



Salisbury, Havelock, Elgin, Petitcodiac et les environs



**Évaluation des besoins de la collectivité en
matière de santé – automne 2024**

Table des matières

1.0	Résumé	3
2.0	Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé	4
	Les principes directeurs des EBCS	4
	Le processus d'EBCS	8
3.0	Collecte et analyse de données	11
	Thèmes émergents liés aux besoins en matière de santé	12
	A) Accès aux services de santé primaires	14
	Tableau détaillé des besoins	17
	B) Accessibilité au sein de la collectivité	18
	Tableau détaillé des besoins	20
	C) Revenu et sécurité alimentaire	21
	Tableau détaillé des besoins	23
	D) Services de santé mentale	24
	Tableau détaillé des besoins	26
	E) Clinique de soins non urgents le jour même	27
	Tableau détaillé des besoins	28
	F) Transports et infrastructure	29
	Tableau détaillé des besoins	30
	G) Services à la jeunesse, à l'enfance et à la famille	32
	Tableau détaillé des besoins	32
4.0	Prochaines étapes	35
5.0	Références	36

Remerciements :

Nous reconnaissons que les terres sur lesquelles nous nous sommes rassemblés pour procéder à l'EBCS de Salisbury, Havelock, Elgin et Petitchodiac se trouvent sur le territoire traditionnel Wabanaki, non cédé et non abandonné. Nous sommes reconnaissants de pouvoir nous réunir pour accomplir ce travail important sur une terre où des peuples autochtones vivent et travaillent depuis des temps immémoriaux.

Ce rapport est produit par l'équipe d'EBCS du Réseau de santé Horizon (Horizon) qui aimerait exprimer sa gratitude à tous les organismes communautaires, fournisseurs de services et membres de la collectivité qui ont participé au processus d'EBCS.



Résumé

Les personnes qui vivent au Nouveau-Brunswick veulent s'épanouir et être en bonne santé. De nombreux facteurs ont une influence et une incidence sur la santé et le bien-être individuels d'une personne donnée, y compris les personnes, les lieux et les choses qui l'entourent. Une évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé (EBCS) est une approche systématique utilisée par les fournisseurs de soins de santé pour mieux comprendre les besoins plus larges en matière de santé des populations qu'ils servent (Wright et Williams, 1998).

Une EBCS peut, grâce à l'engagement communautaire, définir les forces et les besoins d'une région et mener à la détermination de priorités locales qui, lorsqu'elles sont mises en œuvre, peuvent améliorer la santé et le bien-être des personnes et des groupes de population. Le processus d'EBCS donne à la collectivité l'occasion de présenter ses besoins, ses préoccupations et ses atouts en matière de santé, ce qui fait partie intégrante de l'amélioration de la santé et du bien-être de la collectivité ainsi que de son autonomisation.

Cette EBCS se concentre sur les collectivités de Salisbury, de Havelock, d'Elgin et de Petitcodiac (SHEP)¹ ainsi que sur les environs de ces collectivités. Cette région située dans le sud-est du Nouveau-Brunswick a l'une des plus petites bases de population et compte davantage de régions sous-rurales. Beaucoup de familles avec de jeunes enfants y vivent et, pourtant, elle connaît des problèmes de santé chroniques plus nombreux que la moyenne, des taux plus élevés de consommation de tabac et d'alcool, et les habitants déclarent s'y sentir moins liés à la collectivité (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick [CSNB], 2022).

Le comité de planification de l'EBCS de la sous-région de SHEP a repéré 16 populations ciblées. Il s'agit de groupes de population de la collectivité qui sont plus susceptibles de se heurter à des obstacles à la santé et à l'accès au système social d'une part, et d'avoir de moins bons résultats en matière de santé physique et mentale d'autre part. Les consultations de mobilisation auprès de ces 16 populations ciblées ont jeté les bases du travail de collecte de données.

Entre avril et juin 2024, nous avons procédé à 34 entrevues et réuni 8 groupes de discussion dans la sous-région de SHEP, recueillant la parole de 116 membres individuels de la collectivité. Ces activités d'apprentissage nous ont permis de saisir les sept thèmes liés aux besoins suivants en matière de santé (sans ordre particulier) :

- Accès aux services de santé
- Accessibilité dans la collectivité
- Revenu et sécurité alimentaire
- Services de santé mentale
- Clinique de santé non urgente le jour même
- Transports et infrastructure
- Services à la jeunesse, à l'enfance et à la famille

Chaque thème de santé est expliqué plus en détail dans le rapport, lequel présente également des solutions possibles suggérées par des membres de la collectivité pour répondre à ces besoins en matière de santé. Une EBCS fait état de là où se trouve une collectivité à un certain moment dans le temps, mais il n'y a pas de limites à là où cette collectivité ira ensuite. L'EBCS jette les bases du bon travail qui nous attend.

Le présent rapport est également appuyé par un document technique qui se trouve à la page HorizonNB.ca/EBSCS.

¹C'est la collectivité elle-même qui a choisi le nom SHEP, dans le but de représenter la région visée par l'évaluation.

2.0



Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

Une EBCS est « un processus dynamique et continu qui vise à cibler les forces et les besoins d'une collectivité, à donner les moyens à l'ensemble de celle-ci d'établir des priorités et à faciliter la planification d'actions collaboratives en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des collectivités » (gouvernement du Manitoba, 2019). Depuis leur création, les EBCS ont aidé Horizon à s'acquitter de sa responsabilité légale de déterminer les besoins en matière de santé et de classer par ordre de priorité les soins de santé pour la population qu'il sert (gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011). Les EBCS d'Horizon ont débuté en 2010 et le processus a été modifié en 2022 pour mieux tenir compte des pratiques exemplaires et les intégrer dans les domaines de l'engagement communautaire, de la santé de la population et de l'équité en santé.

Lorsqu'un processus d'EBCS est lancé dans une collectivité, il est créé conjointement avec les membres de la collectivité pour garantir que le processus répond aux besoins d'engagement uniques de la collectivité et des populations qui y vivent. Au Réseau de santé Horizon, un élément clé des EBCS est l'effort déployé pour mobiliser les populations qui, au sein des collectivités, risquent davantage de faire face à des inégalités en matière de santé.

Cet échange collaboratif soutient le développement et le renforcement des relations locales entre les fournisseurs de services et les membres de la collectivité ainsi que les relations régionales entre les collectivités et Horizon en tant qu'autorité sanitaire de la province. Faire participer les citoyens à la détermination de leurs propres besoins en matière de santé communautaire est précieux pour orienter l'évolution globale du système de santé.

Pour garantir que l'EBCS offre un processus d'engagement significatif pour toutes les personnes concernées, les EBCS sont guidées par les principes d'engagement communautaire tels qu'ils sont décrits dans le Cadre d'engagement d'Horizon en matière de soins de santé (Horizon, 2021), disponibles sur le [site Web](#) d'Horizon.

Les principes directeurs des EBCS

Chez Horizon, les EBCS sont mieux comprises et mises en œuvre en utilisant une approche axée sur la santé de la population dans une optique d'équité en santé. Il y a équité en santé lorsque chaque personne a une chance équitable d'atteindre son niveau de santé optimal, indépendamment de sa race, de son origine ethnique, de son handicap, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son statut socioéconomique, de sa situation géographique, de sa langue de choix ou d'autres facteurs sociaux (Santé publique Ontario, 2024).



L'équité en santé signifie que tout le monde a une chance juste et équitable d'être en aussi bonne santé que possible. Cette équité nécessite d'éliminer les obstacles à la santé tels que la pauvreté, la discrimination et leurs conséquences, notamment le sentiment d'impuissance et le manque d'accès à de bons emplois avec un salaire équitable, à une éducation et un logement de qualité, à des environnements sûrs et à des soins de santé. Aux fins de la mesure, l'équité en santé signifie réduire et, en fin de compte, éliminer les disparités en matière de santé et relatives à ses déterminants qui nuisent aux groupes exclus ou marginalisés. (P. Braveman, E. Arkin, T. Orléans, D. Proctor et A. Plough, 2017)

2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

Une approche axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population et à réduire les inégalités en matière de santé qui peuvent exister entre les groupes de population. L'utilisation de cette approche signifie que le processus d'EBCS est conçu pour faire participer activement les groupes de population qui ont des problèmes de santé uniques et qui ont eu de moins bons résultats en matière de santé par le passé.

La mobilisation active des populations faisant face à des inégalités en matière de santé est rendue possible grâce aux partenaires clés qui participent dans la planification de l'EBCS, aux types de données recueillies, aux méthodes utilisées pour les activités d'engagements et aux modalités selon lesquelles le rapport final est communiqué, entre autres. Le processus d'EBCS accorde la priorité à l'écoute de ces populations ciblées et aux apprentissages qu'elles transmettent. Cet aspect est essentiel parce qu'écouter et apprendre de ces populations ciblées permet d'améliorer l'accessibilité et la facilité d'utilisation des systèmes de santé pour tout le monde.

L'équipe d'EBCS a établi des liens avec des personnes des collectivités suivantes : Salisbury, Havelock, Elgin, Petittcodiac, River Glade, The Glades, Cornhill, Anagance, Portage Vale, Goshen, Parkindale, Killams Mills, Colpitts Settlement, Prosser Brook et Pleasant Vale.



2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

Dans la sous-région de SHEP, les membres de la collectivité qui ont participé à la planification de l'EBCS locale ont cerné les 16 populations ciblées suivantes :

	jeunes à risque		chefs de famille monoparentale
	personnes âgées		familles arrivées dans la région depuis 2020
	personnes en situation de handicap		enfants vivant en famille d'accueil
	ménages ayant des revenus limités		adultes ayant des problèmes de consommation de substances ou de santé mentale
	personnes vivant en milieu rural		ménages avec des enfants âgés de 0 à 5 ans
	personnes qui gèrent des maladies chroniques		ménages avec des enfants âgés de 6 à 11 ans
	personnes qui s'occupent de parents âgés		ménages avec des jeunes âgés de 12 à 18 ans
	adultes victimes de violence conjugale		adultes qui travaillent de 9 h à 17 h et qui ont entre 18 et 30 ans

La santé et le bien-être des collectivités dépendent d'un vaste éventail de conditions et de facteurs interreliés souvent appelés déterminants sociaux de la santé et qui peuvent contribuer à des différences inévitables dans les résultats en matière de santé (Raphael, 2016).

C'est pourquoi on a créé les EBCS afin de niveler ces différences et de mettre en œuvre une approche axée sur la santé de la population qui vise à agir sur les déterminants sociaux de la santé, car ces facteurs et conditions ont une forte influence sur la santé et le bien-être en général (Raphael, 2016).

