

RENOUVELLEMENT *du système de santé*

Rapport du
***Conseil du premier ministre en
matière de qualité de la santé***



New  Nouveau
Brunswick
C A N A D A

Janvier 2002

Table des matières

Sommaire	7
1.0 Introduction	11
1.1 Le Conseil	11
1.2 Le contexte	12
1.3 Évolution du mandat	13
1.4 Le rapport	14
2.0 Une vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick	15
2.1 Introduction	15
2.2 La vision	16
3.0 Système de santé proposé	19
3.1 Introduction	19
3.2 Soins de santé primaires	20
3.3 Soins secondaires et tertiaires	31
3.4 Équipe de prestation des services de soins de santé	36
4.0 Gouverne et structure	42
4.1 Introduction	42
4.2 Objectifs concernant l'établissement des régies régionales de la santé ...	43
4.3 Configuration régionale	43
4.4 Conseils régionaux de la santé	45
4.5 Rôles et responsabilités	46
4.6 Structures proposées relatives au conseil et au fonctionnement	47
4.7 Structure organisationnelle proposée	47
4.8 Transition des structures de gouverne existantes	48
4.9 Dispositions de transition et calendrier de mise en œuvre proposés	49
4.10 Conclusion	49

5.0 Cadre redditionnel	50
5.1 Reddition de comptes dans le système de santé	50
5.2 Responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régions régionales de la santé	51
5.3 Responsabilités des directeurs généraux des régions régionales de la santé	56
5.4 Comité consultatif professionnel	58
5.5 Comité consultatif médical	58
5.6 Processus et outils de gestion efficaces de la reddition de comptes	58
5.7 Planification et établissement des priorités	59
5.8 Financement	60
5.9 Mesure du rendement	60
5.10 Communication	61
5.11 Liens avec le ministère des Services familiaux et communautaires	61
5.12 Conclusion	62
6.0 Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick	63
6.1 Introduction	63
6.2 But	63
6.3 Auditoire cible	64
6.4 Surveillance du rendement	64
6.5 Cadre	65
6.6 Caractéristiques et défis de la conception	69
6.7 Recherche en santé : Information objective et fondée sur des preuves ..	71
7.0 Charte des droits et responsabilités	78
7.1 Introduction	78
7.2 But de la Charte	79
7.3 La Charte à titre de loi ou d'élément d'une politique publique	79
7.4 La Charte proposée	80
7.5 Les mécanismes de soutien	81
7.6 La Charte	91

8. 0 Questions relatives aux programmes et recommandations du Comité de l'Étude sur les services de santé	96
8.1 Introduction	96
8.2 Soins de courte durée	100
8.3 Soins de longue durée	101
8.4 Services d'ambulance	104
8.5 Produits pharmaceutiques	105
8.6 Services aux Premières nations	106
8.7 Services de santé publique	108
8.8 Services de santé mentale	110
8.9 Services de réadaptation	114
8.10 Services médicaux	117
8.11 Services infirmiers	118
8.12 Autres dispensateurs de services de santé	120
8.13 Formation professionnelle	122
8.14 Technologie	124
8.15 Financement	125
Annexe A - Conseil	126

Sommaire

Le premier ministre a établi le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé en janvier 2000 en lui confiant un mandat de deux ans pour :

- Élaborer un plan d'action pour la transition vers un système de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé.
- Veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un bulletin sur les soins de santé, de normes sur la qualité de la santé et de mesures du rendement.
- Aider à l'élaboration de la Charte des droits et responsabilités du patient.
- Fournir des conseils sur la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de l'Étude sur les services de santé menée auprès de la population du Nouveau-Brunswick en 1998-1999.

Vers le milieu de l'année 2000, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a aussi demandé au Conseil des recommandations précises sur la réforme des soins primaires à la suite de l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard du renouvellement des soins primaires.

Pour s'acquitter de ses nombreuses tâches, le Conseil a examiné l'expérience vécue ailleurs et pris en compte les conseils des spécialistes des politiques en matière de santé et des professionnels de la santé. À partir de cette information, le Conseil a conclu que les stratégies gouvernementales proposées étaient positives. Pourtant, il est rapidement devenu évident qu'il fallait aller plus loin pour que la province en arrive à un système de santé viable, communautaire et axé sur la personne, capable de continuellement répondre aux besoins de la province en matière de santé.

À l'heure actuelle, le système des soins de santé est constitué de personnes, de programmes, de processus, de technologies, d'organisations et de structures. L'obtention de résultats favorables dépend non seulement de chaque élément individuel, mais aussi de l'intégration de chaque élément dans un tout afin d'offrir aux patients un accès amélioré et une meilleure prestation des services de soins de santé.

