

OROMOCTO et régions environnantes

Évaluation des besoins en matière de santé et de mieux-être communautaires

Sommaire
Juin 2011



ÉVALUATION DES BESOINS
EN SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE
D'OROMOCTO ET DES COLLECTIVITÉS
AVOISINANTES, 2011

Préparée pour le

Comité consultatif sur les soins de santé d'Oromocto et
des collectivités avoisinantes

Programme de santé communautaire,
Réseau de Santé Horizon, région 3

Ministère de la santé du
Nouveau-Brunswick

Préparée par

Verlé Harrop, Ph.D.

ISBN 978- 0-9780873-2-6

Évaluation des besoins en santé et mieux-être d'Oromocto et des collectivités avoisinantes, 2011

Mai 2011

Tous droits réservés

Écrit par Verlé Harrop, Ph.D

59 Battery Road,
St. John's NL
A1A 1A4
vharrop@alum.mit.edu

Préparé pour le Comité consultatif sur les soins de santé et le mieux-être d'Oromocto et des collectivités avoisinantes.

On peut communiquer avec le Comité consultatif sur les soins de santé et le mieux-être d'Oromocto et des collectivités avoisinantes en écrivant à : Bruce.MacPherson@HorizonNB.ca

Pour obtenir des exemplaires additionnels,
veuillez communiquer avec :
Bruce MacPherson, TSI
Directeur, Programme de santé communautaire,
Réseau de santé Horizon, zone 3
(506) 447-4219
Bruce.MacPherson@HorizonNB.ca
www.HorizonNB.ca

« Fait intéressant, le bénévolat, en plus du travail bénéfique qu'il permet d'accomplir, est associé à une amélioration de l'état de santé du bénévole. Pourquoi? Parce que la santé va au-delà de l'absence de maladie ou du bien-être physique. La santé, c'est donner à nos vies et à la société des fondements solides. C'est de faire en sorte d'avoir une communauté, des liens et des amis. C'est de contrôler notre vie et notre destin. (...) Notre état de santé est influencé par le type de société que nous choisissons. Il appartient à tous de créer les conditions physiques, économiques, sociales et culturelles qui sont le fondement d'un bon état de santé. Nos gestes, mêmes petits, peuvent contribuer à changer les choses. »¹

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé du Canada, 2008

« Les principaux facteurs de risque de maladies chroniques sont une alimentation malsaine, le manque d'exercice physique et le tabagisme. »²

« En éliminant les principaux facteurs de risque de maladies chroniques, on éviterait au moins 80 % des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et des diabètes de type 2 ainsi que 40 % des cancers. »³

Organisation mondiale de la santé, 10 points essentiels sur les maladies chroniques, 2005

REMERCIEMENTS

Le présent rapport n'aurait pas été possible sans la participation enthousiaste des personnes et des organismes suivants :

Les résidents d'Oromocto et des collectivités avoisinantes (O et CA), surtout ceux et celles qui ont participé à la séance publique et au programme exhaustif de groupes de discussion et d'entrevues de personnes clés; la Ville d'Oromocto et le maire Tidd qui a gracieusement animé la séance publique; et l'Hôpital public d'Oromocto (HPO) qui a fourni la salle de réunion mensuel au Comité consultatif sur les soins de santé et le mieux-être d'O et des CA;

Le Comité consultatif sur les soins de santé et le mieux-être d'O et des CA :

Beverly Greene

Consultante, ministère de la Santé;

Bronwyn Davies

Directrice, Unité des soins primaires, ministère de la Santé;

Nicole Tupper

Directrice administrative, Hôpital régional Dr Everett Chalmers

Darline Cogswell

Infirmière gestionnaire des Services d'urgence/administratrice de l'Hôpital public d'Oromocto

Margaret Paul

Directrice de la santé, Centre de santé Wel-A-Mook-Took, Première Nation d'Oromocto;

D^{re} Bea Sainz

Médecin de famille, représentante de la formation médicale de premier cycle de la région, directrice médicale des Services de soins palliatifs, HPO;

Janet Weber

Infirmière praticienne, base des Forces canadiennes de Gagetown;

Beth Corey

Directrice générale, Centre de ressources pour les familles des militaires de Gagetown;