2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

Les déterminants sociaux de la santé (Raphael, 2016) comprennent, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :



Il a été démontré que les déterminants sociaux de la santé ont des répercussions majeures sur la santé des populations et qu'ils sont, dans certains cas, beaucoup plus puissants que ceux associés aux comportements typiques en matière de santé comme l'alimentation et l'activité physique (Raphael, D., Bryant, Mikkonen et Raphael, A., 2020).

Certains déterminants sociaux ont une influence plus forte que d'autres sur la santé et peuvent contribuer à des inégalités en matière de santé entre les groupes de population, ce qui est injuste.

Par conséquent, une perspective de santé de la population, examinée sous l'angle de l'équité en santé, examine différents groupes de personnes vivant dans une région (p. ex. celles vivant dans des zones isolées ou celles ayant un faible revenu) pour évaluer l'incidence des différents déterminants sociaux sur les résultats en matière de santé. Ces renseignements peuvent ensuite être utilisés pour déterminer les changements nécessaires au système de santé.

2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

Le processus d'EBCS

Le processus d'EBCS d'Horizon suit six étapes pour mobiliser de manière significative les collectivités pendant une EBCS, comme il est indiqué à la figure n° 1. Ces étapes structurent le processus tout en offrant la souplesse nécessaire pour s'adapter aux circonstances locales distinctes. À chaque étape du processus d'EBCS, les représentants communautaires participent à la prise de décisions clés, notamment la détermination des populations locales ciblées, la détermination des limites géographiques de la collectivité, ainsi que l'examen et la confirmation des besoins locaux en matière de santé. Pour en savoir plus sur le processus utilisé pour réaliser une EBCS, consultez le document technique EBCS d'Horizon disponible sur le site HorizonNB.ca/EBCS.

Le présent rapport met en lumière les quatre premières étapes du processus, après quoi les rapports subséquents saisisent l'information des deux étapes restantes.

01 Présenter	Promouvoir la prochaine EBCS
02 Lancer	Déterminer les membres de la collectivité qui peuvent soutenir la planification
03 Planifier	Planifier l'EBCS avec la collectivité
04 Apprendre	Recueillir et analyser des données
05 Communiquer	Diffuser les résultats de l'EBCS
06 Agir	Déterminer les mesures à prendre et former les collaborations nécessaires

2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

PRÉSENTER

But de l'étape

Au sein de la sous-région de SHEP

- Assurer la promotion de la prochaine EBCS dans la collectivité par l'intermédiaire des partenaires communautaires, de la publicité et des agents de développement communautaire d'Horizon.
- Organiser des séances d'information (en personne et virtuelles) pour informer les gens sur les EBCS.
- Diffuser par courriel une enquête en ligne sur la capacité d'engagement communautaire.

- On a envoyé une communication par courriel au sujet de la prochaine EBCS à 149 représentants communautaires, y compris le personnel régional et interne de la région.
- On a organisé deux séances d'information virtuelles pour les membres intéressés au sein de la collectivité. L'une s'est tenue pendant l'heure du dîner et l'autre le soir. Dix-neuf membres de la collectivité se sont inscrits aux séances.
- On a distribué une enquête à l'échelle de la collectivité qui a obtenu un taux de réponse de 40 %.

LANCER

- L'équipe de l'EBCS travaille avec les agents de développement communautaire locaux d'Horizon pour désigner les membres de la collectivité intéressés par le travail de cette étape.
- On examine les données quantitatives locales existantes.
- On détermine les limites de l'EBCS en collaboration avec la collectivité.
- On examine les résultats de l'enquête sur la capacité d'engagement communautaire de l'EBCS.
- On entame la désignation de membres supplémentaires de la collectivité qui pourraient aider à soutenir le travail de planification de l'EBCS.

- Cinq représentants de la collectivité ont participé à l'étape du lancement au cours de deux réunions.
- Les discussions ont porté sur les échéanciers, les limites, les rôles et les mesures prises par le passé découlant de l'ancienne EBCS.
- Les discussions ont également porté sur les recommandations à l'intention des membres pour qu'ils se joignent à l'équipe de planification.

PLANIFIER

- Mettre au point les limites de la collectivité de l'EBCS.
- Discuter de ce que sont la santé de la population et l'équité en santé, ainsi que de leur importance pour le processus d'EBCS.
- Discuter des questions qui ont une incidence sur la santé de la collectivité afin de faciliter la désignation des populations ciblées pour l'engagement de l'EBCS.
- Déterminer et confirmer les populations ciblées qui seront mobilisées pendant l'étape Apprendre.
- Déterminer les atouts communautaires qui soutiennent la santé.
- Déterminer les méthodes de communication qui serviraient le mieux la collectivité tout au long du processus d'EBCS.

- Onze représentants de la collectivité ont participé à l'étape de planification au cours de trois réunions.
- Les discussions et les activités ont porté sur la détermination des problèmes ayant une incidence sur la santé et le bien-être des populations locales.
- On a communiqué sur la discussion collaborative et la collecte des atouts communautaires.
- Les membres ont examiné le profil des services de santé et répertorié les populations ciblées dans la collectivité.
- On a confirmé les méthodes d'engagement.
- On a constitué le comité d'apprentissage communautaire (CAC).

2.0 Évaluation des besoins de la collectivité en matière de santé

APPRENDRE

But de l'étape

Au sein de la sous-région de SHEP

- Établir un CAC.
- Le CAC est composé de 10 à 25 membres de la collectivité qui ont des connaissances relativement aux populations ciblées et des relations avec celles-ci.
- Les membres du CAC conseillent l'équipe d'engagement de l'EBCS sur la manière de mobiliser les membres des populations locales ciblées, afin de pouvoir organiser des missions de collecte de données qualitatives appropriées.
- Recueillir des données qualitatives au sein de la collectivité pour connaître les besoins en matière de santé et de bien-être des groupes de population vivant dans la région.
- Entamer une discussion pour déterminer si les besoins en matière de santé déterminés dans le cadre de la collecte et de l'analyse des données sont pris en compte en tant que besoins au sein de la collectivité et fournir des commentaires.
- Élaborer un plan de communication pour diffuser les résultats de l'EBCS.

- Le CAC était constitué de 15 représentants communautaires.
- On a déterminé les populations ciblées pour l'EBCS.
- On a discuté des méthodes d'engagement et celles-ci ont été confirmées.
- Quelque 82 membres de la collectivité ont participé à 8 groupes de discussion.
- On a réalisé des entrevues individuelles avec 34 représentants de la collectivité.
- Onze collectivités ont participé.
- Le matériel de communication a été personnalisé pour chaque engagement, puis distribué au sein des collectivités.

3.0

Collecte et analyse de données

Les données qui appuient les EBCS sont à la fois quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives permettent de contextualiser les données quantitatives ainsi que d'autres hypothèses courantes sur la collectivité. Il s'agit de s'appuyer sur de nombreuses sources de données et de saisir les expériences vécues par les membres de la collectivité alors qu'ils mènent leur vie face au fonctionnement du système de santé, afin de fournir des renseignements clés sur ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas.

Pour la sous-région de SHEP, la collecte des données qualitatives a eu lieu d'avril à juin 2024, et leur analyse de juin à août 2024. Au cours de cette période, 82 personnes ont participé à 8 groupes de discussion, et on a réalisé 32 entrevues individuelles semi-structurées avec des membres de la collectivité ainsi que 2 entrevues semi-structurées avec des fournisseurs de services. On a mené 32 entrevues individuelles par téléphone, 1 avec Microsoft Teams et 1 en personne. Au total, 116 membres de la collectivité ont contribué à la collecte de données.

On a recruté les participants aux entrevues en utilisant une approche à plusieurs volets : publications sur les médias sociaux, affiches physiques dans des lieux centraux, technique d'échantillonnage en « boule de neige² » ou encore le bouche-à-oreille. On a utilisé une technique d'échantillonnage axée sur les objectifs pour recruter les participants aux groupes de discussion; c'est-à-dire qu'on a recruté des personnes issues de chacune des populations ciblées pour participer à des conversations précises; par exemple, un groupe de discussion s'adressait aux personnes âgées, un autre aux jeunes à risque, un autre aux habitants des zones rurales ou sous-rurales, etc.

Nous y sommes parvenus grâce aux recommandations des fournisseurs de services de la région, des experts communautaires locaux et des agents de développement communautaire d'Horizon. Les réunions des groupes de discussion étaient planifiées en fonction de la disponibilité des participants et à leur convenance. Par exemple, la réunion du groupe de discussion avec les jeunes à risque a eu lieu pendant un jour d'école, à un moment et dans un endroit où les jeunes étaient déjà réunis en tant que groupe. Les groupes de discussion pour les personnes âgées se sont réunis dans des lieux et à des moments où les groupes se réunissaient déjà, tandis que le groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap s'est réuni dans un endroit central et accessible.

Toutes les réunions des groupes de discussion ont eu lieu en personne. On a procédé à l'enregistrement audio et à la transcription mot à mot de tous les groupes de discussion et de toutes les entrevues. On a ensuite téléversé les transcriptions écrites dans le logiciel d'analyse qualitative Nvivo afin de les analyser par thèmes à l'aide de codes émergents. On a ensuite fusionné ces codes pour dégager des thèmes émergents en matière de besoins de santé. Un thème fait référence à un modèle précis de signification trouvé dans les données.

L'analyse thématique est une méthode permettant de cerner et d'analyser les modèles de signification dans un ensemble de données (Braun et Clarke, 2006). Dans le cas présent, l'ensemble de données correspond aux transcriptions des groupes de discussion, des entrevues et des observations sur le terrain. L'analyse thématique illustre quels thèmes sont importants dans cet ensemble de données et met en évidence les significations les plus saillantes (Daly et coll., 1997). Les thèmes sont donc des modèles de contenus explicites et implicites. Par exemple, certains participants ont dit explicitement ne pas avoir de téléphone cellulaire parce que le service sans fil mobile est trop mauvais dans leur collectivité, tandis que d'autres étaient plus implicites au sujet de l'utilité personnelle perçue d'avoir un téléphone cellulaire.

²La technique d'échantillonnage en « boule de neige » est une méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle les participants actuels à une étude sont invités à recommander d'autres participants à l'étude. Au sein de la sous-région de SHEP, on a demandé aux participants et aux partenaires communautaires de recommander d'autres personnes s'identifiant aux populations ciblées pour qu'elles se joignent au processus d'engagement.

3.0 Collecte et analyse de données

Prises dans leur ensemble, ces données témoignent du manque d'infrastructure de téléphonie cellulaire dans la collectivité et rentrent donc, dans le présent rapport, dans le thème (ou le besoin en matière de santé) des transports et des infrastructures. L'analyse thématique s'appuie sur du contenu à la fois explicite et implicite. La première analyse des données pour la sous-région de SHEP a permis de dégager 34 thèmes. La deuxième analyse a réduit ce nombre à 16, puis l'analyse finale à 7.

