y compris l'éducation), des Premières Nations et du milieu des affaires. Le nombre total de personnes qui ont participé aux groupes de discussion dans chacun de ces domaines est indiqué à la figure 3.



FIGURE 3 : Participants des groupes de discussion

Les membres et les professionnels des collectivités consultées dans ces groupes de discussion les plus communs provenaient de milieux diversifiés et représentaient divers organismes et groupes communautaires :

- **Groupes de discussion en soins primaires et paramédicaux** (172 participants) — composés des personnes suivantes : médecins, infirmières praticiennes, diététistes, premiers intervenants, personnel infirmier, divers membres du personnel du centre de santé (administrateurs, commis, développeurs communautaires), physiothérapeutes et autres professionnels des soins de santé.
- **Groupes de discussion en services de soutien aux aînés** (152 participants) — composés des personnes et organismes suivants : aînés de la collectivité, membres du personnel et de l'administration de foyers de soins, représentants d'organismes de soins à domicile, Programme extramural d'Horizon, représentants d'hospices et du ministère du Développement social, et divers autres organismes, clubs et groupes d'aînés.
- **Groupes de discussion en soutiens sociaux** (116 participants) — composés des personnes et organismes suivants : banques alimentaires, organismes de transport abordable, exploitants de logements pour les personnes à faible revenu, ministère du Développement social, réseaux d'inclusion communautaire, refuges, associations multiculturelles et bénévoles de la collectivité.
- **Groupes de discussion en santé mentale et traitement des dépendances** (51 participants) — composés des personnes suivantes : professionnels de la santé mentale des adultes et des enfants, conseillers en dépendance, conseillers privés, représentants de la Santé publique, travailleurs sociaux, conseillers en orientation, représentants de la police et de l'Association canadienne pour la santé mentale et autres organismes communautaires offrant des soutiens en santé mentale et traitement des dépendances.
- **Groupes de discussion de professionnels travaillant auprès des enfants et des jeunes** (100 participants) — composés des personnes suivantes : enseignants, directeurs d'école, bibliothécaires, entraîneurs, représentants de la Santé publique, conseillers en orientation, diététistes et représentants du développement de la petite enfance, de centres de ressources familiales et de divers groupes et clubs de jeunes de la collectivité.
- **Groupes de discussion de représentants des Premières Nations** (30 participants) — composés

des personnes suivantes : personnel du centre de santé, professionnels de la santé mentale et du traitement des dépendances, membres de conseils de bande, membres de la communauté, et agents de liaison des Premières Nations.

- **Groupe de discussion du milieu des affaires** (29 participants) — composés des personnes suivantes : propriétaires d'entreprises locaux, employés et représentants des ressources humaines d'employeurs clés des collectivités, et représentants de la santé et du mieux-être au travail.

D'autres groupes de discussion moins communs ont regroupé des participants dans les domaines suivants : parents et familles, chefs spirituels et clergé, questions de violence conjugale, jeunes adultes, éducation postsecondaire, activités récréatives, nouveaux arrivants et patients atteints de maladie chronique. De plus, des groupes de discussion ont porté sur la région géographique particulière comme telle.

Par ailleurs, on a mené des entrevues auprès de 55 parties prenantes clés, notamment divers fournisseurs de soins de santé primaires, des professionnels paramédicaux, des enseignants, des fournisseurs de soutien social, des membres de la police, des premiers intervenants, ainsi que d'autres professionnels et membres de la collectivité.

4.2 ANALYSE DES DONNÉES RÉGIONALES

La section 3.3 décrit le processus utilisé par l'équipe d'Horizon au cours des EBCS. Une partie majeure du processus a été l'examen des données quantitatives existantes, l'élaboration et l'exécution de plans de collecte de données qualitatives en consultation avec les comités consultatifs communautaires, et l'analyse des données qualitatives ancrées dans la méthodologie de la description interprétative.²³ Le rapport de l'EBCS de chaque collectivité présente de façon plus détaillée la méthode de recherche et l'approche utilisées à ce niveau.²⁴ Cela a entraîné l'établissement de listes individuelles de thèmes pour chacune des EBCS menées par Horizon. Ces 17 listes de thèmes ont formé les ensembles de données utilisés pour cette analyse à l'échelle régionale. Auparavant, les collectivités individuelles étaient considérées comme le sujet de l'étude, et maintenant, c'est la région d'Horizon qui est devenue notre sujet d'étude.

Même si le sujet a changé, la méthodologie qualitative de la description interprétative a été maintenue. La méthodologie de *description interprétative* (DI) est axée sur l'étude qualitative à plus petite échelle dans le but de faire ressortir des thèmes et des tendances à partir de perceptions subjectives. Les données d'études

de DI comportent une application potentielle dans le sens que les professionnels (comme les cliniciens ou les décideurs) sont en mesure de les comprendre et de s'en servir comme une toile de fond pour des stratégies d'évaluation, de planification et d'intervention. Parce qu'il s'agit d'une méthodologie qualitative et parce qu'elle dépend fortement de l'interprétation, la DI n'aboutit pas à des faits, mais plutôt à des « vérités construites ». Le degré auquel ces vérités sont viables pour leur but prévu d'offrir une compréhension étendue ou autre dépend de la capacité du chercheur à transformer les données brutes en une structure qui confère un sens à certains aspects du phénomène d'une manière nouvelle et utile quelconque.²⁵

Au total, les 17 listes de thèmes contenaient 527 thèmes. L'*analyse de contenu*, qui désigne la réduction des données qualitatives et les efforts visant à donner un sens en prenant un volume de matériel qualitatif et en tentant de cerner les cohérences et les significations de base,²⁶ a été effectuée sur cet ensemble de données à l'aide d'une méthode de codage ouvert. Cet exercice de réduction des données a réparti les 527 thèmes en une liste de 41 catégories.

Pour passer de notre liste de 41 priorités à notre liste finale de 20 priorités du présent rapport, nous avons appliqué un cadre analytique de *questions clés* à l'aide des filtres de fréquence, de pertinence et d'applicabilité placés sur chacune des 41 catégories; chacune étant testée par rapport à ces trois filtres.²⁷ Par la suite, les 20 priorités obtenues ont été recoupées avec les données quantitatives régionales, provinciales et nationales dans la mesure du possible. Étant donné que les filtres de fréquence, de pertinence et d'applicabilité sont pondérés également dans cette forme d'analyse de données qualitatives, la liste de 20 priorités n'est pas présentée ci-dessous dans un ordre particulier; certaines priorités s'y trouvent en raison de leur fréquence élevée, d'autres, en raison de leur pertinence, et d'autres en raison d'une combinaison de pertinence élevée et d'applicabilité.

4.3 PRIORITÉS RÉGIONALES D'HORIZON

Dans le cas de collectivités étroitement liées, certaines des priorités régionales présentées ici ne seront pas surprenantes. En fait, certaines sont des préoccupations bien connues à l'échelle communautaire. Dans ces circonstances, ces résultats peuvent être encourageants et rassurants sur le fait que le travail et l'investissement dans ces domaines s'alignent sur les besoins des collectivités, parce que c'est la voix des collectivités. D'autres peuvent trouver les priorités surprenantes ou peuvent estimer qu'elles sont inaccessibles à une régie régionale de la santé. Cette réaction est compréhensible; cependant, nous ne sommes pas

simplement n'importe quelle régie régionale de la santé. Nous sommes une organisation qui a pour mission d'**aider les gens à vivre en santé** et, comme la recherche considérable l'a démontré, la santé n'est pas uniquement un produit des services de santé, mais d'une vaste gamme de facteurs et de conditions qui ne font pas partie de la prestation des services de santé. À ce stade, avant d'examiner les priorités, nous pouvons jeter un coup d'œil sur la manière dont nous avons centré les EBCS sur la santé de la population conformément à la recommandation des *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau-*

Brunswick, et rappeler le modèle de santé de la population du CSNB qui montre ce qui influe sur notre santé (services de santé, 10 %; comportements liés à la santé, 40 %; facteurs économiques et sociaux, 40 %; et environnement physique, 10 %). Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a un lien étroit entre les déterminants de la santé et ce qui influe sur notre santé. Cela deviendra encore plus évident avec les priorités régionales; un bon nombre d'entre elles ne fonctionnent pas de manière isolée, et souvent, vous constaterez qu'elles s'entremêlent et amplifient leur impact sur l'état de santé.

TABLEAU 6 : Priorités régionales d'Horizon (non énumérées dans un ordre de priorité)

PRIORITÉ RÉGIONALE	PAGE	PRIORITÉ RÉGIONALE	PAGE
 Insécurité alimentaire	21	 Sensibilisation aux services offerts et connaissance des rouages du système de santé	26
 Transport	21	 Soutiens sociaux pour aider à sortir de la pauvreté	26
 Résilience et capacités d'adaptation des enfants et des jeunes	22	 Logement	27
 Santé mentale et traitement des dépendances	22	 Collaboration avec les Premières Nations	27
 Usage et consommation excessive d'alcool ou de drogues	23	 Soutien de la nouvelle réalité familiale	28
 Élargissement des services de santé sexuelle et traitement et prévention de la violence sexuelle	23	 Isolement des aînés et manque de soutiens communautaires et sociaux pour les aînés	28
 Accès aux services de soins de santé primaires	24	 Soins à domicile et services d'approche pour les aînés	29
 Virage vers des soins de santé primaires plus complets et axés sur le travail d'équipe	24	 Activités récréatives	29
 Plus d'accent sur la prévention des maladies chroniques	25	 Amélioration de la collaboration, de la communication et de la solidarité	29
 Saine alimentation et activité physique	25	 Engagement communautaire continu	30



INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Le Canada mesure l'insécurité alimentaire au moyen de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada qui dit que : « L'insécurité alimentaire (...) se produit lorsque la qualité ou la quantité des aliments est compromise, situation qui découle habituellement de ressources financières limitées ». ²⁸ L'insécurité alimentaire influe sur la santé des façons suivantes : croissance et développement médiocres, probabilité accrue de développer une maladie chronique, stress et autres problèmes de santé mentale. Elle peut aussi nuire à la capacité de gérer adéquatement la maladie chronique. Voici les points clés sur l'insécurité alimentaire tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'améliorer l'accès à des aliments frais et entiers (en particulier dans les collectivités rurales)
- la nécessité de rendre les aliments frais et entiers plus abordables
- la nécessité de rapprocher la population de ses sources alimentaires
- la nécessité d'améliorer les compétences en jardinage (en particulier chez les enfants et les jeunes)
- la nécessité d'améliorer les compétences touchant la manipulation, la préparation et l'entreposage des aliments frais et entiers
- la nécessité d'améliorer les liens avec les sources alimentaires locales

Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2014, au Nouveau-Brunswick, 15,2 % des ménages vivent l'insécurité alimentaire, le deuxième taux provincial le plus élevé au Canada, ²⁹ et 21 % des enfants vivent dans des foyers en insécurité alimentaire ³⁰ (en gardant à l'esprit que ces taux ne comprennent pas la population de sans-abri ou les personnes qui habitent dans les communautés des Premières Nations). Bien que l'insécurité alimentaire démontre clairement une inégalité en matière de santé, car la capacité de s'offrir des repas composés de produits frais et entiers est très tributaire du revenu, il existe également une inégalité dans l'accessibilité entre les collectivités. Dans de nombreuses collectivités rurales d'Horizon, l'accessibilité à des sources de vente de nourriture au détail devient limitée par rapport à celles des collectivités urbaines, certaines se qualifiant de « déserts alimentaires » en raison de la distance à parcourir pour accéder à des détaillants alimentaires ou à des magasins de détail offrant des aliments frais et entiers.