Le Conseil a élaboré un schéma directeur pour guider le système de santé du Nouveau-Brunswick. Une vision claire, qui décrit le but de notre système des soins de santé et en expose les grandes lignes, est essentielle pour ce schéma directeur. La vision servira de repère au gouvernement, aux décisionnaires, aux gestionnaires et aux dispensateurs de services de santé, ce qui permettra aux initiatives individuelles de tendre vers un but commun. La vision proposée par le Conseil est un point de départ et devra être enrichie de l'apport de tous les intervenants. Il est indéniable que le défi sera de taille et exigera le dévouement et la collaboration de tous les intervenants, y compris le gouvernement, les professionnels de la santé et les collectivités. Toutefois, une fois réalisée, la vision mènera à de meilleurs soins de santé pour la population du Nouveau-Brunswick et à un milieu de travail qui permettra aux dispensateurs d'exceller dans leurs professions respectives.

Thèmes

Le présent rapport s'articule autour des éléments du mandat du Conseil. Au cours du travail d'élaboration d'un schéma directeur de l'avenir du système de santé du Nouveau-Brunswick, le Conseil a constaté l'émergence de quatre thèmes, qui sont les suivants :

- Système des soins de santé intégré et accessible
- Structure de gestion et reddition de comptes
- Droits et responsabilités
- Amélioration des programmes

Le Conseil a élaboré un certain nombre d'objectifs clés sous chaque thème. Le gouvernement provincial pourrait décider de traiter ces objectifs séparément, puisque certains sont indépendants. Ainsi, les recommandations visant la Charte des droits et responsabilités peuvent être mises en œuvre sans l'établissement des régies régionales de la santé. En revanche, dans d'autres cas, des dépendances existent. L'objectif d'établir un bulletin de santé, par exemple, dépend de la mise en œuvre des recommandations au sujet de la recherche en santé et de la technologie de l'information. En conséquence, le Conseil recommande l'adoption d'une approche globale du renouvellement du système des soins de santé.

Notons que la mise en œuvre des recommandations relatives à la structure de gestion et à la reddition de comptes peut avoir lieu sans qu'il soit tenu compte du moment du suivi des autres recommandations, et le Conseil recommande que des mesures soient prises en conséquence.

Les objectifs clés de chaque thème sont les suivants :

Systeme des soins de santé intégré et accessible

- Intégration d'une composante axée sur le mieux-être en plus de la composante actuelle axée sur le traitement
- Besoins locaux et provinciaux
- Définitions des soins primaires, secondaires et tertiaires aux fins d'accès et de viabilité
- Centres de santé communautaires pour l'accès et une utilisation efficace des ressources
- Régies régionales de la santé pour l'intégration d'une prestation générique et la réceptivité des collectivités locales
- Redéfinition des rôles des professionnels de la santé
- Création d'un dossier électronique par patient

Structure de gestion et reddition de comptes

- Gestion fondée sur des preuves
- Innovation et amélioration continue
- Méthode de gestion (plan et budget intégrés)
- Système d'information
- Institut de recherche en santé
- Bulletin de santé

Droits et responsabilités

- Charte des droits et responsabilités
- Curateur et tuteur public
- Défenseur des citoyens
- Directives préalables en matière de soins de santé

Amélioration des programmes

- Plan de santé provincial
- Soins de courte durée
- Soins de longue durée
- Services d'ambulance
- Produits pharmaceutiques
- Services de santé publique
- Santé mentale
- Réadaptation

Pour être axée sur la personne et fondée sur la collectivité, la prestation des services de santé doit s'éloigner de l'approche actuelle de gestion par programme. Le Conseil recommande plutôt que les services soient intégrés et offerts selon un continuum. Les points de services et les professionnels de la santé doivent coordonner l'accès pour s'assurer que chaque patient reçoit le service approprié au moment opportun, de la bonne personne et au bon endroit.

La mise en œuvre des recommandations formulées dans ce rapport définitif par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé exigera l'adoption d'un processus de gestion du changement qui fait appel à divers intervenants. Étant donné les répercussions sur les coûts et les pénuries actuelles de professionnels de la santé, le gouvernement pourrait décider d'étaler dans le temps la mise en œuvre de certaines des recommandations. Cependant, le Conseil recommande fortement que le gouvernement favorise dès le début l'engagement des intervenants communautaires, y compris les professionnels de la santé.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé doivent faire preuve d'un leadership actif et solliciter la participation et les idées des citoyens dans les régions, des organisations de professionnels de la santé, des employés et des syndicats concernés. Une consultation continue et un dialogue ouvert s'imposent à chaque étape du processus.

Le gouvernement a l'occasion d'inculquer une nouvelle culture au sein du système de santé du Nouveau-Brunswick, une culture qui est tournée vers le progrès, qui s'enrichit d'innovations et d'améliorations continues et qui aborde les changements en faisant appel à la participation des intervenants. Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé croit fermement qu'une telle culture est essentielle pour avoir un système de santé qui répond aux besoins changeants de la population du Nouveau-Brunswick, aujourd'hui et demain.