Pour trianguler la collecte de données, on a fait appel à des techniques de recherche observationnelle structurée et non structurée. Les observations sur le terrain peuvent être structurées, non structurées ou une combinaison des deux (Fetters et Rubinstein, 2019). Les observations structurées utilisent un modèle ou une feuille de travail déjà créée pour enregistrer des observations précises.

Dans la sous-région de SHEP, nous avons utilisé des notes prises sur le terrain pour les interactions des groupes de discussion afin d'enregistrer le langage corporel non verbalisé, les interactions sociales entre les participants, etc., et nous avons compté la répartition des participants selon le sexe. Les données d'observation non structurées utilisent les mots du chercheur pour formuler une description détaillée des phénomènes ou des événements (Fetters et Rubinstein, 2019). Ces mots et ces observations émergent de l'expérience du chercheur sur le terrain. Dans la sous-région de SHEP, le chercheur a parcouru les collectivités en voiture pour s'imprégner des routes, des parcs, des sentiers, des magasins, des boutiques, des cliniques de santé et des pharmacies; il a discuté avec les habitants et a fait l'expérience des collectivités de la région.

Thèmes émergents liés aux besoins en matière de santé



Je ne pense pas que nous ayons besoin de développer nos collectivités parce que les collectivités rurales devraient rester rurales, mais les résidents ruraux ont le droit de bénéficier des mêmes services. Nous n'aurons pas de chirurgien cardiaque ici, mais nous devrions avoir des médecins de famille. (participante à une entrevue)³

Nous avons dégagé les thèmes émergents liés aux besoins en matière de santé à partir de nombreuses voix concordantes pointant vers des enjeux comparables; ils proviennent des données qualitatives et représentent ce que les membres de la collectivité considèrent comme leurs priorités en matière de santé et de bien-être. Nous avons déterminé sept grands thèmes de santé propres à la sous-région de SHEP à partir de ces données.

Chaque thème lié aux besoins en matière de santé propose un tableau plus détaillé qui décrit les besoins précis qui rentrent dans ce thème avec, dans certains cas, des solutions ou des suggestions pour répondre à ce besoin.

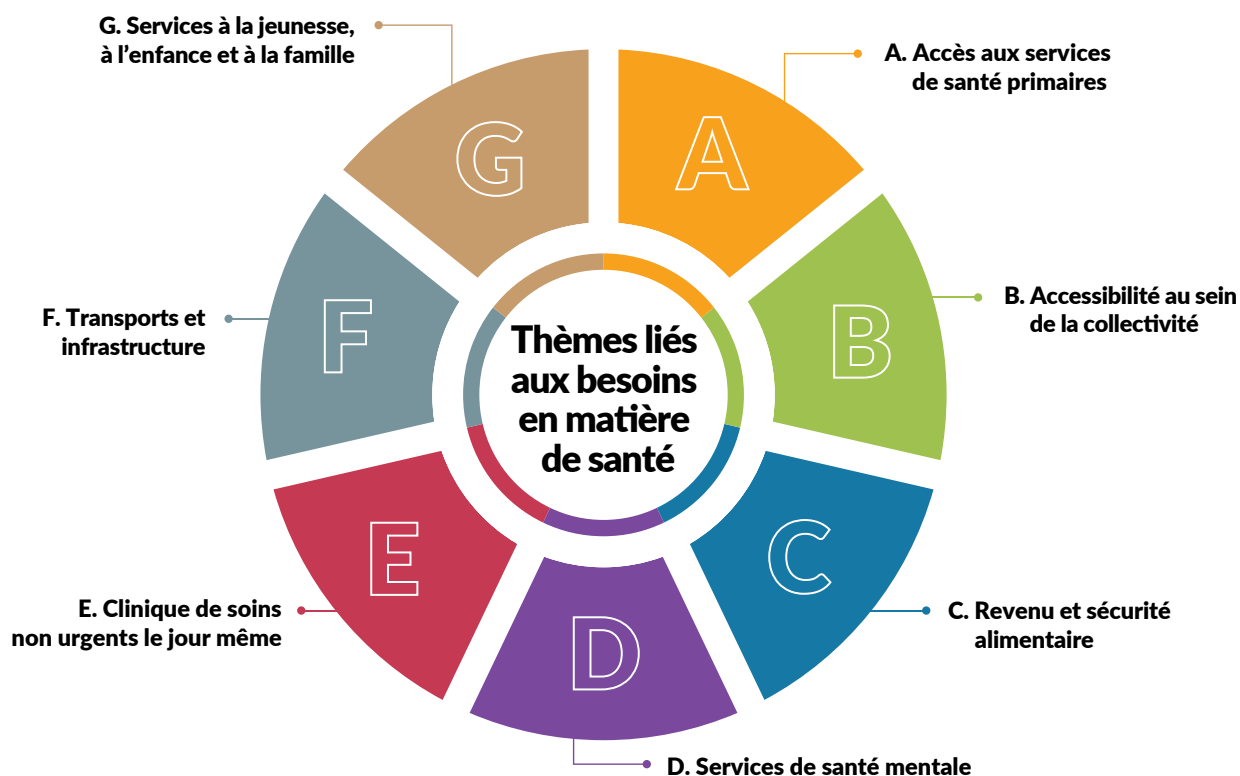
³Nous avons modifié la grammaire, la longueur et la clarté de certaines citations des participants à l'EBCS afin d'améliorer leur lisibilité. Nous avons fait de notre mieux pour préserver le sens et l'intention d'origine de ces citations.

3.0 Collecte et analyse de données

Remarque : Les solutions ou les suggestions fournies émanent des membres de la collectivité qui ont participé à l'enquête et non des auteurs du rapport. Les besoins émergents en matière de santé sont classés par ordre alphabétique et non par ordre de priorité.

Les sept thèmes de santé cernés sont les suivants :

- Accès aux services de santé
- Accessibilité dans la collectivité
- Revenu et sécurité alimentaire
- Services de santé mentale
- Clinique de santé non urgente le jour même
- Transports et infrastructure
- Services à la jeunesse, à l'enfance et à la famille



A.

Accès aux services de santé primaires

« **Le problème, c'est l'accès aux services de santé. Il n'y a pas de services pour nous, et nous souffrons en silence. Et c'est horrible, horrible de ressentir ça.** (participant à une entrevue)

Avoir accès en temps opportun à des services de soins de santé de grande qualité n'est pas seulement un déterminant social de la santé, c'est aussi un droit humain fondamental (Raphael, 2016). Malheureusement, depuis quelques dizaines d'années, l'accès aux services de santé primaires est de plus en plus difficile, au Nouveau-Brunswick comme dans le reste du Canada. Le recrutement de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé s'avère particulièrement difficile dans les régions rurales et sous-rurales.

« **La plupart des gens ici sont plutôt résignés à ne pas avoir assez de services médicaux.** (participante à une entrevue)

D'autres personnes dans les groupes de discussion communautaires ont souligné que ce n'était pas tant la qualité des soins, mais plutôt le manque d'accès qui rendait difficile le fait de rester en bonne santé. La conversation la plus dérangement s'est déroulée au sein du groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap, où les personnes en situation de handicap ayant un accès limité aux soins de santé exprimaient un désespoir grandissant.

« **Je ne pense pas que nous manquions de soins de qualité. Je pense que c'est plus l'accessibilité qui est en cause.** (participant au groupe de discussion pour les personnes âgées)

Et maintenant que l'aide médicale à mourir (AMM) existe, il y a des personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas obtenir de soins de santé, qui n'ont pas de revenu. Elles présentent une demande d'AMM. (participante au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

Dans le cadre de ce besoin en matière de santé, l'accès aux services de santé primaires englobe non seulement l'accès physique pour voir un médecin ou un fournisseur de soins primaires, mais aussi l'accès aux services spécialisés et les longs temps d'attente.

Accès aux médecins de famille

Un thème récurrent dans beaucoup de réunions de groupes de discussion et d'entrevues individuelles était à quel point il était difficile de prendre rendez-vous avec un médecin de famille. Les problèmes rencontrés pour joindre les médecins de famille par téléphone et prendre rendez-vous ont été mis en avant par les participants qui utilisent les services des professionnels de la santé d'Horizon et par ceux qui ont recours à des médecins exerçant en cabinet privé. Ils ont exprimé une demande de plus d'heures de disponibilité au téléphone et de méthodes différentes de prise de rendez-vous.

« **C'est surtout que les heures de réponse téléphonique sont stupides. C'est sans doute le plus gros obstacle aux soins de santé – prendre rendez-vous. Ce serait quelque chose de tellement, tellement simple : juste répondre au téléphone pendant plus d'heures. C'est ce qui ferait le plus la différence, parce que c'est le premier point de contact. Et si vous devez faire autant d'acrobaties pour obtenir ce premier contact, sans parler de l'année que vous allez passer sur la liste d'attente, alors vous allez vous décourager très rapidement et vous ne cherchez plus aucun type d'aide du tout.** (participant à une entrevue)

A.

Accès aux services de santé primaires

« Les heures de réponse au téléphone sont absolument ridicules. Vous ne pouvez pas appeler avant d'aller au travail parce qu'ils ne commencent pas avant 9 h ou 9 h 30. Vous ne pouvez pas appeler après le travail parce qu'ils arrêtent de répondre à 15 h 30, et vous ne pouvez pas appeler pendant le dîner parce qu'ils ne répondent pas entre 12 h et 13 h 30. Donc, vous finissez par ne pas aller chez le médecin parce que vous devez réserver du temps libre juste pour prendre le rendez-vous, et je ne parle même pas du temps pour aller au rendez-vous. (participante à une entrevue)

Les participants ont exprimé leur frustration quant au nombre limité d'heures de la journée pendant lesquelles on leur répondait au téléphone pour prendre rendez-vous, expliquant que la situation est incroyablement difficile pour les personnes qui n'ont aucune souplesse dans leurs horaires de travail pendant la journée pour prendre des rendez-vous.