TRANSPORT

Selon le *Plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick* de 2014-2019, « le manque d'accès au transport pose des défis importants pour de nombreuses personnes dans la province. Les problèmes de transport mènent à l'exclusion. Ils créent entre autres des obstacles à l'emploi et à la formation, limitent la participation à des activités communautaires et sportives, et restreignent l'accès à des services de santé ou à des services essentiels moins disponibles en milieu rural. » ³¹ Voici les points clés sur le transport tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'intégrer des infrastructures de transport à la prestation des services de santé
- la nécessité d'éliminer le « manque de transport » comme un obstacle à la participation aux activités récréatives
- la nécessité de rendre plus abordables les options en matière de transport
- la nécessité d'offrir des options en matière de transport plus accessible aux personnes handicapées
- la nécessité d'investir dans l'accessibilité piétonnière et le transport actif

Selon l'*Enquête nationale sur la santé* de 2011, au Nouveau-Brunswick, 5,8 % des adultes vont au travail ou à l'école à pied ou en vélo, et 2,1 % utilisent le système de transport en commun. ³² Le *Sondage sur les soins de santé primaires* de 2014 du CSNB révèle que 7,1 % de répondants ont mentionné que les problèmes de transport étaient un obstacle aux services de santé. ³³



RÉSILIENCE ET CAPACITÉS D'ADAPTATION DES ENFANTS ET DES JEUNES

Le CSNB définit largement la résilience comme la capacité à surmonter l'adversité. Elle est aussi en partie la capacité d'une personne à trouver les formes de soutien, ainsi que les programmes et les services qui répondront à ses besoins. ³⁴ Les *habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles* constituent un des douze déterminants de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada. Elles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé. ³⁵ Voici les points clés sur la résilience et les capacités d'adaptation personnelles tirés des données des EBCS :

- une croissance perçue dans le taux des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes
- une augmentation de l'utilisation des services de santé mentale par les enfants et les jeunes

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

- la perception que de nombreux enfants et jeunes n'apprennent pas et n'améliorant pas leur résilience et leurs capacités d'adaptation à la maison
- la nécessité de plus de soutiens dans les écoles pour mettre sur pied un programme de résilience et de capacités d'adaptation
- la nécessité d'aborder le manque de sommeil chez les jeunes
- la nécessité d'atténuer les effets de la technologie sur la santé mentale des enfants et des jeunes
- la nécessité d'adopter une approche proactive pour prévenir les problèmes de santé mentale chez notre population future d'adultes

Selon le rapport de 2016 du CSNB, intitulé *Adresser les facteurs de protection pour améliorer la santé mentale des jeunes*, 67 % des élèves de la 6^e à la 12^e année du Nouveau-Brunswick ont une résilience de modérée à élevée.³⁶



SANTÉ MENTALE ET TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Au sein d'Horizon, les services de santé mentale et de traitement des dépendances font partie du portefeuille communautaire. On offre divers services, notamment des soins psychiatriques aigus aux patients hospitalisés, la gestion du sevrage de l'alcool et d'autres drogues aux patients hospitalisés, le traitement d'entretien à la méthadone, des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des services psychiatriques d'urgence et des unités d'intervention d'urgence mobiles, ainsi que de nombreux services en consultation externe aux adultes et aux jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale. Voici les points clés des services de santé mentale et de traitement des dépendances tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'améliorer la compréhension de la santé mentale, de sensibiliser à cette dernière et de réduire la stigmatisation en santé mentale par le grand public et le personnel d'Horizon
- la nécessité d'améliorer le processus d'aiguillage et les délais pour accéder aux services de santé mentale
- la nécessité d'accroître la disponibilité des professionnels de santé mentale
- la nécessité d'améliorer la mobilité des services de santé mentale afin de servir les collectivités rurales
- la nécessité d'investir davantage dans les programmes et les initiatives qui encouragent la santé mentale positive et la prévention.

Selon les résultats du *Sondage sur la santé dans les*

collectivités canadiennes, au Nouveau-Brunswick, la santé mentale perçue se situe à 64,8 % (très bonne ou excellente).³⁷



USAGE ET CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL OU DE DROGUES

Selon le rapport *Les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances au Nouveau-Brunswick*, les troubles liés à la consommation de substances peuvent avoir des composantes génétiques, biologiques, psychologiques et sociales. La consommation de substances comme l'alcool, les médicaments sur ordonnance et d'autres drogues se produit selon un continuum allant d'un usage bénéfique à une consommation problématique.³⁸ Les résultats des EBCS ont révélé des préoccupations à diverses étapes du continuum allant de l'expérimentation à la consommation de substances par les jeunes aux problèmes de dépendance au sein de la population des jeunes adultes et des adultes. Voici les points clés sur l'usage et la consommation abusive d'alcool et de drogues tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'aborder la « culture » de longue date de consommation d'alcool et de drogues dans de nombreuses collectivités rurales
- la nécessité d'aborder la consommation d'alcool des jeunes, en particulier, dans les collectivités rurales
- la nécessité d'offrir plus de possibilités récréatives aux enfants et aux jeunes
- la nécessité d'aborder la disponibilité des médicaments sur ordonnance et la consommation excessive dans la population
- la nécessité de réduire l'accessibilité de l'alcool chez les jeunes
- la nécessité d'investir davantage dans les programmes et les initiatives qui préviennent l'usage et la consommation excessive d'alcool et de drogues

Comme le mentionne le rapport *Les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances au Nouveau-Brunswick*, chez la population de 15 ans et plus, la consommation d'alcool est de 16,1 %, la consommation de cannabis est de 11,0 %, et la consommation d'autres drogues est de 6,8 %.³⁹ Selon *l'Enquête sur la consommation de drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick*, la prévalence des jeunes qui consommaient de l'alcool plus d'une fois par mois est de 25,7 %, celle de ceux qui consommaient du cannabis plus d'une fois par mois est de 11,6 % et celle de ceux qui utilisaient des médicaments antidouleur à mauvais escient au cours des douze derniers mois est de 11,1 %.⁴⁰



SANTÉ SEXUELLE ET TRAITEMENT ET PRÉVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE

La santé sexuelle est un aspect important de la santé globale et du mieux-être, et la saine sexualité exige d'acquiescer des connaissances, d'apprendre des aptitudes et d'adopter des comportements pour assurer une santé sexuelle et reproductive ainsi que des expériences positives tout au long de la vie, y compris la capacité de prendre des décisions saines et de respecter les choix des autres.⁴¹ Relativement à la question prioritaire susmentionnée, la consommation d'alcool et de drogues par les élèves est souvent liée au risque accru de se livrer à des activités sexuelles non protégées ou non prévues.⁴² Horizon fournit ses services de santé sexuelle au moyen du programme de soins de santé primaires, et le programme de santé publique d'Horizon est axé sur la promotion et les approches en santé sexuelle axées sur la santé de la population. Voici les points clés sur la santé sexuelle tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir plus de services de santé aux femmes et de santé sexuelle dans les collectivités
- la nécessité d'offrir plus de services de santé sexuelle aux jeunes
- la nécessité d'offrir plus d'éducation sur la santé sexuelle dans les collectivités.

Selon un bulletin sur la santé de la population publié en 2011 par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef sur la santé sexuelle des jeunes, le taux de grossesses précoces de la province était de 24,9 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans; le Nouveau-Brunswick se classant sixième comparé au reste du Canada.⁴³ La chlamydia, l'infection transmissible sexuellement la plus souvent signalée au Canada, est en hausse au Nouveau-Brunswick depuis 2007, passant de 1240 à 1923 cas en 2012.⁴⁴ De plus, le bulletin explique que certaines données suggèrent que les groupes marginalisés et défavorisés sur le plan économique pourraient être plus vulnérables à des résultats négatifs sur la santé sexuelle que d'autres.

Au cours des EBCS, la discussion sur la violence sexuelle a souvent porté sur les effets à long terme sur la santé associés aux expériences de violence sexuelle au cours de l'enfance. La violence sexuelle est considérée comme une expérience néfaste de l'enfance, et de nombreuses études ont démontré l'impact des expériences néfastes de l'enfance sur l'état de santé futur.⁴⁵ Voici les points clés sur la violence sexuelle tirés des données des EBCS :

- la nécessité de plus de formation à l'intention des fournisseurs de soins de santé responsables de traiter les cas de violence sexuelle

- la nécessité de plus de services de santé mentale à l'intention des victimes de violence sexuelle
- la nécessité de plus d'éducation sur la violence sexuelle à l'intention des jeunes



ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Lorsque les gens ont des problèmes de santé, ils ont habituellement recours en premier lieu aux soins de santé primaires, c'est-à-dire souvent à un omnipraticien ou à un médecin de famille. En général, il s'agit de soins de routine, de soins pour des problèmes de santé urgents (mais mineurs ou courants), de soins de santé mentale, de soins de la mère et du bébé, de services psychosociaux, de liaison pour les soins à domicile, de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que de conseils en nutrition et de soins de fin de vie. Les soins de santé primaires sont également une source importante de prévention et de gestion des maladies chroniques qui peut inclure d'autres professionnels de la santé, notamment des infirmiers et infirmières, des infirmières praticiennes, des diététistes, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux.⁴⁶ Les soins de santé primaires sont une partie vitale du système de soins de santé parce qu'ils réduisent les coûts et les pressions exercées sur les hôpitaux en aidant les gens à gérer leurs problèmes de santé au sein de la collectivité. Voici les points clés sur l'accès aux soins de santé primaires tirés des données des EBCS :

- la nécessité de réviser les heures d'ouverture des services de soins de santé primaires (un meilleur accès après les heures normales)
- la nécessité d'augmenter l'utilisation des infirmières praticiennes dans les collectivités afin d'améliorer l'accès
- la nécessité de s'attaquer aux longs temps d'attente vécus par de nombreux patients pour accéder aux services de soins de santé primaires
- la nécessité d'améliorer la mobilité des services de soins de santé dans le but d'améliorer l'accès dans les collectivités rurales