1.0 Introduction

1.1 Le Conseil

Le premier ministre a établi le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé en janvier 2000 et lui a confié un mandat précis de deux ans pour élaborer un plan d'action pour la transition vers un système de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé, veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un bulletin sur les soins de santé, de normes sur la qualité des soins de santé et de mesures du rendement, aider à l'élaboration de la Charte des droits et responsabilités du patient et fournir des conseils sur la mise en œuvre des recommandations du rapport du Comité d'étude sur les services de santé effective auprès des Néo-brunswickois et Néo-brunswickoises en 1998/1999.

Le premier ministre a nommé au Conseil 14 membres venant de différentes régions de la province et représentant un large éventail d'intérêts, de savoir-faire et de perspectives, y compris des administrateurs en santé, des dispensateurs de services de première ligne, des universitaires, des chercheurs et des consommateurs. La liste complète des membres du Conseil figure à l'annexe A.

Pour remplir son mandat, le Conseil a amassé une base de connaissances sur laquelle s'appuyer pour fournir des conseils et formuler des recommandations à l'intention du premier ministre. Pour amasser cette base de connaissances, le Conseil a :

- Tenu des réunions mensuelles de trois jours du Conseil en entier; au total, le Conseil aura tenu 24 réunions.
- Établi plusieurs sous-comités du Conseil, qui se sont réunis au besoin afin d'explorer plus en profondeur des questions ou des éléments particuliers du mandat. Des sous-comités ont été formés dans des domaines comme la gouverne, le bulletin de santé, la Charte des droits et responsabilités, les soins primaires, secondaires et tertiaires, les rôles des professionnels de la santé et le cadre reddenonnel.
- Tenu une série de séances de dialogue (« séances de remue-méninges ») avec des dispensateurs de services de première ligne afin de mieux comprendre les programmes et les services offerts dans le cadre du système de santé et de profiter de leurs points de vue sur l'amélioration du système.
- Invité des conférenciers et des spécialistes dans divers domaines connexes pour renseigner le Conseil et obtenir leurs opinions.
- Accumulé des connaissances sur les pratiques exemplaires mentionnées dans la documentation.
- Tenu des séances publiques à différents endroits de la province pour demander aux gens du Nouveau-Brunswick leurs vues au sujet des changements à apporter au système de santé.
- Assuré une liaison continue avec les ministères qui influent actuellement sur le système de santé et qui seront touchés par la mise en œuvre des décisions que prendra le gouvernement.

1.2 Le contexte

Comme tous les Canadiens, les gens du Nouveau-Brunswick considèrent le système de santé comme une priorité. Dans la plupart des cas, lorsqu'ils ont eu accès au système, les gens se sont dits très satisfaits de la qualité des services reçus. Il n'en reste pas moins qu'une inquiétude de plus en plus vive se fait sentir; on craint que, dans l'avenir, le système ne soit plus viable, et les Néo-Brunswickois ont soulevé à maintes reprises des problèmes et des inefficacités connus de notre système de soins de santé.

Comme ailleurs au pays, le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick continue à faire face à des défis dans la prestation efficiente et efficace des services de santé. Les coûts continuent d'augmenter et, malgré des hausses considérables dans les dépenses affectées aux soins de santé depuis deux ans, la population du Nouveau-Brunswick est toujours dotée d'un système qui ne répond pas à tous ses besoins. Vu la pénurie nationale de professionnels de la santé, l'accès au système au Nouveau-Brunswick est un défi de plus en plus grand pour de nombreuses personnes. Pourtant, des milliers de professionnels de la santé travaillent avec ardeur pour s'assurer que chaque personne du Nouveau-Brunswick reçoive les meilleurs soins et services qui puissent être offerts.

Il ne fait aucun doute que des changements fondamentaux s'imposent pour assurer un système de santé véritablement adapté et viable. Les gouvernements partout au pays sont aux prises avec le même problème et s'efforcent de trouver des méthodes et des approches de rechange pour assurer la viabilité et l'adaptation du système de santé. Le défi ne se limite pas à la manière dont les services sont fournis; il s'étend aussi à la manière dont les professionnels de la santé travaillent au sein du système.

À la base, il manque une vision d'ensemble de la santé pour guider la planification et l'établissement des priorités. Il est difficile d'avoir accès au système en temps opportun, de suivre les personnes et les soins dispensés par le système, de déterminer qui est responsable de quoi. Dans bien des cas, chacune de ces difficultés nuit à la qualité des soins et influe sur les coûts de leur prestation.

De plus, le peu d'investissements dont a bénéficié le domaine du mieux-être a donné lieu à un système qui se préoccupe davantage de la gestion des maladies que de la prévention et de la promotion de la santé auprès des personnes, des familles et des collectivités.

La santé de la population du Nouveau-Brunswick n'est pas déterminée par les seuls investissements dans le système de santé. Le revenu, les conditions de travail, l'environnement, le développement de la petite enfance, l'éducation et le soutien social sont des déterminants sociaux de la santé, tout comme le mode de vie et les services de soins de santé. Des changements durables dans l'état de santé des Néo-Brunswickois passent par tous ces facteurs.