« Un matin, je me suis assis et j'ai passé deux heures entières à faire et refaire le même numéro, et je n'ai pas réussi à parler à quelqu'un. Il restait une fenêtre de 15 minutes dans l'après-midi et là j'ai eu un rendez-vous, pour un mois et demi plus tard. À quoi bon? (participant à une entrevue)

Quand vous essayez de prendre rendez-vous, ils prennent des appels deux jours par semaine pendant deux heures le matin et deux heures dans l'après-midi. Et vous rappelez, rappelez, rappelez et rappelez parce que le téléphone est toujours occupé. Il y a tant de gens qui téléphonent pour essayer de voir un médecin parce qu'il en manque tellement. (participante à une entrevue)

Je suis sûr qu'il y a des tas de gens qui ont des problèmes qu'ils ignorent parce qu'ils ne veulent pas se compliquer la vie à essayer d'obtenir un rendez-vous. (participant au groupe de discussion pour les jeunes à risque)

Le défi de l'accès ne prend pas fin après la prise de rendez-vous; il continue avec le temps et la distance pour s'y rendre, puis le sentiment d'être expédié une fois dans le cabinet médical.

« Je ne vais voir mon médecin de famille que si c'est absolument nécessaire. La plupart du temps, je me contente de souffrir en silence parce que c'est à une heure de route. (participante à une entrevue)

Lorsque vous arrivez enfin à voir votre médecin de famille, vous ne pouvez lui présenter qu'un seul problème à la fois. Vous sentez tellement qu'il est pressé, que vous n'aurez que quelques minutes, et que vous devez vous souvenir de tous les points. Et puis, dès que vous sortez du cabinet, vous réalisez que vous avez oublié de dire le point important. Vous êtes une personne. Je ne connais personne qui ait un seul problème. Ce n'est pas raisonnable. (participant au groupe de discussion pour les personnes âgées)

Comme mon médecin de famille a énormément de patients, c'est difficile de discuter de mes préoccupations au sujet de ma santé ou de la santé de mon enfant. (participante à une entrevue)

Ce que les deux citations ci-dessus expriment c'est l'anxiété que les gens ressentent une fois qu'ils ont pris le rendez-vous, car ils sentent que leurs problèmes de santé seront traités en un temps limité.

A.

Accès aux services de santé primaires

Longs temps d'attente

La longueur des temps d'attente avant de voir un fournisseur de soins primaires ou un spécialiste suscite de plus en plus de frustration chez les membres de la collectivité de la sous-région de SHEP.



La longueur des listes d'attente et la difficulté à prendre rendez-vous au téléphone et à organiser les choses, voilà ce qui transforme les soins de santé en défi. (participant à une entrevue)

Les temps d'attente sont insupportables. Ce n'est tout simplement pas juste. Les gens souffrent pendant très longtemps parce qu'ils n'obtiennent pas de diagnostic, et on ne peut pas les traiter tant qu'on ne les a pas diagnostiqués. (participante à une entrevue)

Comment se fait-il que, dans cette société, dans l'une des plus grandes puissances mondiales, il faille attendre deux ans au minimum pour obtenir un diagnostic? (participant à une entrevue)

Une chose est d'attendre quand vous savez ce qui va se passer au final. Mais c'est différent quand vous êtes juste en train d'attendre et que vous ne savez même pas qui est le médecin que vous allez voir... C'est juste que vous ne savez jamais qui [quel spécialiste] vous allez voir au bout de cette attente. (participante à une entrevue)

Au cours d'une réunion du groupe de discussion pour les personnes âgées et au cours d'une entrevue individuelle, plusieurs participants ont demandé la possibilité d'un suivi lorsqu'un patient est aiguillé vers un spécialiste. Souvent, le patient n'est pas informé du spécialiste vers lequel son médecin de famille l'aiguille, et il n'est pas rare qu'un patient attende de quatre à huit mois avant que ce spécialiste communique avec lui pour fixer un rendez-vous qui aura lieu après un nouveau temps d'attente. Les participants ont demandé que les patients soient informés dès qu'ils sont aiguillés vers un spécialiste, en précisant de quel spécialiste il s'agit et combien de temps ils pourraient devoir attendre avant ce rendez-vous. Ils ont également demandé de pouvoir faire un suivi pendant cette période au cas où les problèmes de santé du patient changeraient.



On tient très peu compte du temps qui passe entre le moment où quelqu'un prend rendez-vous et le moment où il va au rendez-vous. Il n'y a pas de suivi prévu pour voir ce qui a changé, ni de confirmation que la personne est toujours sur la liste. (participant au groupe de discussion pour les personnes âgées)

À maintes reprises, les participants ont demandé la possibilité de recourir aux services et aux professionnels paramédicaux en complément des services de soins de santé existants. Certains services paramédicaux sont nécessaires pour des mesures préventives, d'autres pour le maintien d'une bonne santé. Plus précisément, leurs demandes portaient sur des services de sages-femmes, de physiothérapeutes et de diététistes.



Mon plus grand souhait serait que nous ayons accès à des sages-femmes ici parce que, même si je voulais accoucher à domicile, par exemple, je ne pourrais pas le faire parce que je suis à une heure de l'hôpital le plus proche. (participante à une entrevue)

A.

Accès aux services de santé primaires



Dans les régions rurales, il n'y a absolument aucun accès à la physiothérapie. C'est un obstacle majeur, non seulement pour les personnes âgées qui ont subi des remplacements du genou ou de la hanche, mais aussi pour les jeunes enfants qui en ont besoin. Il y a un vide dans la collectivité parce que la plupart des personnes âgées n'iront pas jusqu'à Moncton et n'affronteront pas les problèmes de stationnement à l'hôpital. Il n'y a tout simplement rien de disponible ici.
(participant à une entrevue)

Il n'y a tout simplement pas d'accès général ici, et il est vraiment inacceptable de devoir attendre huit mois pour parler à une diététiste, sans parler de mon rendez-vous avec un endocrinologue que j'ai obtenu après un an d'attente. (participante à une entrevue)

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Accès aux fournisseurs de soins primaires	
<ul style="list-style-type: none">• Manque de médecins de famille, d'infirmières praticiennes et de fournisseurs de soins primaires dans les collectivités rurales.• Longs temps d'attente pour voir les fournisseurs de soins primaires et accéder à la plupart des services d'Horizon.• Manque de modalités offertes aux patients pour prendre rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires.• Trop peu d'heures proposées pendant la journée pour prendre des rendez-vous par téléphone pour les personnes dont l'emploi du temps n'est pas souple.• Manque d'accès aux fournisseurs de soins primaires qui peuvent renouveler les ordonnances pour les personnes sans médecin de famille.• Manque de communication avec le patient lorsqu'il est aiguillé vers un spécialiste.	<ul style="list-style-type: none">• Mettre sur pied une clinique de soins non urgents le jour même à Petitcodiac ou à Salisbury avec un accès rapide à une infirmière immatriculée, une infirmière praticienne ou un médecin en fonction du problème médical.• Permettre la prise de rendez-vous en ligne au Centre de santé de Petitcodiac d'Horizon.• Donner la possibilité de laisser des messages pour prendre des rendez-vous médicaux au Centre de santé de Petitcodiac et dans d'autres cabinets de médecins.• Augmenter le nombre d'heures disponibles pour la prise de rendez-vous par téléphone au Centre de santé de Petitcodiac et dans d'autres cabinets de médecins.• Avoir un protocole de suivi pour que les gens voient où ils se trouvent sur les listes d'attente pour les spécialistes.• Fournir plus de « tableaux de bord » sur les temps d'attente pour les rendez-vous chez les spécialistes, les attentes aux urgences, etc.
Accès aux services paramédicaux	
<ul style="list-style-type: none">• Manque d'accès aux soins fournis par des sages-femmes, de disponibilité et de connaissance de ces soins dans les régions rurales.• Accès limité aux services de physiothérapie dans les régions rurales.	<ul style="list-style-type: none">• Proposer des soins fournis par des sages-femmes dans les régions rurales.• Offrir des services de physiothérapie, en particulier pour les soins postopératoires et la réadaptation des jeunes, en milieu rural.

B.

Accessibilité au sein de la collectivité

« **Il semble tout simplement contre-intuitif qu'à mesure que nous vieillissons, nous ayons besoin de plus d'aide pour nous déplacer. Tout le monde vieillit. Nous allons tous dans cette direction. Si vous rendez un service accessible, il sera accessible à tout le monde.** (participant au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

Les discussions ont souvent porté sur les préoccupations concernant l'accès non seulement aux services et aux installations de santé, mais aussi aux entreprises privées en général. L'accessibilité au sein de la collectivité, dans ce contexte, signifie un éventail de choses, comme les mesures de soutien pour vieillir en bonne santé, les mesures de soutien continues pour les adultes en situation de handicap, l'essor des services d'aide à la vie autonome, l'augmentation du parc de logements pour les personnes âgées et à mobilité réduite.

Plusieurs populations ciblées ont évoqué ces besoins, notamment les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les ménages à revenus limités, les personnes avec de jeunes enfants à charge, les personnes vivant en milieu rural et sous-rural, les personnes s'occupant de membres âgés de leur famille et celles qui gèrent des maladies chroniques. Ces participants ont parlé de leur désir de continuer à vivre dans la sous-région de SHEP et de vieillir dans leur collectivité. On constate cependant une crainte réelle que les gens ne seront pas en mesure de le faire sans un accès amélioré, qui tient compte de leurs limitations physiques et de leurs handicaps.

« **Ma mère est âgée et très nerveuse à l'idée que je demande de l'aide au gouvernement. Elle a peur que des représentants du gouvernement viennent lui dire qu'elle ne peut pas rester chez elle. Cette crainte se retrouve chez de nombreuses personnes âgées.** (participante à une entrevue)

Ce n'est pas que les gens ne veulent pas aider, notre infrastructure est juste vieille. Il y a des années, nous n'avions pas besoin de grand-chose parce que les personnes qui avaient des problèmes de mobilité ne quittaient tout simplement pas leur maison. (participant au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

Les personnes âgées qui vivent dans la sous-région de SHEP ont parlé de leur désir de vieillir dans leur collectivité, mais surtout de vieillir chez elles. Pour qu'il soit possible de vieillir à la maison, les participants demandent que plus d'options de logement pour personnes âgées et à mobilité réduite soient disponibles au sein de la collectivité et, d'ici là, ils demandent un meilleur accès au soutien à domicile.

« **Il serait très utile d'avoir un service de soins à domicile où quelqu'un vient chez vous deux ou trois fois par semaine. Il y a des agences dans les environs, mais il est plus difficile d'amener les gens à travailler dans une région rurale qu'en ville parce qu'ils devront conduire beaucoup plus.** (participante à une entrevue)

Des participants ont suggéré qu'une prestation de services de santé mobiles à des heures et à des endroits réguliers dans les collectivités rurales serait bénéfique pour le vieillissement dans la collectivité. Un tel service devrait comprendre le suivi, le dépistage et le diagnostic ainsi que la capacité de traiter les affections mineures, comme les angines à streptocoque, les irritations cutanées, etc., au besoin. Les services de santé mobiles doivent être situés dans une zone centrale et facile d'accès.

B.