Selon les résultats du sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, 16,2 % des répondants ont rapporté que leur médecin de famille offrait des heures de bureau prolongées (après 17 h ou pendant la fin de semaine), 60,3 % ont rapporté qu'ils pouvaient obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille dans les cinq jours suivants, 92,1 % ont un médecin de famille, et 17,4 % ont déclaré que des services de soins de santé n'étaient pas disponibles dans leur région au moment où ils en ont eu besoin.⁴⁷

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités



VIRAGE VERS DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES PLUS COMPLETS ET AXÉS SUR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

La nécessité d'offrir plus soins de santé primaires complets axés sur le travail d'équipe est étroitement liée à l'enjeu susmentionné. Bien que la recherche sur l'efficacité des soins de santé en équipe dans l'ensemble du Canada ait démontré des résultats à la fois positifs et négatifs, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick se penche sur cette démarche depuis un certain temps. En 2002, l'introduction du centre de santé communautaire (CSC) comme modèle de soins a été une étape vers plus de soins en équipe et, actuellement, Horizon compte six CSC. En 2010, le Ministère a publié le document intitulé *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau Brunswick* qui dit que : « Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. »⁴⁸ En 2012, le Ministère a publié le document intitulé *Cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau Brunswick* qui dit que : « ... les Néo-Brunswickois ont besoin d'une approche d'équipe pour les soins de santé primaires. La prestation des soins en équipe est un moyen d'améliorer la qualité des soins, car les équipes peuvent se concentrer sur la prévention des maladies chroniques, améliorer l'accès aux services, réduire les délais d'attente et mieux coordonner les soins, afin de veiller à ce que les patients reçoivent les bons soins, par le bon soignant, au bon endroit et au bon moment. »⁴⁹ Dans le cadre des EBCS, les collectivités étaient du même avis et ont exprimé le désir de plus de soins en équipe. Voici les points clés sur les soins de santé primaires complets en équipe tirés des données des EBCS :

- la nécessité de plus de modèles de soins de santé primaires en équipes interdisciplinaires axés sur la collaboration et la prévention dans les collectivités
- la nécessité de mieux appuyer les CSC d'Horizon en service de sorte qu'ils puissent atteindre pleinement les objectifs fixés au départ pour le modèle
- la nécessité d'établir de nouveaux CSC dans les collectivités qui pourraient en tirer parti

Selon les résultats du sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, **6,9 % des répondants** ont visité un CSC au cours des douze derniers mois avant le sondage et **76,2 % étaient** satisfaits des services reçus au CSC. De plus, **28,5 % des répondants** ont accès à une équipe de santé primaire.⁵⁰



PLUS D'ACCENT SUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

La maladie chronique est tout problème de santé nécessitant une réponse continue complexe et des interventions coordonnées sur une longue période de la part d'un vaste éventail de professionnels de la santé. La prévention des maladies chroniques mise sur l'aide aux patients pour qu'ils demeurent le plus en santé possible grâce à la prévention et au dépistage précoce. Au Nouveau-Brunswick, les taux de nombreuses maladies chroniques comme la maladie pulmonaire obstructive, le diabète, l'obésité, l'asthme, la tension artérielle élevée (l'hypertension) et la dépression augmentent.⁵¹ Voici les points clés sur la prévention des maladies chroniques tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'investir dans des programmes de prévention et d'information sur le mieux-être
- la nécessité de miser davantage sur la prévention lors de la prestation de soins de santé primaires et de créer les conditions et environnements favorables pour que les fournisseurs de soins puissent se concentrer sur la prévention
- la nécessité d'avoir plus de temps d'interaction entre le patient et le fournisseur de services afin de déterminer la cause profonde des problèmes de santé
- la nécessité d'une réorientation vers la prévention et moins sur le traitement
- la nécessité pour le personnel (à la fois les soins de santé et l'enseignement) d'avoir la capacité et le temps de travailler à des programmes de prévention

Selon le sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, la réponse à la question à savoir « À quelle fréquence le médecin de famille donne assez de temps aux citoyens pour discuter des sentiments, craintes et préoccupations au sujet de leur santé » (% *toujours*) a été de 71,9 % et la réponse à la question à savoir « Discute régulièrement avec un professionnel de la santé sur ce qui peut être fait pour améliorer la santé ou prévenir la maladie » (% *toujours ou habituellement*) a été de 25,4 %.⁵²



SAINES ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il est bien connu que nos comportements personnels en matière de santé influent grandement sur notre santé (composent jusqu'à 40 % du modèle du CSNB), et que deux des principaux comportements sont ce que nous mangeons et le niveau d'activité physique que nous pratiquons. Durant les consultations d'EBCS, on a exprimé beaucoup d'inquiétude dans le cadre de cette priorité concernant le taux croissant de

surpoids et d'obésité de notre population, ainsi que concernant d'autres maladies chroniques comme le diabète. Cependant, les conversations ont moins porté sur les comportements individuels que sur les défis à relever à plus grande échelle au sein de nos contextes environnementaux. Voici les points clés sur la saine alimentation et l'activité physique tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'être proactif et de s'attaquer aux mauvaises habitudes alimentaires des enfants et des jeunes
- la nécessité d'améliorer la qualité de la nourriture offerte dans les écoles publiques, les hôpitaux et les autres établissements publics
- la nécessité d'élaborer d'autres politiques qui encouragent des habitudes alimentaires plus saines
- la nécessité de s'attaquer à la tendance vers un mode de vie sédentaire
- la nécessité de promouvoir toutes les formes d'activité (non seulement les sports de compétition) chez les enfants et les jeunes
- la nécessité d'offrir plus d'options en matière d'activité à l'école et après l'école
- la nécessité d'encourager les enfants et les jeunes à jouer

Selon les réponses des élèves de 4^e et 5^e année au *Sondage sur le mieux-être des élèves du primaire du Nouveau-Brunswick* : 51 % mangent cinq fruits et légumes ou plus par jour, 45 % passent deux heures ou moins par jour devant un écran et 35 % font la quantité recommandée d'activité physique quotidienne pour leur groupe d'âge.⁵³ Dans sa campagne *Alerte aux menus*, la Société médicale du Nouveau-Brunswick a déterminé que 54 % des 41 % des écoles du Nouveau-Brunswick analysées ne respectaient pas les lignes directrices provinciales en matière de nutrition.⁵⁴



SENSIBILISATION AUX SERVICES OFFERTS ET CONNAISSANCE DES ROUAGES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Un point saillant des discussions durant les EBCS a été que l'amélioration de la prestation de services dans un secteur ou l'autre n'était pas le seul besoin, mais que la nécessité de sensibiliser la population aux services offerts est tout aussi importante. La population du Nouveau-Brunswick vieillit et comporte un taux élevé d'analphabétisme. Compte tenu de ces données démographiques, il peut être difficile de communiquer la bonne information aux bonnes personnes. Et pour de nombreuses personnes, il est également difficile de se retrouver dans le système de santé et le système

d'aide sociale pour obtenir les bons soins et services nécessaires au bon moment. Voici les points clés sur la sensibilisation aux services offerts et la connaissance des rouages du système de santé tirés des données des EBCS :

- la nécessité de créer un répertoire plus centralisé de services de santé et de services communautaires
- la nécessité d'améliorer la communication publique sur les programmes et les services offerts actuellement et de choisir une méthode conviviale compte tenu des taux élevés d'analphabétisme
- la nécessité de sensibiliser les fournisseurs de soins de santé à la vaste gamme de services offerts dans l'ensemble de la région à leurs patients, y compris ceux qui sont offerts dans les CSC
- la nécessité d'utiliser des méthodes de communication qui permettront de joindre efficacement les aînés
- la nécessité d'aider à améliorer la connaissance des rouages du système de santé et de la coordination des soins

En 2016, les aînés composaient 19,5 % de la population du Nouveau-Brunswick (16,5 % de la population du Canada) et, d'ici 2038, si la tendance se maintient, on prévoit que 31,3 % de la population du Nouveau-Brunswick seront des aînés.⁵⁵ Un Néo-Brunswickois sur cinq (18,5 %) a un niveau de littératie inférieur à la moyenne au Nouveau-Brunswick et au Canada.⁵⁶ Selon le sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, 9,3 % des répondants ont de la difficulté à se retrouver dans le système de soins de santé.⁵⁷



SOUTIENS SOCIAUX POUR AIDER À SORTIR DE LA PAUVRETÉ

On fait souvent référence au revenu comme étant le plus important déterminant social de la santé. Selon l'ouvrage de Juha Mikkonen et Dennis Raphael intitulé *Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes*, « Le niveau de revenu détermine les conditions de vie en général, influence le fonctionnement psychologique et influe sur les habitudes liées à la santé, comme la qualité de l'alimentation, le degré d'activité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. »⁵⁸ Le niveau de revenu détermine en outre la qualité d'autres déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire et le logement. Par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que le faible revenu est relié à une espérance de vie plus courte.⁵⁹ Dans son livre, *Better Now: Six Big Ideas to Improve the Health Care System for all Canadians*, la Dre Danielle Martin affirme que le fait d'agir sur la pauvreté ferait plus

pour améliorer la santé que toute autre politique du gouvernement... la maladie la plus importante qu'il faut guérir au Canada étant la maladie de la pauvreté.⁶⁰ Le chômage et l'insécurité d'emploi comptent parmi les principaux facteurs prédictifs du faible revenu. Le chômage entraîne la défavorisation matérielle et sociale. De plus, on l'associe à des problèmes de santé physique et mentale.⁶¹ Voici les points clés sur les soutiens sociaux pour aider les gens à sortir de la pauvreté tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir des conseils sur l'économie et l'emploi dans nos collectivités dans le cadre de la prestation des services de santé
- la nécessité de former adéquatement les fournisseurs de soins de santé à déceler la pauvreté comme cause profonde de la maladie et d'aider les patients à trouver les bonnes ressources
- la nécessité de resserrer les liens entre Horizon et les personnes qui travaillent à réduire la pauvreté tant à l'échelle communautaire que provinciale
- la nécessité de déterminer des indicateurs à l'échelle régionale et provinciale qui nous aident à mieux comprendre les iniquités en matière de santé

la nécessité de préconiser des stratégies de réduction de la pauvreté dans notre province

En 2016, le taux de chômage au Nouveau-Brunswick était de 10,3 %; le troisième taux le plus élevé au Canada par rapport aux autres provinces,⁶² et en 2011, 17 % des Néo-Brunswickois vivaient dans un ménage à faible revenu.⁶³ Selon le sondage du CSNB sur les soins de santé primaires de 2014, 61,6 % des répondants sont atteints d'un problème de santé chronique ou plus dans la province, mais chez les ménages à faible revenu (revenu du ménage de 25 000 \$ ou moins), le taux est de 73,9 %, ⁶⁴ ce qui démontre clairement une iniquité sur le plan de la santé au Nouveau-Brunswick. Le coût de la pauvreté pour les budgets en soins de santé au Canada seulement a été évalué à 7,6 milliards de dollars par année.⁶⁵



LOGEMENT

De nombreuses études révèlent que les logements de piètre qualité et l'itinérance sont de véritables menaces pour la santé, car le fait de vivre dans un logement non sécuritaire, non convenable ou peu sûr augmente le risque de nombreux problèmes de santé. Des études récentes sur les interventions en matière de logement ont démontré que l'investissement dans le logement réduit grandement les problèmes de santé et les taux d'utilisation des soins de santé.⁶⁶ Directement lié à la priorité expliquée ci-dessus, le manque de ressources financières est la principale raison pour laquelle de

nombreux Canadiens éprouvent des difficultés au chapitre du logement.⁶⁷ Voici les points clés sur le logement tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir aux collectivités plus d'options en matière de logement sécuritaire et abordable
- la nécessité d'offrir plus de logements aux populations vulnérables à risque (maisons de jeunes, logements de transition/d'urgence, refuges, etc.)
- la nécessité de plus de logements sécuritaires et abordables pour les aînés
- la nécessité d'offrir plus d'aide aux aînés habitant dans des maisons anciennes nécessitant des réparations
- la nécessité de préconiser le logement sécuritaire et abordable et de travailler avec les partenaires, comme la Société d'habitation du N.-B., afin d'améliorer les options en matière de logement pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.