Major Jonathan Daniels

Base des Forces canadiennes de Gagetown (remplaçant le major Marcel LeBland et par la suite, le major Rob Dunn);

Tony Ratliffe

Membre de l'Association des services de santé de Gagetown et de la région;

Bill Jarratt

Directeur par intérim, Services des loisirs et du tourisme, Ville d'Oromocto (remplaçant Jim Arbeau);

Susan Allen

Infirmière de Santé publique, programme Apprenants en santé à l'école, District scolaire 17;

Kayla Giesecke

Spécialiste en apprentissage, District scolaire 17;

Francis Hill, aumônier après les heures régulières et membre bénévole du Comité consultatif des soins spirituels et religieux, HPO;

Gendarme Marc Trioreau, agent des relations publiques et communautaires, Oromocto, District 2;

Carol Rankin, Communications, Réseau de santé Horizon;

Pam Moxon, adjointe administrative, Programme de santé communautaire, Réseau de santé Horizon;

Bruce MacPherson, directeur, Programme de santé communautaire, Réseau de santé Horizon.

Les nombreux organismes et personnes qui ont participé à la collecte des données de la région et de systèmes de santé pour le présent rapport et, en particulier, Bev Green qui a coordonné la collecte des données au sein du réseau de santé ; Margaret Paul qui a conceptualisé les déterminants de l'outil d'évaluation des besoins en santé; Darline Cogswell qui a joué un rôle majeur dans l'organisation des groupes de discussion et des entrevues de personnes clés; la rédactrice Hilary Harrop Archibald; Amy Watling qui a compilé les références; Andrea Pike pour l'analyse des données; et Bruce MacPherson et son adjointe administrative, Pam Moxon, qui, grâce à leur travail inlassable dans chaque volet de l'évaluation des besoins ont rendu possible le présent rapport final.

SOMMAIRE

Introduction

Oromocto et les collectivités avoisinantes (O et CA) comprennent la ville d'Oromocto, la Première Nation d'Oromocto (PNO), la base des Forces canadiennes (BFC) de Gagetown et un certain nombre de petits villages et de régions qui sont des carrefours ruraux. Selon le recensement canadien de 2006, la population totale d'O et des CA, y compris le personnel militaire, est de 30 020 personnes. La région géographique visée par l'évaluation des besoins s'étendait vers le Nord aussi loin que Youngs Cove, vers l'Est jusqu'à Codys, vers le Sud jusqu'à Wirral et vers l'Ouest jusqu'à Beaver Dam. O et les CA comptent 18 territoires de gouvernance servant environ 45 collectivités.

En 2009, le directeur du Programme de santé communautaire du Réseau de santé Horizon, région 3, a travaillé avec la communauté plus vaste des soins de santé pour établir un comité consultatif sur les soins de santé représentatif d'O et des CA. Il a confié au groupe d'intervenants le mandat de coordonner une évaluation communautaire et participative des besoins en santé et mieux-être.

L'évaluation des besoins avait trois objectifs complémentaires : 1) déterminer les priorités en matière de santé et de mieux-être d'O et des CA; 2) élaborer des stratégies pour faire en sorte que les priorités en matière de santé et de mieux-être d'O et des CA concordent avec ses besoins et ses ressources; 3) harmoniser la prestation des services de santé avec les ressources d'O et des CA ainsi que ses préoccupations en matière de santé et de mieux-être. Dès le début, le Comité consultatif a compris que sa démarche consistait à trouver des moyens d'économiser et de tirer parti des ressources par la collaboration intersectorielle avec les partenaires communautaires et institutionnels.

Renseignements de base

Trois fondements conceptuels approuvés par

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont orienté le processus d'évaluation des besoins, notamment la santé de la population; les déterminants de la santé; et les disparités en matière de santé. Leur utilisation a permis de s'écarter de l'accent unique placé sur les services de santé pour se concentrer sur ce que David Butler-Jones appelle « une réponse sociale globale » dans laquelle « la santé de la population canadienne est une responsabilité partagée; les gens, les communautés, les secteurs privé et public et les organisations à but non lucratif ont tous un rôle à jouer ».⁴ Tout au long de l'évaluation des besoins, il était convenu que tout service de soins de santé nouveau ou additionnel devait avantager la population d'O et des CA dans son ensemble.