Accessibilité au sein de la collectivité



Si vous êtes une personne âgée qui ne peut plus conduire, votre accès à quoi que ce soit est extrêmement limité. Une fois que vous ne pouvez plus conduire, la capacité de rester dans votre propre maison est limitée. Vous avez besoin que votre famille soit à proximité pour vous soutenir. Cela limite vraiment la capacité des gens à rester chez eux et à ne pas être forcés à s'installer dans un foyer de soins ou une résidence-services. (participant au groupe de discussion pour les personnes âgées)

Les participants ont exprimé de l'intérêt pour des ateliers trimestriels (ou semestriels) d'information et d'éducation en matière de santé. Ces séances aborderaient des sujets tels que la lutte contre le rhume et la grippe, des conseils nutritionnels généraux, l'éducation sur le diabète, le soin des plaies, comment et où accéder aux programmes et services de santé d'Horizon, entre autres sujets de santé et de mieux-être qui seraient choisis par la collectivité.



Je pense qu'il serait indispensable d'avoir une personne dans chaque collectivité à qui on pourrait poser n'importe quel type de question en lien avec la santé et qui vous dirigerait vers une ressource qui serait à votre portée et avec laquelle vous pourriez communiquer réellement. (participante à une entrevue)

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Services supplémentaires de soins à domicile	
<ul style="list-style-type: none"> • Roulement excessif du personnel de soins à domicile et de soutien aux personnes en situation de handicap en raison du manque de désir de se rendre dans les régions rurales. • Pas assez de communication ou d'information sur les soutiens disponibles dans la collectivité pour vieillir à la maison. • Pas assez de communication ou de publicité sur les priorités du gouvernement en matière de vieillissement chez soi. • Plus d'aide requise pour que les personnes âgées passent des commandes d'épicerie en ligne avec livraison à domicile. • Système de communication inadéquat pour les personnes âgées et les autres personnes isolées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le salaire des personnes qui fournissent des soins à domicile dans les régions rurales. Offrir de plus grandes incitations financières aux professionnels qui servent les collectivités rurales. • Offrir des ateliers de groupe ou de l'aide individuelle pour les commandes d'épicerie en ligne aux personnes âgées qui vivent près d'épiceries qui proposent des livraisons. • Offrir des « vérifications de bien-être » pour les personnes isolées, et un service à domicile sans rendez-vous pour voir comment elles gèrent la vie quotidienne.
Accroître les mesures de soutien et les subventions pour les personnes en situation de handicap	
<ul style="list-style-type: none"> • Les montants des subventions pour le matériel médical sont incohérents, les patients doivent payer leur matériel à l'avance, puis attendre le remboursement. • Incohérence et manque de programmes et de services spécialisés pour les personnes ayant des besoins spéciaux (adultes ayant une déficience intellectuelle, etc.) – en particulier en ce qui concerne le logement avec soutien et l'aide à la vie autonome. • Manque de résidences-services et de collectivités où les gens peuvent vieillir chez eux avec du soutien, ou dans lesquelles les adultes en situation de handicap (physique et intellectuel) peuvent vivre et recevoir du soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir du matériel médical gratuit aux personnes qui en ont besoin, ou une méthode avec laquelle les gens n'auraient pas à payer de leur poche pour le matériel dont ils ont besoin, puis à attendre d'être remboursés. Beaucoup de gens ne peuvent pas se permettre le coût élevé demandé à l'avance. • Fournir des programmes et des services spécialisés pour les personnes ayant des besoins spéciaux (adultes ayant une déficience intellectuelle, etc.) – en particulier en ce qui concerne le logement avec soutien et l'aide à la vie autonome. • Construire des résidences-services et des collectivités où les gens peuvent vieillir chez eux avec du soutien, ou dans lesquelles les adultes en situation de handicap (physique et intellectuel) peuvent vivre et recevoir du soutien.

C.

Revenu et sécurité alimentaire

« Je sais bien que la lutte contre la pauvreté n'est pas de votre domaine [chez Horizon], mais je pense que l'ajouter en tant que considération dans chaque activité que vous [Horizon] faites ferait une énorme différence. (participante à une entrevue)

Le revenu est sans doute le principal déterminant social de la santé. Le niveau de revenu d'un ménage façonne ses conditions de vie globales; il a une incidence sur son fonctionnement psychologique et influence ses comportements en matière de santé (Sawchuk, 2019).

« Nous devons frauder pour obtenir ce dont nous avons besoin. (participant à un groupe de discussion)

Je vis ici parce que mes parents vivent ici et je ne peux pas me permettre de louer ailleurs.
(participant à une entrevue)

Lorsque les gens de la sous-région de SHEP ont parlé de revenus, les groupes de discussion comme les participants aux entrevues individuelles ont évoqué l'économie souterraine. Ici, l'économie souterraine fait référence au travail payé en espèces et au recours au troc.

« Vous n'allez certainement pas vous enrichir avec du travail payé en espèces. Vous essayez juste de joindre les deux bouts ou bien vous faites un petit extra pour pouvoir vous permettre un moment chouette avec vos enfants. (participante à une entrevue)

Ces méthodes pour obtenir de l'argent sont désormais normalisées et jugées nécessaires pour survivre dans la collectivité.

« Dans la région [SHEP], il y a beaucoup de gens qu'on pourrait considérer comme des personnes à faible revenu, mais qui ne se considèrent pas nécessairement comme tels parce que ça a toujours été comme ça, et c'est vrai pour tous les voisins aussi. Les gens ont un revenu moyen; or, il se trouve que le revenu moyen est faible, faible comme le seuil de pauvreté. (participant à une entrevue)

Les participants ont expliqué en quoi les subventions gouvernementales et les banques alimentaires locales, bien qu'utiles, n'étaient pas suffisantes pour vivre. .

« Et puis, nous essayons de ne pas perdre notre maison, comme tout le monde. Nous allons à la banque alimentaire. Et ce n'est pas suffisant. Et nos amis nous aident. (participante au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

Je trouve que même l'aide sociale ne fournit pas assez de soutien pour gérer notre mode de vie.
(participante à une entrevue)



Revenu et sécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire, qui signifie avoir un accès limité ou incertain à une nourriture adéquate, est associée à de moins bons résultats en matière de santé et à un risque plus élevé de maladie chronique (NAMI, 2024). Lorsqu'une personne n'a pas suffisamment accès à des aliments sains, cela peut avoir une incidence négative sur sa santé physique, mentale et sociale, et cela peut aussi coûter cher au système de santé. Par exemple, les personnes qui n'ont pas accès à des aliments sains sont moins susceptibles d'avoir une bonne nutrition. Un mauvais régime alimentaire augmente le risque de développer des maladies chroniques liées à l'alimentation, telles que les maladies cardiaques, le diabète de type 2, l'obésité et certains types de cancers, ce qui peut réduire la qualité de vie et l'espérance de vie des personnes concernées.



Une bonne vie pour moi c'est pouvoir payer son épicerie. (participant à une entrevue)

Nous essayons de bien manger, ce qui peut être dur. Ce peut être un défi, d'acheter de la nourriture. (participante à une entrevue)

Dans notre épicerie locale, le prix de la nourriture a littéralement explosé.
(participant à une entrevue)

Nous n'avons pas accès à des aliments sains. On va à la banque alimentaire, donc on obtient des fruits de cette façon, ou parfois s'ils sont en vente, on en achète un peu. (participante à une entrevue)

Les banques alimentaires, les garde-manger communautaires, les organisations religieuses et peut-être d'autres personnes et organisations fournissent de la nourriture aux personnes de la collectivité qui sont dans le besoin. Cependant, le fait de devoir compter sur ces sources pour se nourrir crée souvent un sentiment de stigmatisation et de honte chez les personnes qui utilisent ces services.



C'est une petite collectivité, vous vous demandez si quelqu'un va vous voir [utiliser la banque alimentaire] et alors toute la ville en entendra parler. Tout d'un coup vous ne serez plus une bonne mère parce que vous devez demander de l'aide. Et vous vous interrogez sur ces petites choses.
(participante à une entrevue)

L'un des participants aux entrevues a parlé d'apporter la sécurité alimentaire dans les écoles et de commencer par là : suggérer des programmes alimentaires quotidiens à tous les élèves et faire de la sécurité alimentaire un élément à part entière du programme scolaire.



Si on pouvait se concentrer sur le fait de nourrir les enfants et de leur apprendre à bien se nourrir, on éliminerait beaucoup de problèmes de santé chroniques à long terme. C'est la base, commencer par la nourriture. (participant à une entrevue)

La pauvreté et les inégalités sont des causes sous-jacentes de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition. La pauvreté a une incidence négative sur la qualité nutritionnelle des régimes alimentaires. Les inégalités de revenus, en particulier, augmentent la probabilité d'insécurité alimentaire, surtout dans les groupes socialement exclus et marginalisés.



Nous ne faisons que survivre. (participante au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)



Revenu et sécurité alimentaire

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Sécurité de revenu	
<ul style="list-style-type: none">• Avoir les moyens de satisfaire les besoins de base pour les familles avec enfants.• Absence d'un programme de revenu garanti, dans lequel le gouvernement donne aux gens une somme d'argent de base pour couvrir tous leurs besoins fondamentaux (logement, nourriture, soins médicaux).	<ul style="list-style-type: none">• Augmenter la somme versée aux familles qui ont recours à l'aide sociale.• Augmenter le montant que les gens peuvent gagner pendant qu'ils bénéficient de l'aide sociale.
Sécurité alimentaire	
<ul style="list-style-type: none">• Les banques alimentaires ne fournissent pas assez de fruits et légumes frais.• Les banques alimentaires ne fournissent pas assez de collations adaptées aux enfants et adaptées à l'école.• Les gens ne savent pas comment se faire à manger ou n'ont pas les ressources (casseroles, marmites) pour cuisiner leur propre nourriture.	<ul style="list-style-type: none">• Créer un programme de sécurité alimentaire dans les écoles locales qui offre le petit déjeuner et le dîner à tous les élèves. S'assurer que cette nourriture est saine.• Utiliser des produits agricoles locaux dans les programmes alimentaires.• Mettre en œuvre un programme de formation dans les écoles secondaires qui mette les élèves en contact avec des aliments produits localement.• Donner des cours sur l'agriculture durable à l'école secondaire.• Pendant l'année scolaire, augmenter le nombre de collations sécuritaires distribuées à l'école pour les familles qui utilisent la banque alimentaire.• Organiser des ateliers sur la cuisine saine à bas coût.• Organiser plus de soupers communautaires gratuits ou peu coûteux.

D.