Par ailleurs, il existe un sentiment généralisé de désenchantement parmi la population et les dispensateurs au sein du système. Avec le temps, les gens du Nouveau-Brunswick ont l'impression d'avoir perdu leur influence dans les décisions qui touchent leurs vies et leurs collectivités. L'initiative et les bonnes idées locales ont sombré en raison de la surcentralisation du processus décisionnel.

La mise sur pied d'un système solide pour l'avenir nécessite que l'on traite les réalités et les problèmes de notre système actuel. Plus que jamais, nous devons élaborer une vision à long terme qui se concentre sur les collectivités et les personnes, un système qui se préoccupe davantage de la bonne santé en tant que mode de vie, un système viable sur la présence duquel la population du Nouveau-Brunswick pourra compter dans l'avenir.

1.3 Évolution du mandat

Le mandat du Conseil consistait essentiellement à établir un schéma directeur en vue de faire du système de santé du Nouveau-Brunswick une réalité axée sur la personne et ancrée dans la collectivité. Pour ce faire, le Conseil formule dans le présent rapport des recommandations pour une structure de gouverne favorisant une plus grande participation et un mécanisme redditionnel public par l'instauration du bulletin de santé et du cadre redditionnel. Le rapport recommande un processus par lequel la population du Nouveau-Brunswick peut être renseignée sur les droits et les responsabilités de tous les citoyens envers leur propre santé, ainsi que des recommandations sur les améliorations qui pourraient être apportées aux programmes et aux services.

Un véritable renouvellement du système de santé doit être ouvert à l'innovation et aller plus loin que des changements structurels; des changements dans les processus sont indispensables. Ce renouvellement doit être fondé sur une vision commune de la santé et coordonné de façon à améliorer l'efficacité du système et la qualité des services offerts aux personnes qui y ont recours. Des systèmes d'information améliorés sont essentiels et nécessiteront de nouveaux investissements dans ce secteur.

Le manque de coordination et d'intégration du système de soins de santé primaires a entraîné une dépendance trop forte et une utilisation souvent inopportune de nos établissements hospitaliers. Nos professionnels de la santé, qui sont souvent en nombre insuffisant, travaillent fréquemment de façon isolée. De plus, les professionnels de la santé ne sont pas utilisés à leur pleine capacité, alors que chaque professionnel de la santé a reçu une formation de qualité et peut faire profiter le système d'une foule de compétences.

En conséquence, le Conseil a consacré une bonne partie de son temps à l'élaboration de recommandations portant sur le système de santé même, se concentrant en particulier sur les soins de santé primaires de façon à ce que le schéma directeur reflète le principe du service approprié fourni au bon moment, par la bonne personne et au bon endroit.

1.4 Le rapport

Le Conseil est heureux de soumettre le présent rapport au premier ministre. Dans l'ensemble, ce rapport représente ses meilleurs conseils pour un schéma directeur du changement. Le Conseil a pris au sérieux la responsabilité que lui confiait son mandat et a reconnu le défi qu'il posait. Étant donné la complexité du système des soins de santé, le Conseil ne prétend pas avoir étudié tous les aspects et problèmes avec lesquels le système est aux prises. Un schéma directeur ne constitue que la première étape dans la réalisation d'un véritable changement durable. Il reste au gouvernement de nombreux défis à relever sur le plan de la mise en œuvre. Pourtant, la population et les professionnels de la santé sont prêts pour le changement. La clé du succès sera la participation continue de tous les intervenants, ainsi que la volonté de faire preuve d'audace et de créativité. La clé de la viabilité à long terme est d'investir dans des remaniements à long terme basés sur des preuves concrètes et d'avoir la volonté de rebâtir le système sans avoir recours à des mesures de colmatage.

Le Nouveau-Brunswick n'est pas le seul à se lancer dans le renouvellement des soins de santé. Le pays en entier a pris cette voie, et la province doit saisir chaque occasion qui se présentera au cours des prochaines années en reconnaissant la nécessité d'aller de l'avant en collaboration avec tous les intervenants. La responsabilité du gouvernement, et de toutes les parties, est d'accueillir et d'embrasser l'innovation.

2.0 Une vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick

Une bonne santé est une priorité et un mode de vie pour la population du Nouveau-Brunswick. Une province en santé suppose un milieu social, économique et physique qui permet à toutes les couches de la société d'adopter des habitudes quotidiennes favorisant la santé afin d'atteindre et de maintenir un état de bien-être. L'objectif est appuyé par la politique publique.

2.1 Introduction

La première étape du Conseil a consisté à élaborer une vision du rendement d'un système de santé renouvelé. La vision a formé la base dont le Conseil s'est inspiré pour traiter les quatre éléments du mandat.