Selon le Sondage national sur la santé de 2011, 10 % des Néo-Brunswickois occupent un logement nécessitant des réparations majeures⁶⁸ et le Nouveau-Brunswick compte 29 400 ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement (ce qui signifie que leur logement doit subir des réparations majeures, est surpeuplé ou est trop coûteux par rapport à leur revenu annuel),⁶⁹ et selon le recensement de 2011, 24 % des aînés habitent seuls.⁷⁰



COLLABORATION AVEC LES PREMIÈRES NATIONS

Les EBCS d'Horizon touchent également neuf communautés des Premières Nations :

- Première Nation malécite de St. Mary's
- Première Nation malécite d'Oromocto
- Première Nation malécite de Kingsclear
- Première Nation micmaque de Fort Folly
- Première Nation micmaque de Metepenagiag
- Première Nation micmaque d'Eel Ground
- Première Nation micmaque d'Esgenoôpetit
- Première Nation malécite de Woodstock
- Première Nation malécite de Tobique

Même si les communautés des Premières Nations comme la Première Nation micmaque d'Elsipogtog, la Première Nation micmaque de Bouctouche et la Première Nation micmaque d'Indian Island font partie de la région de desserte d'Horizon, comme l'explique la section 3.1, ces régions font l'objet d'une EBCS réalisée par le Réseau de santé Vitalité. Pour diverses raisons, il a été difficile de faire participer les Premières Nations au processus d'EBCS, et les Premières Nations

ont souvent été sous-représentées au sein des comités consultatifs communautaires. C'est pourquoi, comme le démontre la section 4.1, nous sommes souvent allés directement dans ces communautés pour les EBCS. De plus, les problèmes des Premières Nations ont été soulevés dans un certain nombre d'autres domaines de consultation comme les soutiens sociaux, les soins de santé primaires, les enjeux propres aux aînés, les enjeux propres aux enfants et aux jeunes, ainsi que les questions de dépendance et de santé mentale. Voici les points clés sur les Premières Nations tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'améliorer la sécurité culturelle dans la prestation des services
- la nécessité d'améliorer les partenariats et la collaboration entre Horizon et les centres de santé des Premières Nations
- la nécessité de travailler à surmonter les obstacles associés aux compétences afin d'offrir des services adéquats
- la nécessité d'offrir plus de services et de soutien en santé mentale adaptés aux besoins des communautés des Premières Nations

Selon le sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, 61,6 % des répondants de la province ont une ou plusieurs maladies chroniques, mais chez ceux qui se sont déclarés autochtones, le taux est de 70,8 %. De plus, 14,9 % des répondants sont atteints de dépression, mais chez ceux qui se sont déclarés autochtones,⁷¹ le taux est de 23 %. On peut observer la même tendance au chapitre des troubles de l'humeur autres que la dépression qui est de 3 % pour le Nouveau-Brunswick et de 9,8 % chez ceux qui se sont déclarés autochtones. Ces corrélations démontrent une iniquité en matière de santé entre les populations autochtones et les populations non autochtones du Nouveau-Brunswick et mettent en exergue la culture comme un déterminant de la santé.



SOUTIEN DE LA NOUVELLE RÉALITÉ FAMILIALE

La priorité 1 d'Horizon dit que : « Avant tout, nous travaillerons avec nos patients et nos familles à créer et soutenir un environnement de soins exceptionnel axé sur le patient et la famille. »⁷² La structure des familles a changé, mais notre méthode de prestation des programmes et services n'a pas emboîté le pas de cette nouvelle réalité. Les collectivités ont souligné que compte tenu de l'évolution des circonstances, les soutiens sociaux, qui constituent des déterminants majeurs de la santé, sont moins nombreux. Voici les points clés sur le soutien de la nouvelle réalité familiale tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir plus de soutien aux familles qui offrent des soins aux personnes âgées

- la nécessité de mieux planifier les services et d'offrir plus de soutien aux familles monoparentales
- la nécessité de mieux planifier les services et d'offrir plus de soutien à la famille monoparentale temporaire (un des conjoints travaillant dans une autre région)
- la nécessité d'améliorer l'inclusion de la famille dans la prestation des services de santé et des services sociaux (y compris les familles pour la consultation)

Selon le recensement de 2011, 16 % des ménages au Nouveau-Brunswick sont des familles monoparentales.⁷³ Le sondage du CSNB de 2015 sur les soins à domicile démontre que 61,5 % des personnes qui reçoivent des soins à domicile ont un ami, un membre de la famille ou un bénévole pour les aider dans leurs soins.⁷⁴



ISOLEMENT DES AÎNÉS ET MANQUE DE SOUTIENS COMMUNAUTAIRES ET SOCIAUX POUR LES AÎNÉS

L'accès à des soutiens sociaux est un déterminant majeur de la santé, en particulier pour les aînés. Les aînés qui ont des soutiens sociaux limités dans leur collectivité peuvent éprouver un sentiment d'isolement et de solitude. Au Nouveau-Brunswick, de nombreux aînés, en particulier dans les régions rurales, manquent de soutiens informels ou familiaux pour plusieurs raisons : perte du conjoint, familles moins nombreuses ou membres plus jeunes de la famille qui déménagent dans d'autres provinces ou dans des centres urbains pour se chercher un emploi. Des études ont démontré que les aînés en proie à l'isolement social sont plus vulnérables à certains problèmes de santé, notamment une mauvaise santé mentale. Et nombreux sont ceux qui ont plus de difficulté à gérer le système de soins de santé et de services sociaux ainsi que leur état de santé. Voici les points clés sur l'isolement des aînés et le manque de soutiens communautaires et sociaux pour les aînés tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir plus de services et de programmes qui incitent les aînés à demeurer engagés, à continuer de jouer un rôle dans la société et à demeurer mobiles
- la nécessité de rendre les systèmes de soins de santé et de services sociaux plus conviviaux pour les aînés

Selon le recensement de 2011, 24 % des aînés vivent seuls,⁷⁵ et selon le sondage du CSNB de 2014 sur les soins de santé primaires, 9,3 % des répondants ont de la difficulté à se retrouver dans le système de soins de santé.⁷⁶

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités



SOINS À DOMICILE ET SERVICES D'APPROCHE POUR LES ÂÎNÉS

Les soins à domicile sont un éventail de services de santé et de soutien dispensés à domicile et qui permettent aux citoyens d'atteindre et de conserver une santé, un mieux-être et une capacité fonctionnelle optimaux, grâce à un processus d'évaluation, une coordination des cas ou une prestation de services.⁷⁷ Au Nouveau-Brunswick, cela désigne habituellement le Programme extramural ou les services de soutien à domicile. Les services d'approche désignent les services offerts aux aînés par des groupes comme les organismes communautaires, les établissements de soins de longue durée et les églises. Ces services comblent un besoin qui améliore la qualité de vie des aînés vivant encore dans leur propre maison et comprennent des programmes comme les repas livrés à domicile, les programmes de transport, Lifeline, ainsi que les programmes de jour pour adultes dans les établissements de soins de longue durée. Le plan stratégique actuel d'Horizon dit que : « Il est de plus en plus urgent d'offrir en matière de soins les options appropriées qui permettent aux personnes âgées de demeurer chez elles, sinon près de leur communauté de résidence. »⁷⁸ Voici les points clés sur les soins à domicile et les services d'approche pour les aînés tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'élargir les programmes d'approche pour les aînés afin d'aider les aînés à demeurer chez eux
- la nécessité d'améliorer la quantité de services de soins à domicile offerts (en particulier dans les collectivités rurales)
- la nécessité de veiller à ce que les fournisseurs de soins à domicile aient la formation nécessaire et la rémunération adéquate

Actuellement, la gestion des patients en attente d'un autre niveau de soins (ANS) dans son système de soins aigus alourdit le fardeau d'Horizon. Les patients ANS sont ceux qui occupent un lit d'hôpital, mais qui n'ont pas besoin de l'intensité de ce service et attendent une place dans un autre établissement, comme un foyer de soins spéciaux ou un foyer de soins. En 2015-2016, 24 % des lits d'Horizon étaient occupés par les patients ANS.⁷⁹ Selon les résultats du sondage du CSNB, *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises* à l'égard des soins à domicile, 14,5 % des citoyens recevant des services de soins à domicile ont dit qu'on pourrait faire plus pour les aider à rester chez eux. À la question, « À quelle fréquence les prestataires semblaient-ils au courant de tous les soins ou traitements reçus à maison? », 55,9 % ont répondu toujours.



ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Lié de près aux préoccupations soulevées entourant l'activité physique et les défis à relever à plus grande échelle au sein de notre contexte environnemental, le domaine des activités récréatives a fait l'objet de longues discussions. Voici les points clés sur les activités récréatives tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'offrir plus d'activités récréatives abordables aux enfants et aux jeunes dans les collectivités rurales
- la nécessité d'offrir d'autres activités à part le sport organisé
- la nécessité d'améliorer les infrastructures récréatives
- la nécessité d'éliminer l'obstacle du transport à la participation aux activités récréatives (l'intégrer à la planification)
- la nécessité d'offrir plus d'activités récréatives accessibles aux aînés, en particulier dans les collectivités rurales

Selon les répondants, 36 % des aînés sont physiquement actifs durant leur temps libre.



AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION, DE LA COMMUNICATION ET DE LA SOLIDARITÉ

Lorsque la collaboration et la communication sont faibles, souvent, ce sont les patients ou clients qui en subissent les conséquences. De plus, lorsque nous ne créons pas les conditions et les environnements dans lesquels la collaboration et la communication peuvent avoir lieu efficacement, nous manquons des occasions de tisser des liens importants et d'établir de la confiance. Pour en savoir davantage à ce sujet, il suffit de lire la section 5.4 ci-dessous. Voici les points clés sur la collaboration, la communication et la solidarité tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'améliorer la communication et la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé
- la nécessité d'améliorer la communication et la collaboration entre les hôpitaux et les CSC
- la nécessité d'améliorer la communication lors des transitions dans les soins (passage d'une partie du système à un autre)
- la nécessité d'établir de meilleures relations entre Horizon et les organismes communautaires

- la nécessité d'éliminer les obstacles à l'information et au partage des ressources avec les partenaires communautaires
- la nécessité pour Horizon d'être plus ouvert et transparent avec les partenaires communautaires et le grand public afin d'améliorer la confiance et les relations
- la nécessité d'encourager le sentiment de solidarité et d'inclusion communautaires

Le plan stratégique actuel d'Horizon dit : « Nous aurons augmenté considérablement le nombre de partenariats avec les organismes communautaires, les communautés des Premières Nations et les divers ministères du Gouvernement, notamment le ministère de l'Éducation, le ministère du Développement social ainsi que le ministère des Communautés saines et inclusives. Ces partenariats peuvent comprendre des accords officiels de collaboration et être accomplis dans le cadre de mandats fusionnés, comme déterminés par Horizon et les autres organismes concernés. »⁸⁰

consultatifs d'engagement communautaire locaux qui ont pour but de faciliter la communication bidirectionnelle afin de mieux comprendre les enjeux d'un point de vue communautaire local. Il ne faut pas confondre ces comités avec les CSC d'EBCS évoqués précédemment. Ces comités fonctionnent encore à un niveau élevé dans le but de mieux joindre la collectivité. Cette entreprise pourrait nous offrir un potentiel important d'amélioration de la relation d'Horizon avec les collectivités qu'elle sert. Il sera davantage question de l'engagement communautaire dans la section 5.2 ci-dessous.



ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE CONTINU

L'engagement communautaire est le processus au moyen duquel les citoyens s'engagent à travailler et à apprendre ensemble au nom de leur collectivité afin de dégager et de réaliser des visions audacieuses de l'avenir. Il peut consister à informer les citoyens, à solliciter leur apport, à collaborer avec les collectivités pour générer des solutions et à travailler en partenariat afin de créer ensemble un résultat souhaité.⁸¹ Voici les points clés sur l'engagement communautaire continu tirés des données des EBCS :

- la nécessité d'accroître l'apport et l'engagement de la collectivité dans la planification du système de santé et la prise de décision au-delà du processus d'EBCS
- la nécessité de promouvoir activement l'engagement communautaire et d'encourager la participation
- la nécessité de s'orienter vers une communication ouverte et transparente avec les collectivités afin de renforcer la confiance et les liens

Cette priorité est liée au plan stratégique actuel d'Horizon, notamment à sa priorité stratégique 1 qui dit : « Horizon ne mettra plus l'accent principalement sur les besoins d'un système, les fournisseurs de soins ou les contraintes financières, mais visera plutôt à répondre aux besoins des patients, de leur famille et de la collectivité par des processus d'engagement. »⁸² Au-delà de l'engagement réalisé grâce aux EBCS, Horizon s'efforce également d'améliorer l'engagement communautaire en mettant sur pied des comités

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

5. Prochaines étapes

Compte tenu de la quantité de temps, d'énergie et de ressources (et du fardeau sur le plan émotif) consacrée au projet des EBCS des quelques dernières années, il faut avouer qu'il est un peu bizarre de dire que cela a été la partie la plus facile. Le véritable défi est à venir. La présente section du rapport porte sur les divers éléments des prochaines étapes, comme l'importance de la valeur fondamentale d'Horizon (*nous agissons avec intégrité et nous sommes responsables*), la nécessité de maintenir l'engagement communautaire, le modèle de collaboration à impact collectif, la nécessité d'investir dans les relations et la nécessité d'établir des plans d'action et des plans financiers solides qui concrétisent le travail à faire sur ces priorités.

5.1 VALEUR FONDAMENTALE D'HORIZON : NOUS AGISSONS AVEC INTÉGRITÉ ET NOUS SOMMES RESPONSABLES

La première difficulté consiste à s'approprier ces résultats — non seulement sur papier ou dans des rapports publiés, mais de façon véritable. Nous saurons que nous aurons réussi à surmonter cette difficulté lorsque, en tant qu'employés d'Horizon et en tant qu'organisation, nous serons capables d'affirmer sans réserve que « ces priorités sont nos priorités ». Pour ce faire, nous pouvons compter sur notre valeur d'intégrité pour nous aider à atteindre cet objectif. Sur le plan des responsabilités, l'engagement d'Horizon envers les résultats des EBCS a été établi bien avant cette étape du processus. En fait, en amorçant ce travail en 2012 et en le soulignant dans son plan stratégique, Horizon a instantanément défini les responsabilités. Il est facile de penser que certaines de ces priorités sortent du cadre de travail d'une RRS, par elles ne sont pas celles dans lesquelles nous avons investi dans le passé, mais notre ancienne façon de considérer ces priorités ne peut pas être notre guide actuellement ou nous exonérer de nos responsabilités. Nous ne pouvons pas trancher ces priorités en deux catégories, notamment celles qui appartiennent à Horizon et celles qui appartiennent aux « autres », parce qu'elles ont toutes une forte incidence sur l'état de santé de notre population et parce que, par conséquent, Horizon a un rôle actif à jouer dans chacune d'elles. Ce changement de mentalité pourrait ne pas se produire du jour au lendemain; l'organisation fait déjà face à de nombreuses priorités urgentes quotidiennement. Cependant, nos valeurs organisationnelles sont là pour nous guider; notre devise « *nous agissons avec intégrité et nous sommes responsables* » peut nous aider à aller de l'avant, et

sachant que ces priorités sont établies à partir des mots et des récits des personnes et des collectivités que nous servons, nous rassurer à savoir que nous sommes sur la bonne voie.

5.2 MAINTIEN DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Les *Lignes directrices pour l'évaluation des besoins en matière de santé des collectivités du Nouveau Brunswick* soulignent l'amélioration de l'engagement communautaire comme un élément clé du processus d'EBCS. Lorsque la structure de la prestation des soins de santé a changé dans notre province en 2008 et que les huit régions de services de santé ont été fusionnées pour devenir deux régions de services de santé, notre capacité de réussite en matière d'engagement communautaire est devenue plus difficile à juste titre. Cependant, une occasion considérable se présente à nous en ce moment en tant qu'organisation. En réfléchissant à la section 4.1 ci-dessus et à la portée dans la collectivité réalisée grâce au projet d'EBCS et aux relations établies, peut-être maintenant plus que jamais, nous avons un niveau important d'engagement communautaire. Et qu'en ferons-nous? Comment le maintiendrons-nous? Comment le renforcerons-nous?

Au cours du projet d'EBCS, lors de nos échanges avec les membres des collectivités, les liens entre la collectivité et l'organisation n'ont pas toujours été perçus de manière positive. L'équipe d'évaluation entendait parfois des réflexions de mécontentement comme « À quoi ça sert? », « De toute façon, qui nous écoute vraiment? », « Nous avons déjà été là, et rien n'a changé » et « Qu'est-ce que ça changerait vraiment? ». Souvent, l'équipe pouvait remarquer un niveau évident de découragement et de désengagement. Si ces

La photo en couverture du présent rapport est une représentation visuelle de l'importance de la relation entre les collectivités et l'organisation. Le lien entre Horizon (corde bleue) et les collectivités (cordes plus petites) est ce qui maintient le système ensemble. Si vous regardez la photo de près, vous remarquerez que les cordes plus petites commencent à s'user, ce qui représente les défis actuels auxquels nos collectivités font face. Si nous ignorons les usures en pensant qu'elles n'appartiennent pas à Horizon et qu'une corde plus petite casse (une collectivité traîne derrière), nous en deviendrons tous affaiblis. Ensemble, nous sommes plus forts.

sentiments devaient finir par détenir la vérité, nous courons un risque élevé de causer des dommages irréversibles dans la relation entre Horizon et les collectivités que nous servons; la confiance serait écornée, et nous ajouterions une autre couche de détachement et de découragement. Cependant, si nous voyons ces sentiments comme une source de motivation et que nous voyons l'importance de continuer le travail pour aller de l'avant, de maintenir les mots de nos collectivités au premier plan de notre prise de décision et de maintenir les lignes de communication ouvertes, l'avantage sera remarquable; car nous sommes plus forts ensemble.

5.3 INVESTISSEMENT DANS LES RELATIONS

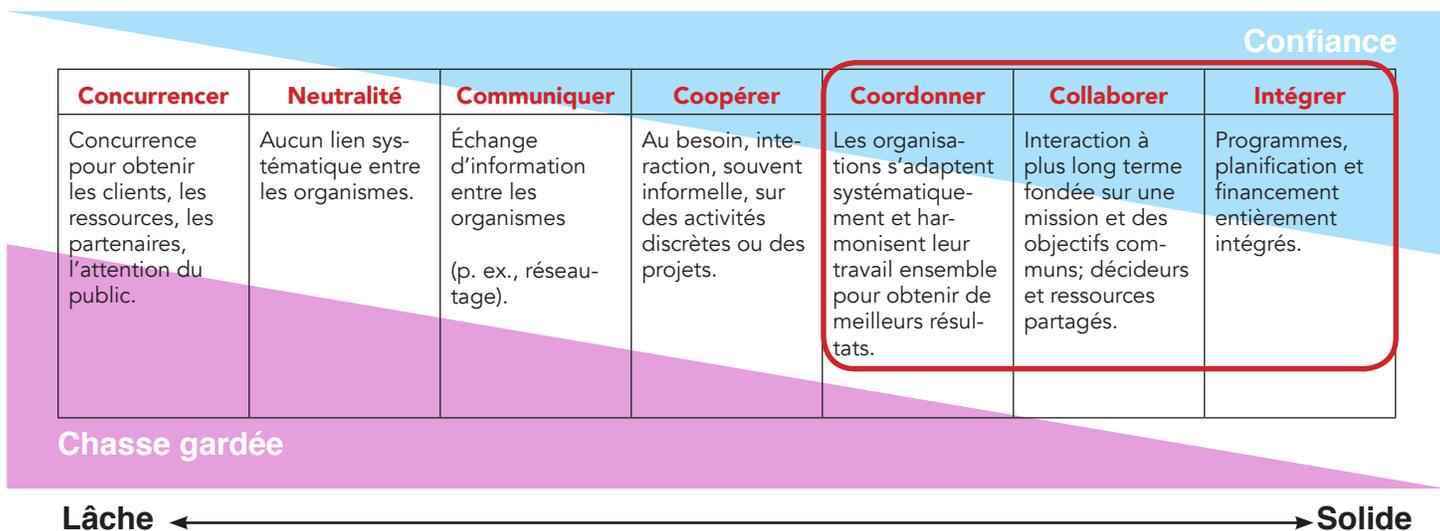
Les soins de santé sont une question de relations; le personnel de première ligne en connaît très bien la valeur, en particulier ceux qui travaillent en milieu communautaire. Lorsqu'on discute d'une question aussi importante que la santé avec quelqu'un en privé, une bonne relation entre le patient et le fournisseur de soins peut changer la donne. Cependant, pour que notre système puisse prospérer et s'attaquer aux priorités définies dans le présent rapport, nous devons examiner l'importance des relations dans d'autres domaines de notre système également. Comme nous l'avons appris du processus d'EBCS et que nous pouvons le constater dans la section ci-dessus, un domaine d'investissement majeur est la relation entre Horizon et les collectivités qu'elle sert. La relation entre les membres du personnel, entre les membres du personnel et la direction, entre Horizon et les ministères provinciaux et entre Horizon et les organismes communautaires constitue un autre domaine d'investissement.