Méthodologie

L'évaluation des besoins a été réalisée selon une méthode combinant l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. On a utilisé les 12 déterminants de la santé de l'ASPC pour structurer le processus d'évaluation des besoins, la collecte des données et la rédaction du rapport. Il y a eu une séance publique, six groupes de discussion et 20 entrevues de personnes clés. On a obtenu de Statistique Canada les cycles pertinents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et un profil personnalisé et étendu d'O et des CA du recensement de 2006. De plus, on a acquis des données de systèmes complémentaires des Services de santé, du registre provincial des cancers du N. B., de la Direction de la santé de la population du bureau du médecin-hygiéniste en chef, de la Société des alcools du Nouveau-Brunswick, de la Société des loteries de l'Atlantique (SLA) et de la base des Forces canadiennes de Gagetown. On a analysé les données qualitatives et quantitatives au chapitre des disparités en matière de santé dans l'ensemble d'O et des CA et entre les sept localités se trouvant dans la région précisée (ville d'Oromocto; paroisse de

Burton (région de Greater Geary); village de Cambridge Narrows; Première Nation d'Oromocto; village de Gagetown; village de Fredericton Junction ainsi que les conjoints/conjointes et personnes à charge des militaires de la BFC de Gagetown). Au besoin, on a comparé les données d'O et des CA à celles de la région 3 et de l'ensemble de la province du N.-B.

Il y a eu un certain nombre de limites. Comme le montre le chapitre sur la méthodologie, la collecte et l'analyse des données locales ont présenté de nombreux défis, car la plupart des outils normalisés de collecte des données sont conçus pour des régions plus vastes que celle d'O et des CA. La décision du Programme de santé communautaire d'exclure un élément du sondage signifiait qu'il n'y avait pas de données déclarées par les intéressés et que les thèmes émergents ou les obstacles à la santé et au mieux-être ne pouvaient pas être quantifiés.

Conclusions selon les chiffres

L'analyse comparative des données sur O et les CA, la région 3, et l'ensemble de la province révèlent qu'O et les CA ont des résultats supérieurs à ceux des groupes de comparaison. Selon le Sondage sur la santé dans les collectivités canadiennes (SSCC) et le recensement de 2006 de Statistique Canada, le registre des cancers du Nouveau-Brunswick, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef de la santé, Élections Nouveau-Brunswick et Élections Canada, on trouve dans O et les CA des revenus médians supérieurs; un pourcentage inférieur de la population qui vit sous le seuil de faible revenu (SFR); un nombre inférieur de familles monoparentales; un nombre inférieur d'aînés vivant seuls; un plus grand nombre de citoyens ayant voté à la dernière élection fédérale; des citoyens dépensant moins de revenu disponible pour un loyer, car il est plus probable qu'ils soient propriétaires de leur propre maison. Par ailleurs, un plus grand nombre de citoyens d'O et des CA avaient été vaccinés contre l'influenza; et, fait intéressant, les hommes avaient des taux de cancer inférieurs à ceux de la région 3 et des cohortes

provinciales. O et les CA comptent moins d'enfants vivant dans la pauvreté; il est plus probable que les résidents aient un médecin de famille; il y a moins de décès accidentels; et O et les CA comptent plus de citoyens venant d'ailleurs qui se sont établis dans la région.

Sur le côté négatif du bilan, lorsqu'on compare les résidents d'O et des CA aux résidents de la région 3 et de la province, il est moins probable qu'ils possèdent un certificat ou un diplôme universitaire; qu'ils soient animés d'un sentiment d'appartenance communautaire; qu'ils aient vécu dans la province il y a un an ou il y a cinq ans; et qu'ils aient participé à l'élection provinciale de 2006. Mais il est plus probable qu'ils aient été exposés à de la fumée secondaire à la fois à la maison et dans des véhicules. Il est moins probable qu'ils aient subi un test PAP courant. Il est plus probable qu'ils aient rapporté « une assez grande quantité de stress » et qu'ils soient « modérément actifs » ou « actifs » dans leurs temps libres. Toutefois, il est beaucoup moins probable qu'ils parlent les deux langues officielles et plus probable qu'ils fassent de l'embonpoint ou de l'obésité selon l'indice de masse corporelle (IMC). **Selon le SSCC de 2007-2008, à O et dans les CA, 72,0 % des adultes de plus de 18 ans (à l'exclusion des femmes enceintes) ont déclaré faire de l'embonpoint ou de l'obésité selon l'IMC, comparativement à 60,8 % dans la région 3 et 61,0 % dans l'ensemble de la province. Et 20,6 % de la population d'O et des CA de plus de 12 ans est atteinte d'hypertension.**⁵