La vision jette les bases pour aborder les différentes dimensions qui constituent un système de santé intégré, communautaire et axé sur la personne. Cette perspective a obligé le Conseil à examiner la structure et les processus qui composent le système au niveau de la gouverne et des mécanismes de prestation des services. Voici des exemples :

- L'élaboration d'un plan d'action pour faire la transition vers un système de gouverne composé de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé a exigé du Conseil qu'il examine les services qui peuvent relever des régies régionales de la santé, la façon dont ces conseils seront structurés et le lieu où ces services seront dispensés.
- La coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un bulletin de santé, de normes de qualité en matière de santé et de mesures du rendement a nécessité qu'on examine ce qui est déjà disponible et les mesures qu'il faut prévoir pour fournir de l'information valable au public et orienter la prise de décisions.
- L'élaboration d'une Charte des droits et responsabilités exige qu'on se penche sur ce qui est considéré comme des droits et sur les mécanismes nécessaires pour permettre aux personnes d'assumer leurs responsabilités.
- La prestation de conseils sur la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de l'Étude sur les services de santé a exigé qu'on examine les meilleurs moyens possibles pour traiter les secteurs qui, de l'avis des Néo-Brunswickois, ont besoin d'être améliorés.

Pour toutes ces dimensions, le Conseil a dû examiner le système dans son ensemble. Le mouvement à l'échelle nationale vers la réforme des soins primaires est un autre facteur qui a été considéré et que le Conseil a eu la possibilité d'inclure comme un élément de premier plan dans ses délibérations. Il est devenu évident que, afin de tenir compte des réalités d'aujourd'hui et de la vision du Conseil, tous ces secteurs devaient être inclus pour approfondir le mandat et soutenir sa réalisation.

Il s'ensuit que le Conseil formule à l'intention du gouvernement un certain nombre de recommandations concernant toutes ces dimensions pour soutenir l'évolution d'un système fondé sur la vision proposée.

2.2 La vision

L'absence d'une vision provinciale pour la santé a été considérée comme la plus importante lacune dans le système actuel. En conséquence, tout schéma directeur du futur système doit reposer sur une vision clairement énoncée pour l'avenir.

La vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick est considérée comme un engagement à long terme de la part du gouvernement et du système de santé. Des progrès importants seront réalisés d'ici l'an 2005; toutefois, il faut admettre que de nombreux éléments seront encore aux stades de l'élaboration et de la planification.

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé propose ce qui suit :

Une bonne santé est une priorité et un mode de vie pour la population du Nouveau-Brunswick. Une province en santé suppose un milieu social, économique et physique qui permet à toutes les couches de la société d'adopter des habitudes quotidiennes favorisant la santé afin d'atteindre et de maintenir un état de bien-être. L'objectif est appuyé par la politique publique.

Pour atteindre un état de santé tel que l'envisage la vision, un renouvellement fondamental du système de santé au Nouveau-Brunswick s'impose, par exemple :

- Définir la santé comme un état de bien-être physique, mental, spirituel et social total et non uniquement comme l'absence de maladies.
- Sensibiliser les Néo-Brunswickois aux risques pour la santé, aux modes de vie sains et aux facteurs qui ont une incidence sur la santé.
- Bien renseigner les Néo-Brunswickois sur les questions liées à la santé et encourager les gens à participer activement comme bénévoles dans leur collectivité et comme membres des conseils locaux.
- Assurer la prestation des services de santé par des équipes de professionnels qui travaillent en collaboration; les services sont pleinement intégrés, étroitement liés aux organismes communautaires et faciles d'accès pour tous en tout temps.
- Assurer la prestation de services de base au sein de la collectivité et de services spécialisés dans des hôpitaux de soins secondaires ou tertiaires.
- Créer un dossier de santé électronique qui suit chaque personne, et protéger la confidentialité du dossier.
- Veiller à ce que les personnes soient appréciées, intégrées et respectées.
- Appuyer et estimer les professionnels qui travaillent au sein du système.
- Communiquer les résultats sur le rendement et les résultats sur la santé servant à orienter la planification du système et la prestation des services.
- Fournir des services de santé de manière abordable et durable.
- Poursuivre le processus de renouvellement.

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, soit gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité, sont ainsi respectés.

La vision du Conseil se traduit par une série de principes et de concepts importants qui devraient orienter le renouvellement du système :

Principes

- Soins de santé de qualité et mieux-être
- Système axé sur la personne
- Participation de la collectivité
- Responsabilité commune pour la santé (citoyens et système de santé)
- Accessibilité
- Abordabilité et viabilité
- Reddition de comptes
- Respect de la diversité du Nouveau-Brunswick

Concepts

- Mécanismes pour soutenir l'accès
- Centres de santé communautaires 24 h sur 24, 7 jours par semaine
- Maximisation des rôles de chaque professionnel de la santé (I.I. médecin, pharmacien, travailleur de la santé communautaire, etc.)
- Service dispensé par une équipe multidisciplinaire intégrée de professionnels de la santé
- Système de santé branché
- Un dossier de santé par personne, avec accès protégé
- Régies régionales de la santé

Les principes qui sous-tendent le renouvellement du système de santé sont explicités ci-dessous.

Soins de santé de qualité

Dans un système de soins de santé de qualité, la preuve de l'efficacité réside dans les résultats. Un système de soins de santé de qualité assure la prestation du service approprié au moment opportun, par la bonne personne et au bon endroit.