L'établissement de bonnes relations est une forme d'art qui prend du temps. En tant qu'organisation, nous devons miser sur l'instauration d'une culture et d'un environnement dans lesquels la dimension humaine est importante. Cependant, compte tenu de la vitesse à laquelle nous travaillons, non seulement au sein de notre organisation, mais au sein de la société moderne en général, souvent, nous nous lançons sans prendre le temps d'établir des relations interpersonnelles authentiques. En contournant cette étape importante, peut-être que nous gagnons du temps et que nous accomplissons le travail, mais la productivité est beaucoup plus grande lorsque l'établissement de relations est notre première étape.^{83 84}

Les priorités exposées dans le présent rapport exigent un degré élevé de collaboration. Par conséquent, si les relations sont si importantes dans le processus, c'est parce qu'elles sont empreintes de confiance, l'élément le plus important de la collaboration. Notre population a besoin de faire confiance à Horizon en tant qu'organisation, Horizon a besoin de faire confiance aux organismes externes avec qui il travaille en partenariat, et ces derniers en espèrent autant d'Horizon. Au sein de notre système, nous avons besoin de confiance mutuelle, et le personnel a besoin de croire dans le leadership d'Horizon.

Ci-dessous, la figure 4 illustre un continuum de collaboration, de la compétition à l'intégration. Le graphique montre que le besoin de confiance augmente à mesure que l'on avance dans le continuum de collaboration. Le continuum met en évidence l'importance d'investir dans l'établissement de relations et le renforcement de la confiance si nous voulons atteindre un niveau élevé de collaboration et nous attaquer aux priorités régionales.

FIGURE 4 : Le continuum de collaboration⁸⁵

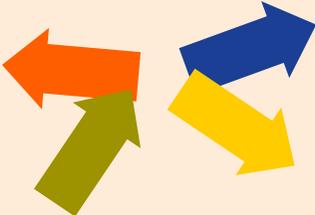
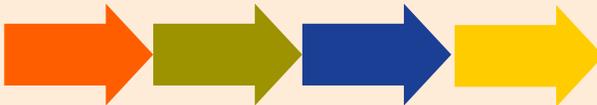


5.4 IMPACT COLLECTIF : UNE APPROCHE STRUCTURÉE EN MATIÈRE DE COLLABORATION

Au cours des EBCS, de nombreux comités consultatifs communautaires ont pris connaissance du modèle d'impact collectif comme moyen de se structurer pour s'attaquer aux priorités complexes cernées dans le cadre du processus d'EBCS pour leur collectivité individuelle. Beaucoup ont affirmé que le modèle était valable à l'échelle communautaire, et qu'il est également utile de l'intégrer ici dans le cadre de l'adoption d'une optique plus régionale. L'impact collectif est une forme structurée de collaboration qui rassemble un groupe engagé de parties prenantes de différents secteurs dans le cadre d'un plan d'action commun pour résoudre des problèmes sociaux complexes.⁸⁶

Dans notre province et notre région Horizon, il y a eu de nombreuses tentatives pour s'attaquer aux problèmes sociaux complexes à l'aide d'un modèle d'impact isolé, une démarche centrée sur la recherche et le financement d'une solution incarnée dans un segment ou une organisation unique.⁸⁷ Dans le cadre de l'impact isolé, on ne ménage aucun effort pour isoler l'influence individuelle de toutes les autres variables, ce qui amène souvent les organisations à travailler les unes contre les autres. Notre isolement trop long a souvent débouché sur une mentalité dichotomique axée sur « nous » et « eux »; sur la division de la responsabilité suivie du blâme, lorsque les objectifs ne sont pas atteints, alors que, dans la réalité, la responsabilité de bon nombre de ces problèmes sociaux complexes auxquels notre population fait face ne peut être assumée de manière isolée.

TABLEAU 7 : Impact isolé et impact collectif

IMPACT ISOLÉ	IMPACT COLLECTIF
<p>Démarche qui consiste à trouver et financer une solution incarnée dans un seul segment ou dans une seule organisation qui amène souvent les organisations à travailler les unes contre les autres.</p> 	<p>Forme structurée de collaboration qui réunit un groupe engagé de parties prenantes de différents secteurs dans le cadre d'un plan d'action commun pour résoudre des problèmes sociaux complexes.</p> 

Le modèle d'impact collectif repose sur cinq éléments reliés⁸⁸ qui aident à créer une forme structurée de collaboration :

Plan d'action commun : Tous les participants partagent la même vision du changement, y compris une même analyse du problème et une approche commune pour la résolution de celui-ci par des actions concertées.

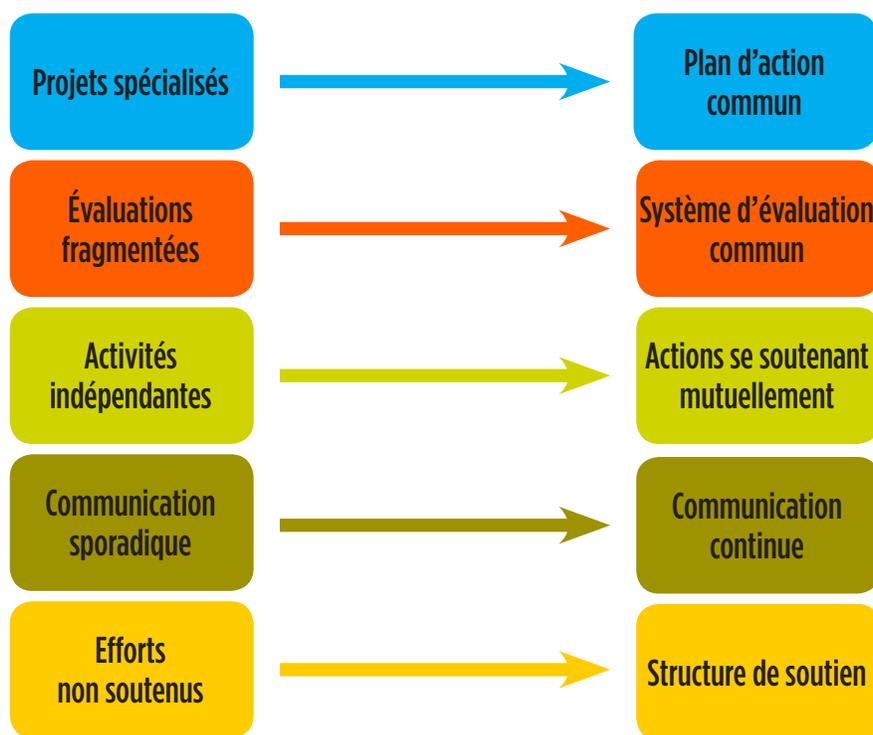
Système d'évaluation commun : Accord sur les moyens de mesure du succès et de rapport à ce sujet, y compris une courte liste des indicateurs communs établis et utilisés par toutes les organisations participantes pour apprendre et s'améliorer.

Activités se soutenant mutuellement : Engagement d'un ensemble diversifié de parties prenantes, en général de divers secteurs, dans la coordination d'un ensemble d'activités différenciées grâce à un plan d'action se renforçant mutuellement.

Communication continue : Communication ouverte fréquente et structurée des nombreux acteurs afin d'instaurer la confiance, de travailler à des objectifs mutuels et de créer une motivation partagée.

Structure de soutien : Soutien continu d'un personnel financé indépendant dédié à l'initiative, y compris l'orientation de la vision et de la stratégie de l'initiative, le soutien des activités d'intérêt commun, l'établissement de pratiques de mesure partagées, le renforcement de la volonté du public, la progression des politiques et la mobilisation du financement. Le personnel central peut être centralisé au sein de la même organisation ou il peut être réparti entre de multiples organisations et jouer des rôles différents.

FIGURE 5 : Le virage : Cinq conditions de l'impact collectif



L'impact collectif peut nous aider à traiter les priorités régionales de deux manières. Premièrement, en raison de son ampleur en tant qu'organisation, Horizon peut servir à rassembler les parties prenantes clés à l'interne pour nous aider à travailler dans une forme de collaboration plus structurée afin de nous attaquer à certaines de nos priorités régionales. Deuxièmement, étant donné que de nombreuses priorités régionales font ressortir des problèmes sociaux complexes, le modèle d'impact collectif peut fournir un cadre pour travailler avec les partenaires externes dans une forme structurée de collaboration.

5.5 QUOI ENSUITE? LA NÉCESSITÉ DE PLANS D'ACTION ET DE PLANS FINANCIERS SOLIDES

Tout au long du processus d'EBCS, l'équipe d'évaluation a été témoin du travail prometteur accompli sur les priorités présentées dans le présent rapport dans diverses collectivités. À l'échelle régionale, le défi réside dans notre manque d'alignement sur ces priorités et sur le fait que, par conséquent, les exemples communautaires individuels sont isolés et fonctionnent sans le soutien, sans le financement et sans l'orientation appropriés. Une fois que nous aurons surmonté le premier obstacle qui consiste à s'approprier ces priorités, nous pourrons commencer à établir des stratégies et à dresser un plan d'action

régional. Nous pouvons nous inspirer de nos exemples locaux pour nous aider à trouver notre voie, mais nous devons également examiner les pratiques exemplaires et étudier les manières dont les autres RRS s'attaquent aux priorités comme la nôtre à l'échelle régionale.

Une partie de l'établissement du plan d'action d'Horizon sur ces priorités devra comprendre l'élaboration d'indicateurs de rendement clé (IRC), c'est-à-dire des valeurs mesurables qui démontrent notre efficacité à atteindre les objectifs. Pour certaines des priorités présentées ici, la tâche sera facile; pour d'autres, ce sera un défi. Les sources de données qu'il nous faut pour mesurer les types de priorités présentés ici ne sont pas toujours disponibles, et étant donné que les inégalités en matière de santé constituent un thème récurrent de ces priorités, des corrélations de données seront également nécessaires. Nous devons être créatifs et novateurs pour trouver les bons IRC et, dans certains cas, nous devons faire un pas de plus et plaider en faveur de la collecte de données qui nous aide à cibler nos efforts et à voir notre impact.