Même si le portrait global d'O et des CA était positif, sauf pour les disparités existantes entre les sexes, l'analyse comparative des données subséquente des sept localités représentatives d'O et des CA a révélé des disparités de santé importantes au chapitre du revenu, du statut social, de l'identité autochtone et de la géographie. Par ailleurs, il y avait des preuves probantes de cohésion sociale médiocre, d'exclusion sociale, de marginalisation, et des poches de pauvreté infantile marquée. On a observé

ces disparités à la fois au sein des sept localités représentatives d'O et des CA présentées et entre elles.

Conclusions selon les gens

Dans notre travail avec les données qualitatives des groupes de discussion et des entrevues des personnes clés, voici les dix domaines prioritaires de la santé et du mieux-être qui ont émergé :

- **Transport en commun** : La crainte de la responsabilité a pratiquement éliminé le secteur des conducteurs volontaires qui, dans le passé, permettait aux aînés, aux jeunes et aux jeunes familles urbaines et surtout rurales de vaquer à leurs activités quotidiennes et d'aller à leurs rendez-vous médicaux.
- **Accès accru aux services de santé mentale et de traitement des dépendances** : Les populations prioritaires sont les jeunes, les collectivités rurales et la Première Nation d'Oromocto.
- **Soins primaires et prévention à prodiguer dans les localités** : On trouve des patients orphelins et, en particulier, des personnes à charge de militaires transitoires dans l'ensemble d'O et des CA. Il y a beaucoup d'intérêt pour l'utilisation d'infirmières praticiennes à titre de fournisseurs de soins primaires, en particulier dans les régions rurales, et pour un nouveau modèle de pratique des soins primaires en général.
- **Accès aisé aux établissements de loisirs adaptés à tous les âges** : Les collectivités reconnaissent la nécessité de veiller à être en bonne forme physique, à avoir un mode de vie actif et à manger sainement. Il est primordial que toutes les écoles soient des écoles communautaires pleinement accessibles et

de les doter de l'infrastructure locale nécessaire (terrains de balle, patinoires, centres de loisirs, etc.).

- **Changement important de la culture entourant l'obésité** : L'obésité à O et dans les CA est épidémique, et le système de santé, dans sa configuration actuelle, ne peut pas régler seul ce problème. Pour réduire avec succès les taux d'obésité à O et dans les CA, il faut l'aide de l'ensemble de la société et du gouvernement. Les collectivités et les résidents doivent être mobilisés.
- **Habilitation des structures de gouvernance et de l'infrastructure communautaire** : Comme l'a souligné l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, l'autodétermination et le contrôle sont essentiels à la motivation d'une collectivité à aborder les déterminants de la santé et à améliorer l'équité en matière de santé.⁶ Une solide infrastructure de communication communautaire est une condition préalable.
- **Logement approprié et habilitant** : Une population vieillissante et la concentration des aînés dans les collectivités rurales font du vieillissement sain une priorité.
- **Revenu durable, inclusion et équité en matière de santé** : O et les CA forment une constellation très diversifiée d'environ 45 collectivités ayant des revenus médians ainsi que des antécédents et une culture très diversifiés. Le renforcement de la tolérance, de l'inclusion et de la cohésion sociale au sein des collectivités et entre l'ces dernières est prioritaire. Ces caractéristiques de collectivité saine vont de pair avec la capacité et la résilience communautaires. L'accès à des données locales fiables est essentiel à l'élimination des inégalités en matière de santé.

- **Collaboration intersectorielle** : Pour aborder les déterminants vastes de la santé, la collaboration intersectorielle est essentielle. La santé dans toutes les politiques (SdTP) et les évaluations des incidences sur la santé doivent être prises en charge par tous les ministères du gouvernement et les structures de gouvernance locale.
- **Bénévoles** : Souvent méconnus, ces héros semblent voués à la disparition. Il faut raviver le bénévolat et l'intégrer solidement à la culture néo-brunswickoise.