Mieux-être

Le système de santé met l'accent non seulement sur la gestion thérapeutique, mais aussi sur la promotion du mieux-être. La population du Nouveau-Brunswick vit dans un environnement qui favorise la santé et assure l'accès à des services de prévention des maladies et d'éducation. Elle a aussi accès à des ressources en matière de santé et de mieux-être qui encourage des choix de vie responsables et des modes de vie actifs et sains.

Système axé sur les personnes et adapté à leurs besoins

Le système de santé se préoccupe de la personne dans sa totalité, et non en pièces détachées. Les gens devraient être en mesure de faire des choix éclairés et de participer à la prise de décisions qui touchent leurs soins de santé.

Caractère abordable

Un système de santé viable pour l'avenir se doit d'être abordable. Les responsables du système de santé doivent examiner des moyens de renouveler le système sans accroître les dépenses. Le système de santé devrait être fondé sur un régime à long terme et abordable.

Viabilité

Le système de santé demeurera abordable et accessible à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick pendant encore de nombreuses années. Il continuera d'offrir un service de qualité supérieure et d'affecter des ressources à l'innovation et à l'amélioration continue, qu'il encourage.

Intégration

Le système de santé est conçu pour répondre aux besoins des personnes, et les professionnels de la santé travaillent ensemble pour assurer des soins continus et adaptés. La prestation des services doit être adéquatement organisée et coordonnée à chaque échelon afin de répondre de manière homogène aux besoins individuels.

Participation de la collectivité

Des services de santé primaires sont offerts à l'échelle de la collectivité. La plupart des services secondaires sont accessibles au sein de chaque région, et les services tertiaires sont offerts dans certaines régions. Les Néo-Brunswickois jouissent d'un accès équitable aux services. Chaque collectivité participe aux décisions qui touchent les services et les programmes de santé.

Accessibilité

Le système de santé s'adapte aux réalités familiales et professionnelles et comporte donc des horaires souples fondés sur les besoins des collectivités. Le rôle et les responsabilités des dispensateurs de services de santé s'adaptent aux besoins des personnes. Le système de santé prévoit des mesures visant l'abolition des obstacles à l'accès venant de la distance à parcourir pour obtenir le service.

Reddition de comptes

Le système de santé permet de renseigner la population du Nouveau-Brunswick sur la situation et sur la mesure dans laquelle les normes de qualité des soins de santé sont respectées. Les résultats de la surveillance et des rapports contribueront à influencer et à orienter les politiques et les programmes. Le système de santé doit demeurer responsable devant les citoyens du Nouveau-Brunswick.

Responsabilité commune

Le système de santé nous concerne tous. Les Néo-Brunswickois doivent comprendre et connaître les possibilités du système de santé en ce qui a trait aux services et aux résultats. Ils doivent également savoir qu'ils ont la responsabilité de faire des choix sains pour eux-mêmes et pour leur collectivité afin d'assurer la viabilité du système de santé. La politique publique créera un environnement qui favorise la santé parmi la population du Nouveau-Brunswick ainsi qu'un système de soins de santé efficient et efficace.

Respect de la diversité du Nouveau-Brunswick

Le système de santé est structuré de manière à respecter les différences au niveau de la collectivité et de la personne. Les Néo-Brunswickois sont traités d'une manière compatissante et respectueuse de leur dignité. Les différences liées à la culture, au mode de vie et à la langue sont prises en compte.

3. Système de santé proposé

3.1 Introduction

Pour concrétiser la vision décrite dans le présent rapport, la manière dont les services sont élaborés et dispensés doit considérablement changer. Le Conseil est d'avis que le système de santé devrait chercher à répondre aux besoins de la population selon une optique holistique, au lieu de classer et de fournir les services en fonction de besoins fragmentés. Cela signifie des services de soins de santé intégrés et coordonnés qui permettent de réellement axer les services sur la personne. De plus, les besoins varient selon l'âge et les circonstances de la vie, de sorte que le système de santé doit être fondé sur un continuum de services complet, allant des services de mieux-être, de promotion et de prévention aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.

La vision appelle un système de santé qui n'est pas uniquement axé sur la maladie, laquelle ne touche qu'une fraction de la population. Le système de santé de l'avenir doit plutôt viser à garder la population en santé. À cet égard, le Conseil favorise la formulation d'une stratégie de mieux-être.

Dans son deuxième rapport daté d'avril 2001 et intitulé *Ensemble pour le mieux-être : Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*, le Comité spécial des soins de santé offre la définition suivante du mieux-être : « Le mieux-être est un état de bien-être affectif, mental, physique, social et spirituel qui permet aux gens de réaliser et de maintenir leur potentiel personnel dans leurs collectivités ». Le rapport comprend un cadre stratégique de mieux-être, qui offre une orientation au gouvernement dans les domaines tels que les suivants : leadership du gouvernement et politique d'intérêt public favorisant la santé, lien entre mieux-être et maladie, collaboration, soutien et échange de pratiques exemplaires, de preuves et de résultats de recherche, mesure, surveillance et suivi des progrès et compte rendu au public, participation des citoyens et investissement à long terme. Le comité recommande aussi que le gouvernement veille à ce que tous les ministères élaborent une politique d'intérêt public favorisant la santé et examinent les politiques actuelles qui influent sur le mieux-être de la population du Nouveau-Brunswick ou sur la capacité des gens d'améliorer leur propre santé. Le Conseil est d'avis que le gouvernement devrait s'efforcer de cerner des possibilités de collaboration avec d'autres paliers de gouvernement, le secteur des affaires, les universités, les organisations et les collectivités pour améliorer le mieux-être.