Services de santé mentale

Une bonne santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être humains (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014). On parle souvent de santé mentale de manière générale, pour englober beaucoup de choses, mais, à la base, il s'agit de la façon dont les gens sont capables de faire face aux défis et aux possibilités de la vie. La santé mentale d'une personne, y compris bon nombre de troubles mentaux courants, est façonnée par les effets de divers environnements sociaux, économiques et physiques à différentes étapes de la vie (OMS, 2014).



J'ai juste besoin d'aide et je ne sais pas où l'obtenir. (participante à une entrevue)

Prendre des mesures et fournir un soutien continu et complet pour améliorer les conditions de la vie quotidienne avant même la naissance, pendant la petite enfance, à l'âge scolaire, pendant la constitution de la famille, lorsque les gens sont en âge de travailler et à un âge plus avancé offre des possibilités pour améliorer la santé mentale de la population et pour réduire le risque de manifestation des troubles mentaux qui sont associés aux inégalités sociales (OMS, 2014).



Je suis en invalidité de longue durée, évidemment, parce que je ne fonctionne pas très bien. Et donc je panique facilement et je perds mes moyens. Je participe à un groupe en ligne de soutien par les pairs avec d'autres personnes atteintes de maladie mentale. Ce groupe m'aide parce que je n'ai pas à me déplacer, d'autant que je me fatigue facilement. C'est épuisant.

(participant à une entrevue)

Au cours du processus de consultation, la santé mentale a été abordée de deux façons distinctes : directement et précisément d'une part, et indirectement et avec un certain dédain d'autre part. Les entrevues ont traité ouvertement des questions entourant les services de santé mentale; en revanche, les manifestations précises des problèmes de santé mentale dans la collectivité ont rarement été mentionnées dans les groupes de discussion et jamais parmi les personnes âgées. L'incapacité à cerner les problèmes de santé mentale dans un contexte de groupe suggère que la stigmatisation de ces problèmes existe sans doute encore dans la collectivité et qu'il pourrait y avoir des possibilités de favoriser la sensibilisation et l'acceptation au sein de la collectivité.



Un groupe de soutien en santé mentale, même s'il ne se réunit qu'une fois par semaine, juste pour nouer des liens avec les gens, pour que je ne me sente pas autant isolée. (participante à une entrevue)

Lorsque la santé mentale a été abordée ouvertement dans les entrevues individuelles, les participants ont demandé plus de soutien en santé mentale dans la collectivité, plus de travailleurs en santé mentale dans la collectivité et dans les écoles, plus de thérapies de groupe, plus de thérapies financées par l'État et plus d'ateliers communautaires.



Je ne ressens pas beaucoup de soutien [santé mentale et lien social] de mon équipe d'oncologie, malheureusement, au-delà de l'aspect purement médical. Elle accorde la priorité au traitement physique, pas nécessairement émotionnel. Je n'ai tout simplement plus l'impression que la partie humaine est encore là. J'ai besoin d'une équipe qui se soucie un peu plus de moi. (participant à une entrevue)

À l'hôpital à Moncton, je trouve qu'il n'y a pas grand-chose de prévu pour créer des liens avec les autres personnes qui traversent des épreuves. Je trouve qu'il n'y a pas grand-chose pour les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale, et on ne m'a rien proposé.

(participante à une entrevue)

D.

Services de santé mentale

Lorsque les problèmes de santé mentale émergeaient de façon plus nuancée dans les groupes de discussion, c'étaient avec des personnes âgées qui évoquaient l'éventualité de devoir se rapprocher des services de santé et donc de devoir quitter leur domicile et leur collectivité où elles vivaient depuis plus de 40 ans. Les habitants des régions rurales ont exprimé leur anxiété et leur incertitude au sujet des concentrations de radon dans leurs maisons, et de leur incapacité à payer les mesures correctives à même de résoudre le problème.

Le stress et l'anxiété en lien avec l'état des routes, qui complique la venue de services ambulanciers chez eux s'ils sont dans le besoin, ou encore le manque de couverture de téléphonie cellulaire ne serait-ce que pour communiquer avec les services d'urgence; c'est à ce moment-là que la santé mentale est apparue comme un thème de santé.

« **Le panneau ne prévient pas que le pont n'existe plus, il dit juste qu'il y a une déviation. J'ai parlé à la dame qui vit dans la maison juste à côté. Si jamais elle ou son mari faisait une crise cardiaque, ou s'ils avaient besoin de quoi que ce soit, ils seraient morts avant qu'une ambulance ne les trouve parce que maintenant ils [les services d'urgence] doivent faire le tour [par une longue déviation].**
(participant au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

Par ailleurs, les problèmes de santé mentale liés à la peur et à l'incertitude ont été soulevés lorsque des parents d'enfants en situation de handicap parlaient du fait qu'ils vieillissaient et qu'ils allaient mourir sans savoir qui prendrait soin de leurs enfants ayant des besoins spéciaux. De façon indirecte, les personnes âgées ont parlé du fait de ne plus avoir de médecin de famille, au moment précis où elles en avaient le plus besoin.

« **Je n'ai plus de médecin aujourd'hui, pourtant j'aurais besoin de conseils médicaux.**
(participante à une entrevue)

Une mère de famille a expliqué qu'elle était stressée à l'idée de ne plus pouvoir se permettre les séances de thérapie privées pour son enfant. Ces préoccupations de la vie de tous les jours sont des facteurs de stress quotidiens pour les citoyens de la sous-région de SHEP, mais ils n'ont que peu ou pas de soutien en santé mentale disponible dans la collectivité.

« **L'argent est ce qui empêche mon fils de trouver des services de santé mentale.**
(participant à une entrevue)

Comme pour la santé mentale, le sujet des dépendances n'a pas été ouvertement abordé dans la plupart des entrevues, sauf dans le groupe de discussion pour les jeunes à risque, ce qui suggère que les dépendances ne sont pas répandues dans la sous-région de SHEP. Néanmoins, les données statistiques du CSNB (2022) montrent que la sous-région de SHEP a des taux plus élevés de tabagisme, de vapotage, de consommation abusive d'alcool et de consommation de cannabis que le reste de la province.

« **À mon sens, il pourrait toujours y avoir plus de services de traitement des dépendances, parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui vivent dans la pauvreté et l'insécurité alimentaire et qui ont besoin d'y faire face. Beaucoup de gens affrontent ces situations d'une manière qui n'est pas saine... Mais si nous ne nous attaquons pas aux causes profondes, alors je dirais qu'il faut enseigner aux gens comment y faire face.** (participante à une entrevue)

D.

Services de santé mentale

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Disponibilité des services de santé mentale et accès à ces services	
<ul style="list-style-type: none">• Manque de groupes, de ressources et de programmes de soutien gratuits en santé mentale.• Pas assez d'accès gratuit ou à coût réduit aux conseillers en santé mentale.• Pas d'accès en temps opportun aux psychologues et aux psychiatres ou manque de disponibilité de ces professionnels; longs temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous.• Pas d'accès aux conseillers en santé mentale et psychologues pour enfants, ou manque de disponibilité de ces professionnels; longs temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous.• Manque d'accès en temps opportun à des tests et diagnostics financés pour l'autisme, le trouble du déficit de l'attention et l'hyperactivité	<ul style="list-style-type: none">• Augmenter le nombre de groupes de soutien en santé mentale se réunissant en personne et en ligne dans la région.• Proposer différents groupes de soutien en santé mentale (p. ex. pour les jeunes, les personnes en situation de handicap, les personnes en deuil ou qui ont vécu une perte, les nouveaux parents, les personnes souffrant d'anxiété et de dépression, etc.).• Faire en sorte que les groupes de soutien ou les séances de santé mentale soient animés par un conseiller en santé mentale qualifié.• Organiser des services de soutien en santé mentale à intervalles réguliers (p. ex. un groupe de soutien qui se réunit tous les mardis à 14 h) afin que les gens sachent quand ils se tiennent et puissent venir à l'occasion.
Espaces communautaires disponibles pour se rassembler	
<ul style="list-style-type: none">• Manque d'espaces sûrs et non confessionnels disponibles pour se rassembler.	<ul style="list-style-type: none">• Créer des espaces communautaires non confessionnels pour se rassembler.• Rouvrir la bibliothèque publique de Petitcodiac.
Services communautaires de lutte contre les dépendances	
<ul style="list-style-type: none">• Manque de programmes, de services et de ressources communautaires pour lutter contre les dépendances.	<ul style="list-style-type: none">• Groupes de soutien ou ateliers sur les capacités d'adaptation, la résilience, etc.

E.

Clinique de soins non urgents le jour même

« *J'aimerais qu'il y ait quelqu'un vers qui se tourner si vous avez un besoin urgent – vous n'allez pas mourir, mais il y a quelque chose d'urgent qui fait que vous avez besoin de soins médicaux ce jour-là, pour que vous n'ayez pas besoin d'aller aux urgences.* (participante au groupe de discussion pour les personnes âgées)

Les données fournies par le CSNB (2020) indiquent, de façon assez surprenante, que 97 % des résidents de la sous-région de SHEP avaient un médecin de famille en 2020, mais ce pourcentage a probablement diminué depuis. Grâce aux engagements communautaires, on a appris que de nombreux fournisseurs de soins primaires avaient pris leur retraite ou quitté la région.

Bien que la sous-région de SHEP soit une des régions où le nombre de personnes qui déclarent avoir un médecin de famille soit l'un des plus élevés, étrangement, la collectivité se classe en dessous de la moyenne provinciale pour ce qui est de l'accès à ces médecins de famille (CSNB, 2020). À peine plus d'une personne âgée sur deux (53 %) et deux adultes sur cinq (43 %) ont déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille dans les cinq jours (CSNB, 2020). Tout au long des consultations, les membres de la collectivité ont répété leur demande d'accès à un service de clinique de soins non urgents, situé dans leur collectivité et où ils pourraient se rendre le jour même.

« *Avoir une sorte de petite clinique rurale qui pourrait s'occuper des petits problèmes du quotidien, et vous n'iriez à l'hôpital ou dans un centre plus grand que pour les problèmes plus importants. Ce serait très utile.* (participant à une entrevue)

Je pense que tout le monde essaie de chercher une autre option parce que Moncton [l'hôpital] est débordé. (participante au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

Les membres de la collectivité de la sous-région de SHEP ont également parlé du merveilleux Centre de santé de Petitcodiac. Pourtant, les médecins qui y exercent et les services qui y sont offerts sont réservés aux patients de cette clinique, de sorte que les gens qui n'ont pas de médecin de famille rattaché à cette clinique n'ont accès à aucun des services qu'elle offre, même si les installations existent.