Ressources communautaires

Les sept collectivités présentées dans le chapitre 7 apportent à la table une riche panoplie de compétences, d'expérience et de leadership, notamment de l'expérience dans la SdTP; la capacité d'engager et de mobiliser les collectivités et de faire pression avec succès auprès du gouvernement; de capacité manifeste de tirer parti des partenariats et des ressources existantes; la capacité d'établir des liens solides entre les personnes; la capacité à tirer parti de l'expertise de partenaires extérieurs comme l'UNB; de l'expérience en apprentissage et garde d'enfants intégrés et prise en charge du programme scolaire anglais du N.-B.; de l'expertise dans la prestation de services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances; de l'expérience exhaustive avec des infirmiers/infirmières et des infirmières praticiennes comme fournisseurs de soins primaires; la capacité de créer des installations de loisirs; de l'expertise en conditionnement physique; et finalement, la capacité d'attirer et de retenir les bénévoles et, dans le cadre du processus, à instaurer de la cohésion. Mais actuellement, ces ressources communautaires demeurent en grande partie inexploitées et n'existent que dans des poches isolées d'O et des CA.

Recommandations

Les 61 recommandations sont en harmonie avec les domaines prioritaires de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada dans le but de s'attaquer aux inégalités en matière de santé, notamment les investissements sociaux, le renforcement des capacités communautaires, l'action intersectorielle, l'infrastructure du savoir et le leadership.¹ Les recommandations sont groupées sous les dix domaines prioritaires de la santé adoptés par O et les CA et sont conçues pour être mises en œuvre au niveau des systèmes, dans les collectivités et par les résidents et les ménages.

La collaboration intersectorielle et les partenariats avec les écoles, les associations et les conseils municipaux locaux, les ministères du gouvernement provincial (Services de santé, Développement social, Éducation, Justice, Transports et Gouvernements locaux) et d'autres partenaires extérieurs, comme l'UNB, la BFC de Gagetown, Services NB et le Conseil de la santé du N.-B., sont essentiels à la mise en œuvre fructueuse des recommandations du rapport.

Le Comité consultatif sortant s'attend à ce que le nouveau Comité consultatif élu forme des groupes de travail sur les recommandations, surtout sur les volets suivants : les transports; la santé mentale et les dépendances; l'accès aux soins primaires; l'obésité; et la collaboration intersectorielle.

Conclusion

L'évaluation communautaire et participative des besoins en santé a accompli le travail voulu. Le Comité consultatif a déterminé clairement des domaines prioritaires auxquels s'attaquer, devant être abordés notamment l'obésité, l'inactivité, l'inclusion, la collaboration intersectorielle, l'intégration

collaboration intersectorielle, l'intégration des infirmières praticiennes à titre de fournisseurs de soins primaires et finalement, l'accès accru aux services de santé mentale et de traitement des dépendances. En outre, le Comité consultatif a déterminé des stratégies réalisables pour s'attaquer à ces domaines prioritaires qui correspondent à la capacité d'O et des CA et , en général, aux

ressources existantes des Services de santé. Une lourde charge de travail nous attend, mais en travaillant ensemble, les Services de santé, ses homologues intersectoriels et les collectivités formant O et les CA peuvent accomplir beaucoup pour atténuer les inégalités en matière de santé dans leurs collectivités et assurer une qualité de vie meilleure et plus équitable pour tous.

RÉFÉRENCES

¹Marshall, H., Boyd, R. (2008). The Chief Public Health Officer's report on the state of Public Health in Canada. Extrait le 1er février 2011 du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>

²World Health Organization (2005). Geneva: Fact file: Ten facts about chronic disease. Extrait le 28 février 2011 du site http://www.who.int/features/factfiles/chp/05_en.html

³Ibid.

⁴Marshall, H., Boyd, R. (2008). The Chief Public Health Officer's report on the state of Public Health in Canada. Extrait le 1er février 2011 du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>

⁵SSCC 2007-2008.

⁶Marshall, H., Boyd, R. (2008). The Chief Public Health Officer's report on the state of Public Health in Canada. Extrait le 1er février 2011 du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/pdf/cpho-report-eng.pdf>