Le Conseil soutient le Comité spécial des soins de santé dans ses recommandations détaillées et réfléchies. Le Conseil espère que le gouvernement en tiendra réellement compte et qu'il présentera une stratégie de mieux-être à la population du Nouveau-Brunswick. Le schéma directeur présenté dans le rapport du Conseil implique la mise en œuvre d'initiatives efficaces et d'investissements stratégiques dans le domaine du mieux-être.

3.2 Soins de santé primaires

3.2.1 Définition

Le Conseil définit les soins de santé primaires comme des soins de santé homogènes, intégrés, coordonnés, accessibles et viables. Ces soins soutiennent les personnes, les familles et les collectivités et les aident à prendre les meilleures décisions pour leur santé. Ils comprennent la prestation de renseignements et de conseils sur l'éducation et la promotion en matière de santé, la prévention des blessures, les évaluations de santé individuelles, le diagnostic et le traitement d'affections épisodiques ou chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation. Les services sont fournis par des professionnels des soins de santé qui possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités servies. L'équipe des soins de santé primaires travaille en partenariat avec les consommateurs et facilite, au besoin, leur utilisation des autres services reliés à la santé. Les soins de santé sont fournis selon un continuum de services, allant des politiques publiques et de l'éducation et de la promotion en matière de santé aux soins primaires, secondaires et tertiaires. L'intégration des soins de santé permet la coordination des services tout au long du continuum de soins, ainsi que la collaboration et la communication parmi les dispensateurs pour la planification et la prestation des services de soins de santé. Les personnes sont assurées de la continuité des soins.

3.2.2 Soins primaires

Le secteur des soins primaires englobe un certain nombre de programmes et de services. Les services sont centrés sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et sur la gestion des problèmes chroniques. C'est le secteur des soins de santé le plus abondamment utilisé par la population et il est donc présent, sous une forme ou une autre, dans chaque collectivité. Certains services sont offerts par le système public de soins de santé (le gouvernement provincial paie le service), tandis que d'autres sont offerts par le secteur privé (l'utilisateur paie le dispensateur directement). À l'aide de la terminologie et des étiquettes en usage aujourd'hui et reconnues par la population, voici, pour mieux définir le secteur, des exemples de programmes et de services de soins de santé primaires :

- Médecine familiale générale – cabinets de médecin
- Pharmacie – services pharmaceutiques cliniques
- Programme extra-mural – soins de santé à domicile, soins palliatifs
- Services de santé mentale – centres, cabinets privés de psychologue
- Services de soins dentaires – cabinets de dentiste
- Soins de longue durée – foyers de soins, foyers de soins spéciaux
- Services de santé publique – immunisation, nutrition, santé sexuelle
- Services de réadaptation – physiothérapie, ergothérapie, audiologie, orthophonie
- Services aux malades externes et consultations externes
- Cabinets de chiropraticien

- Thérapies complémentaires
- Services de traitement des dépendances – centres de désintoxication

Contrairement aux secteurs secondaires et tertiaires, où les services sont obtenus dans les hôpitaux, le secteur des soins primaires tend à avoir des points d'accès plus nombreux. Il existe de nombreux points de services et programmes faisant appel à différents dispensateurs de soins de santé des secteurs public et privé. Sur le plan organisationnel, la plupart fonctionnent de manière indépendante, chacun ayant son propre système de dossiers médicaux. Les mécanismes et les liens de communication entre les différents points de services ont tendance à être non structurés, ce qui exige de l'utilisateur ou du patient une plus grande vigilance pour obtenir les soins appropriés au bon moment du bon dispensateur.

Bon nombre des recommandations proposées par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé au sujet des soins de santé primaires visent à améliorer l'accès aux services grâce à une prestation des services mieux coordonnée et mieux structurée, en particulier en ce qui concerne les services de soins primaires financés par le gouvernement provincial.

3.2.3 Principes directeurs

Le Conseil propose que le renouvellement des soins primaires soit fondé sur les principes directeurs qui suivent. Ces principes faciliteront la mise en œuvre de la vision du Conseil, qui propose des services de soins de santé primaires homogènes, intégrés, coordonnés, viables et axés sur la personne. Les principes sont les suivants :

Accès axé sur la personne

Les services sont dispensés le plus près possible du domicile des gens. Certains services de santé, tels que les soins actifs à domicile et les soins de longue durée, devraient continuer à être fournis au domicile de la personne.