« *Mon médecin à Sussex m'a donné une ordonnance pour des analyses de sang, mais je ne peux pas aller faire le prélèvement à la clinique de Petitcodiac... Je dois aller soit au Centre de santé de Sussex, soit à L'Hôpital de Moncton, soit dans un laboratoire d'analyses privé. Je trouve que c'est un peu dommage d'avoir une clinique à Petitcodiac qui a les installations, mais elles ne sont disponibles que pour les patients de cette clinique.* (participant à une entrevue)

Lorsque les conversations portaient sur l'accès à distance et non en personne aux soins de santé, l'application Maple était considérée comme la plus populaire. L'application Maple est une plateforme en ligne de mise en relation des patients avec des fournisseurs de soins primaires, de façon virtuelle ou par téléphone. Malheureusement, beaucoup de membres de la collectivité dans la sous-région de SHEP n'ont pas de service Internet ou cellulaire fiable. De plus, cette population a tendance à être plus âgée et peut ne pas avoir d'ordinateur ou ne pas avoir de connaissances en informatique. Par conséquent, des applications comme Maple ne sont pas utiles pour tous les résidents de la sous-région de SHEP.

E.

Clinique de soins non urgents le jour même

« Il y a certaines choses [des services de santé] proposées qui sont fantastiques si vous savez l'utiliser [l'application Maple], si vous avez l'accès [Internet] et si vous maîtrisez l'informatique. Certaines personnes n'ont pas ces connaissances [en informatique] et elles sont vraiment stressées. Elles ont perdu leur médecin. (participante au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

D'autres membres de la collectivité ont aussi demandé pourquoi ils ne pouvaient pas voir un médecin en personne alors qu'il était disponible avec l'application Maple.

« C'est un excellent service complémentaire [l'application Maple], mais il n'offre pas beaucoup, beaucoup de choses. Je suis bien content que nous l'ayons. C'est génial pour certaines personnes, c'est quelque chose de bien. Mais si je peux le faire [parler à un fournisseur de soins primaires] en ligne, pourquoi eux [les fournisseurs de soins primaires] ne peuvent-ils pas être physiquement dans un bâtiment et voir les gens? (participant au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ

SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ

Accès à une clinique de soins non urgents le jour même

- Manque d'accès en temps opportun aux services de soins de santé dans la collectivité.
- Mettre sur pied une clinique de soins non urgents, où les gens peuvent se rendre le jour même, qui est ouverte à tous les résidents avec des infirmières immatriculées, des infirmières praticiennes et un médecin (entre autres fournisseurs de soins de santé) pour traiter les problèmes urgents, mais ne mettant pas la vie en danger.

F.

Transports et infrastructure



Parce que malheureusement, les personnes qui prennent ces décisions de mettre en ligne les services de santé et d'autres services gouvernementaux, en général elles sont à Fredericton, à Moncton ou dans la région de Miramichi et elles ignorent que les gens de SHEP n'ont pas de bonne couverture cellulaire. (participante au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

Le transport est un déterminant social essentiel de la santé qui peut avoir une incidence élevée sur la santé physique et mentale et sur le bien-être général des personnes et des collectivités. Le transport touche presque tous les autres aspects de la santé et du bien-être d'une personne (CPH, 2022). Le manque d'options de transport fiables et sécuritaires dans la sous-région de SHEP limite la capacité des gens à satisfaire leurs besoins fondamentaux et entrave l'accès aux services dont ils ont besoin, qu'il s'agisse d'un rendez-vous chez le médecin, des courses à l'épicerie, de lieux pour se divertir ou d'un endroit où trouver un logement. L'insuffisance des transports et des infrastructures est souvent plus marquée dans les collectivités rurales.



Pour une bonne part, c'est cet isolement. Il faut aller à Moncton pour obtenir le moindre service de santé. Mais pour y aller, il faut avoir une voiture, que je n'ai pas; c'est un gros obstacle de plus pour beaucoup de personnes âgées qui ne conduisent pas. Alors oui, pour beaucoup de personnes ayant divers handicaps et pour qui conduire n'est pas prudent, cela signifie encore plus d'isolement, parce qu'elles n'ont aucun moyen d'accéder aux services. Elles n'ont aucun moyen d'aller où que ce soit. Donc, vous vous retrouvez juste avec ce que vos amis et votre famille ont la gentillesse de vous offrir. Vous êtes très dépendant des autres personnes. (participant à une entrevue)

Au sein de la sous-région de SHEP, les problèmes entourant la qualité des routes durent depuis des dizaines d'années. Dans les régions rurales où les gens doivent prendre la voiture pour absolument tous les services dont ils ont besoin, les routes inadéquates et dangereuses sont une source majeure de stress. Tout particulièrement, dans un groupe de discussion composé d'habitants en milieu rural, la conversation a été dominée par la qualité des routes et les répercussions de ce problème sur les travailleurs des services d'urgence dans leur collectivité.



Et je sais que parfois, avec les ambulanciers, quelqu'un ne pourra pas faire rentrer l'aller-retour dans son quart de travail à [une ville]. Donc, ils font venir quelqu'un d'autre de [une autre ville]. Mais cette autre personne ne connaît pas les routes ou les déviations, elle ne sait pas où sont les nids-de-poule, donc il faudra beaucoup plus de temps [pour obtenir une ambulance en cas d'urgence]. (participante au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

La possibilité même de recevoir des services de santé de qualité à domicile était une source de stress pour une participante. Elle s'inquiétait de l'état physique de la voiture de son infirmière de soins à domicile.



Quand je suis rentrée à la maison [de l'hôpital], une infirmière très gentille du Programme extramural est venue me visiter. Mais chaque fois qu'elle venait chez moi, elle risquait de casser sa voiture sur une route défoncée. (participante au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

Le manque d'infrastructure de transport peut avoir une incidence négative sur l'accès aux soins de santé, et les solutions aux obstacles au transport sont souvent négligées lorsqu'on discute de réforme des soins de santé.



L'une des choses qui m'inquiètent le plus ici est que nous n'avons pas de bon service d'ambulance ni une bonne couverture de téléphonie cellulaire. (participant au groupe de discussion pour les personnes vivant en milieu rural)

Afin de soutenir pleinement les collectivités rurales et de répondre au désir des gens de vieillir chez eux, il va falloir procéder à une restructuration qui relève les défis existants en matière de transport. On devrait traiter la question du transport en même temps qu'on organise la prestation d'une couverture de téléphonie cellulaire fiable dans la région.



Pouvoir se permettre l'accès à Internet et avoir un accès décent au réseau. C'est tellement cher et tellement peu fiable. D'autant que la couverture cellulaire est encore pire. (participante au groupe de discussion pour les personnes en situation de handicap)

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Infrastructures	
<p>Routes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information claire et précise sur l'entretien des routes. • Absence d'avis et d'information en temps opportun sur les fermetures de routes, les déviations et les réouvertures. • Absence d'une approche à plusieurs volets pour informer les membres de la collectivité des routes en travaux, des fermetures et des déviations. • Aucun plan n'est communiqué sur les modalités et le calendrier de réfection du réseau routier. • Aucune réflexion sur la communication entre les équipes de voirie et les membres de la collectivité. • Les nouvelles routes ne sont pas terminées dans les délais prévus, leur construction prend des années. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser les membres de la collectivité des travaux routiers à venir et des dates d'achèvement prévues par courrier postal et en ligne. • Aviser les membres de la collectivité des fermetures de routes, des déviations mises en place et de la réouverture des routes par courrier postal et en ligne. • S'assurer que toutes les nouvelles constructions et toutes les infrastructures mises à jour respectent les lois et les exigences en matière d'accessibilité. • Fournir gratuitement des trousse et des services d'analyse de l'eau des puits aux personnes qui utilisent cette eau en milieu rural. • Fournir gratuitement des trousse de détection du radon ainsi que des services et des programmes de mesures correctives subventionnés pour les logements où l'on trouve des concentrations de radon élevées.

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Infrastructures	
<p>Bâtiments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas assez de places de stationnement accessibles dans les villes rurales. • Manque d'application de la loi pour les bâtiments qui ont des portes accessibles qui ne fonctionnent pas. • Manque d'application de la loi pour les entreprises pour qu'elles se conforment à la législation sur l'accessibilité. <p>Logements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas assez d'analyses gratuites ou à coût réduit de l'eau des puits dans les régions rurales. • Pas assez de services de détection du radon gratuits ou à coût réduit dans les régions rurales. 	
Options de transport collectif	
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de transport collectif financé de façon continue. • Il n'y a pas d'option de transport collectif pour se rendre à Moncton depuis la sous-région de SHEP. • Manque d'options de transport dans les régions rurales. • Aucun accès à un système ou à un programme abordable ou gratuit qui amènerait les gens à leurs rendez-vous dans les zones plus urbaines. • Pas assez de cliniques de santé locales. • Plus d'infirmières du Programme extra-mural, de chargés de cas, de travailleurs de soutien, de fournisseurs de soins à domicile, etc., pour servir les régions rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir un financement continu et pluriannuel pour le programme Rural Rides, augmenter le montant disponible pour indemniser les bénévoles. • Revoir la possibilité de fournir un système de transport en commun des collectivités rurales vers les grandes villes. • Fournir une navette vers Moncton deux fois par semaine. • Mettre en place une clinique itinérante avec des arrêts à des dates et heures connues à l'avance dans certaines villes rurales. Ces cliniques pourraient offrir un vaste éventail de services liés à la santé. • Augmenter les salaires et offrir des incitations financières aux infirmières du Programme extra-mural, aux chargés de cas, aux travailleurs de soutien, aux fournisseurs de soins à domicile, etc., qui doivent se déplacer en milieu rural pour fournir des soins et des services.
Services Internet et couverture de téléphonie cellulaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une couverture de téléphonie cellulaire meilleure et plus fiable – certaines régions n'ont aucune couverture de téléphonie cellulaire. • Nécessité d'un service Internet plus rapide et fiable. • Le coût des services Internet et de téléphonie cellulaire existants est trop élevé pour la plupart des résidents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des services Internet fiables et abordables à toutes les régions rurales de la sous-région de SHEP. • Offrir des remises financières pour l'Internet et le service de téléphonie cellulaire dans les régions rurales de la sous-région de SHEP.

G.

Services à la jeunesse, à l'enfance et à la famille

La sous-région de SHEP et les collectivités environnantes forment l'une des populations les plus petites du sud-est du Nouveau-Brunswick et elles comptent une forte proportion de ménages avec enfants de moins de 18 ans (CSNB, 2022). Malheureusement, les jeunes de ces collectivités ont une qualité de vie inférieure à la moyenne. Les relations que les jeunes entretiennent dans leur vie de tous les jours et à l'école sont moins favorables que dans d'autres collectivités du Nouveau-Brunswick (CSNB, 2022).