De nombreuses preuves indiquent que nous n'avons pas obtenu le rendement du capital investi dans le cadre de l'augmentation considérable des dépenses en soins de santé; nous n'avons pas vu la santé de la population s'améliorer; en fait, de nombreuses tendances vont dans la mauvaise direction. Comme mentionné dans le plan stratégique d'Horizon, « Le

Nouveau-Brunswick a continué de consacrer plus de ses ressources à des secteurs qui ont fait peu pour améliorer la santé de la population en général... De meilleures décisions stratégiques en matière de dépenses sont nécessaires.»⁸⁹ Horizon est déjà sur la bonne voie avec sa priorité stratégique 3 qui dit : « En travaillant avec nos partenaires communautaires et nos cliniciens, nous augmenterons considérablement la part relative de ressources pour améliorer les soins primaires à l'échelle locale et appuyer les services tertiaires coûteux dont notre population vieillissante aura besoin. » Il faudra mettre en place des systèmes formels pour surveiller l'impact du travail sur ces priorités sur l'utilisation des soins de santé et les dépenses. À part l'amélioration de l'état de santé de la population, une des raisons principales de nous attaquer à ces priorités et d'adopter cette démarche en amont consiste à améliorer la santé de notre population et à réduire sa dépendance au système; de la protéger et de la soulager d'une certaine part de pression dont elle fait l'objet. La surveillance du succès sera dynamique, mais la capacité d'effectuer la surveillance de cette manière

nous aidera à voir clairement notre rendement du capital investi à l'échelle des systèmes.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, le présent rapport n'est pas un guide de marche à suivre. Il nous reste beaucoup à faire pour élaborer des stratégies, des plans d'action et des plans financiers afin d'aborder ces priorités à l'échelle régionale. En tant qu'organisation, nous avons l'avantage de disposer du service PSP-GMC dont le mandat et les fonctions de base cadrent avec la démarche axée sur la santé de la population et ces priorités. Le service PSP-GMC peut offrir un endroit centralisé à partir duquel diriger, gérer et surveiller les priorités qui influent sur la santé de notre population. Mais pour réussir, il ne peut pas y parvenir seul. Son travail sur ces priorités doit être soutenu par l'ensemble de l'organisation; il faut de l'investissement et des engagements clairs de la part de l'équipe de direction d'Horizon, ainsi que la création d'une culture de travail ouverte et novatrice afin de mettre ces plans d'action en œuvre et d'atteindre les résultats.

6. Conclusion

Si vous vous mettez à réfléchir, vous pourriez vous poser des questions comme les suivantes : « Où en sommes-nous avec ces priorités? », « Où devons-nous chercher pour trouver des solutions et des pratiques exemplaires? », « Qui sont les intervenants? », « Comment financerons-nous ce travail? » et « Par où commencerons-nous? ». Mais en concluant, arrêtons-nous un moment. Nous avons encore un autre sujet à aborder avant de nous y mettre. C'est la question du courage. Nous voyons souvent des actes de courage au sein de l'organisation. Le courage d'une médecin de famille abordant la question de la séparation, lorsqu'elle sait que c'est la cause profonde des problèmes de santé de son patient, le courage d'un professionnel de santé mentale qui garde une place pour un patient après sa première tentative de suicide, le courage du personnel de l'urgence qui attend en silence l'arrivée d'ambulances multiples depuis la scène d'un accident d'automobile mortel, le courage d'un oncologue qui rentre dans une pièce pour annoncer à son patient et aux membres de sa famille que le traitement qu'il a recommandé ne fonctionne pas et que le cancer s'est répandu. Si vous regardez attentivement, chaque jour, vous voyez des actes de courage sur notre ligne de front. Nous devons savoir canaliser ce courage à l'échelle de la prise de décision de manière à pouvoir apporter les changements aux systèmes qu'il faut pour nous attaquer aux priorités énumérées dans le présent rapport.

Dans son livre *Better Now: Six Big Ideas to Improve Health Care for all Canadians*, la Dre Danielle Martin dit que nous ne pouvons pas changer la manière d'aborder les déterminants sociaux de la santé, l'organisation des soins primaires, la prestation des services et leur couverture sans les braves gens du gouvernement et des régies de santé qui sont prêts à nous aider à promouvoir ces changements. La Dre Martin a raison, il faut de braves gens, mais il faut aussi la création de conditions et de milieux de travail où cela peut se faire; où les gens peuvent être pleinement authentiques, novateurs et courageux. De plus, il faut renforcer cette pratique qui doit refléter le modèle de notre leadership sur une base quotidienne.

Dans ce type d'environnement, les erreurs servent à apprendre et non à attribuer le blâme sur les autres. Dans son livre révolutionnaire *The Fifth Discipline*, Peter Senge décrit les organisations apprenantes comme des organisations dans lesquelles les gens élargissent sans cesse leur capacité d'obtenir les résultats qu'ils veulent vraiment, dans lesquelles les modes de pensée nouveaux sont encouragés, dans lesquelles on donne libre cours à l'aspiration collective et dans lesquelles les gens apprennent continuellement à voir le tout ensemble.⁹⁰ De nombreuses organisations adoptent maintenant cette démarche et créent ces conditions avec des résultats remarquables. Si nous attendons le plan d'action parfait pour aborder ces priorités, celui doté d'une garantie, nous attendrons pour toujours. Nous avons besoin d'un environnement qui nous offre la liberté d'essayer, de commettre des erreurs, d'apprendre et d'essayer de nouveau; et d'avoir le courage de savoir que cela fait partie de notre processus.

Nous devons avoir le courage d'être honnêtes et d'examiner véritablement ce qui nous empêche de travailler à ces priorités; nous devons déterminer si ces limites sont réelles ou non, et si elles le sont, nous devons trouver le courage de les éliminer. Ensuite, nous nous levons, nous mettons un pied devant l'autre et nous avançons. N'est-ce pas captivant?

Annexe A :

Processus d'EBCS à douze étapes d'Horizon

Étape un : Mettre en place un comité local de gestion pour la collectivité choisie. La première étape importante consistait à rencontrer les personnes clés qui connaissent la collectivité. Ces personnes étaient souvent des responsables clés d'Horizon qui vivent ou travaillent dans la collectivité choisie et qui ont une relation de travail avec ses résidents. Les membres du comité de gestion ont souvent été capables d'échanger leurs idées sur les enjeux préexistants dans la collectivité qui pourraient avoir des répercussions sur l'EBCS.

Étape deux : Choisir les membres du Comité consultatif communautaire (CCC) avec l'aide du comité de gestion. À l'aide du guide de sélection des membres du CCC, l'équipe de recherche et le comité de gestion ont réfléchi à la meilleure composition possible pour le CCC. Une longue liste de tous les membres possibles est d'abord dressée, puis réduite à une liste de taille raisonnable qui couvre toute la collectivité.

Étape trois : Établir le CCC. L'équipe de recherche et le comité de gestion ont joué un rôle en invitant les membres du CCC à participer. À la première rencontre, l'équipe de recherche a communiqué les buts et les objectifs de l'EBCS et a discuté du rôle particulier du CCC.

Étape quatre : Étudier les données actuellement accessibles sur la collectivité choisie. Puisque les EBCS effectuées au sein d'Horizon sont fondées sur les découpages géographiques des collectivités définis par le CSNB, l'équipe de recherche a utilisé un grand nombre de ses compilations de données, qui proviennent de plusieurs sondages et bases de données administratives. L'équipe a étudié ces données à la recherche de tout indicateur sortant de l'ordinaire dans la collectivité choisie.

Étape cinq : Présenter aux membres du CCC les faits saillants de l'examen des données. Les faits saillants de l'examen des données ont été présentés aux membres du CCC, et ces derniers ont été invités à réfléchir sur les indicateurs. Cette réflexion a souvent mené à une bonne discussion entre les membres qui ont fait part de leur expérience relativement à des indicateurs particuliers, habituellement, au cours de la deuxième rencontre du CCC. À la fin de la rencontre, on a demandé aux membres de réfléchir aux lacunes dans les données examinées pour en discuter à la prochaine réunion.

Étape six : Les membres du CCC présentent leur opinion sur les lacunes dans les données actuellement accessibles et discutent du meilleur moyen de combler ces manques d'information. Cette étape a souvent eu

lieu à la troisième rencontre du CCC. Les membres ont indiqué les éléments qui, à leur avis, manquaient dans les données étudiées et, parfois, communiquaient des données de provenance locale à l'équipe de recherche. Cela a entraîné une discussion concernant les personnes à consulter dans la collectivité.

Étape sept : Élaborer un plan de collecte de données qualitatives. À l'aide des suggestions émises par les membres du CCC, l'équipe de recherche a mis au point un plan de collecte de données qualitatives dans lequel sont décrits les méthodes qui seront utilisées, l'échantillon de population et l'échéancier de la collecte.

Étape huit : Recueillir les données qualitatives dans la collectivité. Pendant cette étape, l'équipe de recherche s'est déplacée dans la collectivité pour recueillir des données qualitatives, comme le décrit le plan de collecte des données.

Étape neuf : Analyser les données. Toutes les données qualitatives recueillies ont été enregistrées sur bande audio et ensuite retranscrites par un audiotypiste professionnel. Ces transcriptions de données ont été utilisées dans le processus d'analyse de données. Les données analysées ont ensuite été recoupées avec les données quantitatives existantes, lesquelles sont étudiées à l'étape 4.

Étape dix : Informer les membres du CCC des thèmes découlant de l'analyse des données et définir les priorités. Des sommaires de discussion ont été rédigés pour chacun des thèmes dégagés de l'analyse et ils ont ensuite été présentés aux membres du CCC. On a ensuite demandé à ces derniers de classer ces thèmes par ordre de priorité. L'équipe de recherche a pris ce classement en compte dans la finalisation des thèmes et recommandations. Cette étape a généralement eu lieu à la quatrième rencontre du CCC.

Étape onze : Finaliser les thèmes, les recommandations et le rapport final. À l'aide de l'ordre de priorité des membres du CCC, l'équipe de recherche a mis au point les thèmes qui feront l'objet d'un rapport et a formulé des recommandations pour chaque thème. Ces recommandations ont été intégrées au rapport final sur l'EBCS.

Étape 12 : Communiquer le rapport final aux membres du CCC ainsi qu'à l'ensemble de la collectivité, et commencer la planification du travail. Une cinquième et dernière rencontre a eu lieu avec le CCC pour lui présenter le rapport final et commencer la planification du travail à partir des recommandations. Dans le cadre de cette étape, on a également communiqué les résultats des EBCS à l'ensemble de la collectivité. Ce processus a différé d'une collectivité à l'autre.