« *Quand j'étais à [nom de l'école], j'ai essayé de parler avec la conseillère en orientation. Et dès que, pour la mettre à l'essai, je lui ai dit quelque chose, qui n'était même pas particulièrement important pour moi, elle l'a répété à mes parents. Alors, j'ai compris que c'était fini. Mais vous ne regardez jamais en arrière. Quand je suis arrivé ici à [nouvelle école]. Je leur ai fait confiance.* (participant au groupe de discussion pour les jeunes à risque)

Les services essentiels pour les jeunes, qu'ils soient récréatifs ou liés à la santé, ne sont pas disponibles, ne sont pas accessibles ou sont trop chers pour certaines familles de la sous-région de SHEP. Le processus d'engagement a permis de cerner des faiblesses dans l'ensemble des services offerts aux enfants placés en famille d'accueil, aux enfants en situation de handicap et aux jeunes à risque. La charge de travail des travailleurs sociaux qui s'occupent des jeunes qui sont dans le système est telle qu'il est extrêmement difficile d'offrir des programmes et des services personnalisés pour aider les jeunes dont les chargés de cas ont la charge.

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Soutien continu et complet pour les enfants placés en famille d'accueil et les jeunes à risque	
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de soutien pour remplir les demandes d'admission au collège et effectuer la transition vers l'enseignement postsecondaire pour les jeunes à risque. Il peut s'agir de l'aide pour trouver un logement pour le collège ou l'université, des frais de déménagement, du transport vers la nouvelle ville ou le nouveau village ainsi que du soutien émotionnel pendant cette période de transition. • Manque de programmes et de services de santé mentale disponibles pour les enfants placés en famille d'accueil et de dispositifs adaptés pour rencontrer les enfants là où ils se trouvent. • Pas assez de temps passé à établir des relations entre les travailleurs sociaux, les chargés de cas et les enfants (en famille d'accueil, en situation de handicap, etc.) dont ils ont la charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la collaboration entre les ministères, le système scolaire et les personnes qui s'occupent des jeunes placés en famille d'accueil et à risque afin d'offrir des soins sur mesure aux enfants. • Développer les services offerts aux jeunes à risque qui quittent l'école secondaire et qui pourraient avoir besoin de soutien pour faire la transition vers des possibilités d'études postsecondaires et de formation, et fournir davantage de conseils en matière de formation professionnelle pendant un certain nombre d'années après l'obtention de leur diplôme. • Accroître le nombre de programmes de santé mentale pour les jeunes, spécialement conçus pour répondre aux besoins des jeunes, là où ils se trouvent. • Réduire la charge de travail des travailleurs sociaux et des chargés de cas responsables des enfants placés en famille d'accueil et des enfants en situation de handicap. • Embaucher plus de travailleurs sociaux et de chargés de cas pour s'occuper des enfants qui sont dans le système.

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Options d'activités physiques et de loisirs disponibles, accessibles et abordables	
<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'occasions de loisirs disponibles, accessibles et abordables, mais aussi de programmes pour les enfants de Petitcodiac et des environs. • Manque d'options pour les programmes de loisirs dans les régions plus petites. • Nécessité d'accroître et de diversifier l'offre de loisirs à l'année pour les jeunes. • Offrir plus de programmes récréatifs pour les familles avec de jeunes enfants, et pas seulement du hockey. • Besoin d'une piscine publique couverte qui propose des leçons de natation. • Manque d'espaces non confessionnels permettant aux jeunes de se rassembler et de tisser des liens (p. ex. bibliothèques, planchodromes, piscines publiques, terrains de basket). • Manque d'activités récréatives non confessionnelles pour socialiser. • Manque de possibilités offertes aux enfants d'être actifs et engagés dans la collectivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construire une installation récréative intérieure utilisable toute l'année avec une piste de marche, une piscine, un gymnase, une salle de musculation et un espace polyvalent de réunion communautaire. • Construire plus de terrains de basket à l'extérieur. • Offrir plus de réductions aux familles d'enfants qui veulent jouer au hockey, mais qui ne peuvent pas se le permettre. • Créer des groupes de jeunes non confessionnels. • Créer des espaces de rassemblement non confessionnels pour les jeunes. • Rouvrir la bibliothèque publique de Petitcodiac. • Élargir le programme Parle-moi dans la sous-région de SHEP, proposer des activités pendant les fins de semaine, le soir et en fin de journée pour tenir compte des parents qui travaillent. • Organiser plus d'événements gratuits pour les familles (p. ex. le barbecue du service d'incendie à Salisbury).

BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ	SOLUTIONS POSSIBLES FOURNIES PAR LES MEMBRES DE LA COLLECTIVITÉ
Services de santé physique pour enfants	
<p>Soins aux mères et aux nouveau-nés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'accès et de disponibilité pour les soins de routine destinés aux enfants de moins de cinq ans – renforcer l'accès aux examens de routine (le langage, la croissance, le développement et d'autres jalons). • Lacunes dans les programmes et les services de santé offerts aux nouvelles mères à l'échelle locale. • Peu ou pas de soins et de services offerts par des sages-femmes dans les régions rurales. • Accès limité ou inexistant aux pédiatres et aux médecins de famille dans les régions rurales. • Accès limité ou inexistant aux conseillers, aux programmes et aux services d'allaitement. <p>Soins axés sur la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de programmes, de services et de groupes de soutien pour les familles avec des enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme, en situation de handicap, présentant des problèmes de comportement, etc. • Lacunes dans l'accès à la physiothérapie axée sur l'enfant. • Manque de services de santé mentale gratuits pour les enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'offre de soins proposés par des sages-femmes dans les régions rurales, notamment des ressources et du soutien pour la mère et le bébé pendant sa première année de vie. Cela comprend les conseillères en allaitement et les infirmières spécialisées dans les soins aux nouveau-nés. • Ajouter des physiothérapeutes axés sur l'enfant dans les équipes de santé communautaire et les cliniques, ou bien donner à des physiothérapeutes financés par l'État la possibilité de se rendre dans les régions rurales. • Offrir des programmes, des services et des conseillers en santé mentale gratuits ou à un coût considérablement réduit pour les jeunes. • Proposer des ateliers et des séances d'information gratuits sur une variété de sujets liés à la santé, p. ex. la diversification alimentaire menée par l'enfant, la saison du rhume et de la grippe, l'état de santé général, la mise en conserve des aliments, la préparation des aliments, etc.

Les thèmes de santé documentés ci-dessus sont un résumé de plus de 50 heures d'entrevues et de réunions de groupes de discussion enregistrées avec 116 membres de la collectivité dans la sous-région de SHEP.

En rappel, les thèmes de santé déterminés dans la sous-région de SHEP étaient l'accès aux services de santé primaires; l'accessibilité au sein de la collectivité; le revenu et la sécurité alimentaire; les services de santé mentale; une clinique de soins non urgents le jour même; les transports et l'infrastructure; et les services à la jeunesse, à l'enfance et à la famille.

4.0



Prochaines étapes

Comme il est déjà indiqué dans le rapport précédent, une EBCS est un processus dynamique et continu entrepris pour cerner les forces et les besoins de la collectivité et pour permettre l'établissement, à l'échelle de la collectivité, de priorités en matière de santé et de bien-être qui amélioreront l'état de santé de la population.

Au fur et à mesure que ce processus se poursuivra au cours des prochains mois, le présent rapport permettra de passer à l'action avec les deux étapes restantes – partager et agir – du processus d'EBCS. Nous diffuserons largement ce rapport auprès des employés, des cadres, de l'équipe de direction et du Conseil d'administration d'Horizon, mais aussi auprès des ministères locaux et régionaux, des organismes sans but lucratif et de services à l'échelle locale, des membres de la collectivité et d'autres parties intéressées. Ensemble, nous nous mettrons à l'action en répondant aux besoins cernés dans ce rapport avec une approche collaborative mise en œuvre et dirigée par la collectivité.

Une EBCS fait état de là où se trouve une collectivité à un certain moment dans le temps, mais il n'y a pas de limites à là où cette collectivité ira ensuite. Conjointement à d'autres travaux importants déjà en cours, cette EBCS permet de déterminer et traiter bon nombre des besoins existants et jette les bases du bon travail qui nous attend.

1. Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
2. Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D. et Plough, A. (2017). What Is Health Equity? And What Difference Does a Definition Make? Robert Wood Johnson Foundation.
3. Centre for Population Health. (2022). Transportation as a Social Determinant of Health. Repéré à : <https://www.centerforpophealth.org/2022/05/17/transportation-affects-every-social-determinant-of-health/>
4. Daly, J., Kellehear, A. et Gliksman, M. (1997). *The public health researcher: A methodological approach*. Melbourne, Australie : Oxford University Press.
5. Réseau de santé Horizon. (2021). Cadre d'engagement en matière de soins de santé. Repéré à : <https://horizonnb.ca/wp-content/uploads/2021/10/FR-Health-Care-Engagement-Framework-2021.pdf> (horizonnb.ca)
6. Fetters, M. D., et Rubinstein, E. B. (2019). The 3 Cs of content, context, and concepts: a practical approach to recording unstructured field observations. *The Annals of Family Medicine*, 17(6), 554-560.
7. Gouvernement du Manitoba. (2019). Community Health Assessment. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré à : <https://wrha.mb.ca/research/community-health-assessment/>
8. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011). Loi sur les régies régionales de la santé. Repéré à : [2011, c.217 – Loi sur les régies régionales de la santé \(gnb.ca\)](https://www.gnb.ca/0000/2011/c.217-Loi-sur-les-regies-regionales-de-la-sante.html)
9. National Alliance on Mental Illness. (2024). Social Determinants of Health: Food Security. Repéré à : <https://nami.org>
10. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2022). Population Health Profile 2022 - Salisbury and Petitcodiac. <https://nbhc.ca/table/health-profiles?cuts=NBC11%2CNBZ1%2CNB> [En ligne].
11. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2020). Population Health Services 2020 – Salisbury and Petitcodiac. <https://nbhc.ca/table/health-profiles?cuts=NBC11%2CNBZ1%2CNB> [En ligne].
12. Santé publique Ontario. (2024). Équité en matière de santé. Repéré à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-equity>
13. Raphael, D. (dir.). (2016). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (3e éd.). Toronto : Canadian Scholars' Press.
14. Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2020). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Oshawa : Ontario Tech University Faculty of Health Sciences et Toronto : York University School of Health Policy and Management.
15. Sawchuk, P. (2019). The most powerful social determinant of health. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 65(7), 517.
16. Organisation mondiale de la Santé et Fondation Calouste Gulbenkian. (2014). *Social determinants of mental health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Repéré à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf
17. Wright, J., Williams, R. (1998). Development and Importance of Health Needs Assessment. *The BMJ*, 316, 1310.