Références

1. Government of New Brunswick (2012). *A Primary Health Care Framework for New Brunswick*. Available at: <https://www.gnb.ca/0053/phc/consultation-e.asp>
2. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf
3. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.19
4. Horizon Health Network (2011-2016) *Community Health Needs Assessment Reports*. Available at: <http://en.horizonnb.ca/home/media-centre/publications/community-health-needs-assessment-reports.aspx>
5. Kania, John & Kramer, Mark (2011). *Stanford Social Innovation Review*. Collective Impact. Available at: https://ssir.org/articles/entry/collective_impact. Winter 2011
6. Raphael, Dennis (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc. Toronto
7. Romanow, Roy J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Available at: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
8. International Conference on Health Promotion (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
9. Health Council of Canada (2010). *Stepping It Up: Moving the Focus from Health Care in Canada to a Healthier Canada*. Available at: <http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.40-HCCpromoDec2010.pdf>
10. Government of New Brunswick (2012). *A Primary Health Care Framework for New Brunswick*. Available at: <https://www.gnb.ca/0053/phc/consultation-e.asp>
11. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf
12. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf. P.3
13. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf. P.4
14. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf. P.3
15. Public Health Agency of Canada (2011). *What Determines Health?* Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php#key_determinants
16. New Brunswick Health Council (2016). *Technical Document: Population Health Snapshot*. Available at: https://www.nbhc.ca/sites/default/files/documents/population_health_snapshot_-_technical_document.pdf

17. The Office of the Chief Medical Officer of Health (2016). *Health Inequities in New Brunswick*. Available at: <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/monographs/31000000049170/31000000049170.pdf>
18. The Office of the Chief Medical Officer of Health (2016). *Health Inequities in New Brunswick*. Available at: <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/monographs/31000000049170/31000000049170.pdf>. P.4
19. The New Brunswick Health Council (2014). *Creation of Communities*. Available at: http://www.nbhc.ca/sites/default/files/documents/appendix_a-creation_of_communities-nbhc.pdf
20. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.19
21. Horizon Health Network (2016). *In Your Community*. Available at: <http://en.horizonnb.ca/home/media-centre/awareness-initiatives/community-health-needs-assessments/in-your-community.aspx>
22. Government of New Brunswick (2013). *Community Health Needs Assessment Guidelines for New Brunswick*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/819151/chna_guide_en.pdf. P. 3
23. Thorne, S., Kirkham, S.R. & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Method*, 3(1).
24. Horizon Health Network (2011-2016) Community Health Needs Assessment Reports. Available at: <http://en.horizonnb.ca/home/media-centre/publications/community-health-needs-assessment-reports.aspx>
25. Thorne, S., Kirkham, S.R. & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Method*, 3(1).
26. Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
27. Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
28. Statistics Canada (2011). *Household Food Insecurity 2011-2012*. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11889-eng.htm>
29. Tarasuk, Valerie, Mitchell, Andy & Dachner, Naomi (2014) *Household Food Insecurity in Canada 2014*. PROOF Food Insecurity Policy Research. Available at: <http://proof.utoronto.ca/food-insecurity/>
30. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey 2009, 2010 & 2011*, calculated by the Government of New Brunswick, Department of Health.
31. Economic and Social Inclusion Corporation (2014). *Overcoming Poverty Together: The New Brunswick Economic and Social Inclusion Plan 2014-2019*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/NBEconomicSocialInclusionPlan2014-2019.pdf>. P.19
32. Statistics Canada (2011). *National Health Survey, Semi-custom Profile for CSNB*. Calculated by NBHC.

33. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
34. New Brunswick Health Council (2016). *Protective Factors as a Path to Better Youth Mental Health*. Available at: https://www.nbhc.ca/sites/default/files/briefprotective_factors_as_a_path_to_better_youth_mental_health.pdf
35. Public Health Agency of Canada (2011). *What Determines Health?* Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#personalhealth>
36. New Brunswick Health Council (2016). *Protective Factors as a Path to Better Youth Mental Health*. Available at: https://www.nbhc.ca/sites/default/files/brief_protective_factors_as_a_path_to_better_youth_mental_health.pdf
37. Statistics Canada (2015). *Canadian Community Health Survey: Health indicator profile, age-standardized rate, annual estimates, by sex, Canada, provinces and territories*. CANSIM table 105-0503
38. Government of New Brunswick (2016). *Mental Health and Substance use Disorders in New Brunswick*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/Profiles/ProfilesHealthMentalHealthSubstanceUseDisorders.pdf>
39. Government of New Brunswick (2016). *Mental Health and Substance use Disorders in New Brunswick*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/Profiles/ProfilesHealthMentalHealthSubstanceUseDisorders.pdf>
40. Government of New Brunswick (2012). *New Brunswick Student Drug use Survey Report 2012*. Available at: <http://www.gnb.ca/0378/pdf/2013/9230e.pdf>
41. Office of the Chief Medical Officer of Health (2013). *Youth Sexual Health: A Population Health Bulletin*. Available at: http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/Health%20Indicators%208_Youth%20sexual%20health_July2013.pdf
42. Government of New Brunswick (2012). *New Brunswick Student Drug use Survey Report 2012*. Available at: <http://www.gnb.ca/0378/pdf/2013/9230e.pdf>
43. Office of the Chief Medical Officer of Health (2013). *Youth Sexual Health: A Population Health Bulletin*. Available at: http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/Health%20Indicators%208_Youth%20sexual%20health_July2013.pdf
44. Office of the Chief Medical Officer of Health (2013). *Youth Sexual Health: A Population Health Bulletin*. Available at: http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/Health%20Indicators%208_Youth%20sexual%20health_July2013.pdf
45. American Academy of Pediatrics (2014). *Adverse Childhood Experiences and the Lifelong Consequences of Trauma*. Available at: <https://calio.dspacedirect.org/handle/11212/2211>
46. Canadian Institute for Health Information (2009). *Experiences with Primary Health Care in Canada*. Available at: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1332>
47. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>

48. Government of New Brunswick (2010). *Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick 2010*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/HealthCare/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>. P.42
49. Government of New Brunswick (2012). *A Primary Health Care Framework for New Brunswick*. Available at: <https://www.gnb.ca/0053/phc/consultation-e.asp>. P. 13
50. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
51. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
52. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
53. New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswick Student Wellness Survey*. Available at: https://www.nbhc.ca/surveys/nbsws#.WN_qn3kzW00
54. New Brunswick Medical Society (2015). *Make Menus Matter*. Available at: <http://www.nbms.nb.ca/leadership-and-advocacy/helping-new-brunswickers-live-healthier-lives/make-menus-matter-2/>
55. Government of New Brunswick (2017). *We are all in this Together: An aging strategy for New Brunswick*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Seniors/AnAgingStrategyForNB.pdf>
56. Government of New Brunswick (2017). *New Brunswick's Literacy Rates*. Available at: http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/corporate/public_consultations/NBLiteracyStrategy/LiteracyRates.html
57. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
58. Mikkonen, Juha & Raphael, Dennis (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Available at: <http://www.thecanadianfacts.org/>. P.12
59. Mikkonen, Juha & Raphael, Dennis (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Available at: <http://www.thecanadianfacts.org/>
60. Martin, Danielle (2017). *Better Now: Six Big Ideas to Improve Health Care for all Canadians*. Penguin Random House. P. 189
61. Mikkonen, Juha & Raphael, Dennis (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Available at: <http://www.thecanadianfacts.org/>
62. Statistics Canada (2017). *Labour Force Survey*. Available at: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3701>
63. Statistics Canada (2011). *National Household Survey*. Available at: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/details/page>.

64. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
65. Martin, Danielle (2017). *Better Now: Six Big Ideas to Improve Health Care for all Canadians*. Penguin Random House
66. Albert Health Services (2016). *First of its Kind Housing Celebrates One Year*. Available at: <http://www.albertahealthservices.ca/news/releases/2016/Page13018.aspx>
67. Mikkonen, Juha & Raphael, Dennis (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Available at: <http://www.thecanadianfacts.org/>
68. Statistics Canada (2011) National Household Survey. Available at: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-d/prof/deetails/page>
69. Government of New Brunswick (2010). *Hope is a Home: New Brunswick's Housing Strategy*. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Housing/housingstrategy-e.pdf>
70. Statistics Canada (2011) *Census 2011*. Available at: http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.cfm
71. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
72. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.14
73. Statistics Canada (2011). *Census 2011*. Available at: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011001-eng.cfm>
74. New Brunswick Health Council (2015). *New Brunswickers's Experiences with Home Care: survey 2015*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/homecare#.WN-konkzW00>
75. Statistics Canada (2011) *Census 2011*. Available at: http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.cfm
76. The New Brunswick Health Council (2014). *New Brunswickers' Experiences with Primary Health Service: Results from the New Brunswick Health Council's 2014 Primary Health Survey*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth#.WN7y8nkzW00>
77. New Brunswick Health Council (2015). *New Brunswickers's Experiences with Home Care: survey 2015*. Available at: <https://www.nbhc.ca/surveys/homecare#.WN-konkzW00>
78. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.18
79. Horizon Health Network (2017). *Annual Report 2015-2016*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/817920/annualreport_2015-16_web.pdf

80. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.20
81. Tamarack Institute (2015). Community Engagement: an Overview. Available at: <http://www.tamarackcommunity.ca/communityengagement>
82. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.14
83. Hedley G. Dimock, Rachel R. Kass (2007). *How to Observe your Group*. Captus Press
84. Senge, Peter. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization (2nd edition)*. Crown Publishing Group, a division of Penguin Random House.
85. Tamarack Institute (2015). Turf, Trust and the Collaboration Spectrum. Available at: <http://tamarackcci.ca/blogs/liz-weaver/turf-trust-and-collaboration-spectrum>
86. Kania, John & Kramer, Mark (2011). *Stanford Social Innovation Review*. Collective Impact. Available at: https://ssir.org/articles/entry/collective_impact. Winter 2011
87. Kania, John & Kramer, Mark (2011). *Stanford Social Innovation Review*. Collective Impact. Available at: https://ssir.org/articles/entry/collective_impact. Winter 2011
88. Tamarack Institute. *Collective Impact*. Available at: <http://www.tamarackcommunity.ca/collectiveimpact?gclid=CJbSqp-rg9MCFcVMDQodXCsCJw>
89. Horizon Health Network (2015). *A Healthier Future for New Brunswick: Horizon Health Network Strategic Plan 2015-2020*. Available at: http://en.horizonnb.ca/media/616051/horizon_strat_plan_english_jan28.pdf P.18
90. Senge, Peter. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization (2nd edition)*. Crown Publishing Group, a division of Penguin Random House. P.3

ÉLARGIR NOTRE ORIENTATION :

Définir les priorités régionales à partir des besoins de nos collectivités