Les gens doivent clairement savoir à quels services de soins de santé primaires ils peuvent s'attendre à recevoir dans leurs collectivités et à quel endroit les autres services de soins de santé primaires sont fournis dans les cas où les services ne sont pas offerts dans leur propre localité.

Pour faciliter l'accès aux services, un éventail complet de soins ambulatoires est coordonné à partir d'un lieu de prestation unique. Les personnes qui sont orientées vers un autre dispensateur sont informées du nom de ce dispensateur et de la date à laquelle le service débutera.

Accent sur la promotion et l'éducation en matière de santé et la prévention des maladies

Les soins primaires comprennent non seulement le diagnostic et le traitement des maladies, mais aussi une vaste gamme de services visant le maintien d'une bonne santé et la prévention des maladies. Les dispensateurs de soins primaires s'efforcent de répondre aux besoins non satisfaits des collectivités au moyen d'activités comme des programmes de dépistage, un service de rappel et l'éducation à la santé. Les collectivités locales ont facilement accès à des programmes éducatifs en santé.

Milieu communautaire, en dehors des établissements

Les soins primaires seront offerts dans des milieux situés à proximité du domicile des gens. Les services de soins primaires offerts actuellement dans les établissements hospitaliers devraient être transférés dans des établissements d'accès plus facile. Toutefois, les appareils dispendieux utilisés à la fois par les services primaires et les services secondaires dans la même collectivité ne devraient pas s'y trouver en double.

Dans certaines collectivités, il pourrait être indiqué de placer les soins primaires et les services hospitaliers dans le même établissement, mais la régie régionale de la santé devrait gérer chaque secteur séparément.

Accessibilité des services

Les heures de service pour les services de soins primaires sont établies en fonction des besoins de la collectivité et de la disponibilité des professionnels de la santé. Les heures d'ouverture prennent en considération la vie professionnelle de la région, et la dotation en personnel tient compte de la vie communautaire. La population du Nouveau-Brunswick a accès à des services 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Continuum de services coordonné et visible

Les gens ont accès à un choix complet de services primaires, y compris des services de promotion et d'éducation en matière de santé et de prévention des maladies. La gamme de services de soins primaires est déterminée en fonction des besoins de la collectivité et de la disponibilité des professionnels de la santé. L'accès doit toutefois être coordonné.

Approche d'équipe de la prestation des services

Chaque dispensateur ou équipe de professionnels prend en charge une collectivité ou une région géographique et cherche à répondre aux besoins non satisfaits. L'équipe planifie et dispense les services en se concentrant sur tous les aspects du continuum des soins de santé primaires, y compris l'éducation et la promotion en matière de santé, la prévention des maladies et les soins secondaires et tertiaires. Des responsabilités clairement définies parmi les différentes professions enrichissent les rôles des différents dispensateurs. Le but recherché est de profiter pleinement des services de tous les dispensateurs en fonction de leurs connaissances, de leurs compétences et de leurs capacités respectives.

Un dossier de santé électronique par personne (protégé et confidentiel)

Les dispensateurs de services de soins primaires ont accès à un seul dossier de santé électronique par personne ou patient pour faire en sorte que les bons renseignements sont accessibles quel que soit l'endroit où les gens accèdent aux services ou la façon dont ils le font (en personne ou par téléphone). Les dispensateurs auront moins à compter sur la capacité des personnes d'expliquer les services et les traitements qu'elles ont reçus antérieurement d'autres dispensateurs de services de santé; de plus, l'utilisation des services et des traitements, y compris les médicaments sur ordonnance, s'en trouvera améliorée.

En arriver à un dossier de santé électronique par personne exige que l'on porte une attention particulière à la confidentialité. Le système de dossiers de santé doit reposer sur le principe du besoin de savoir quant à l'accès des dispensateurs. Des protocoles seront établis de façon à ce que la personne devienne « propriétaire » de son dossier de santé électronique, mettant ainsi en valeur le concept selon lequel le patient a, dans la mesure du possible, le contrôle sur qui a accès à son dossier. Il faut aussi prévoir l'accès du dossier en cas d'urgence médicale si l'état de la personne l'empêche de donner sa permission. Le dossier sera doté d'une fonction de suivi pour que la personne puisse voir qui a eu accès à son dossier de santé.

Points et dispensateurs de services branchés électroniquement

Les points de services des soins primaires, y compris les cabinets de médecins qui travaillent seuls ou en groupe et les autres lieux de prestation, seront branchés électroniquement au système de santé pour permettre les échanges électroniques, ce qui améliorera les processus de communication et de prestation des services, y compris l'accès au dossier de santé électronique du patient. Le secteur des soins primaires est aussi relié électroniquement aux établissements de soins secondaires et tertiaires.

3.2.4 Prestation des services de soins primaires

Distinctions dans la prestation

La diversité des services de soins primaires est illustrée non seulement par les différents dispensateurs qui participent à leur prestation, mais aussi par les différents milieux dans lesquels les services sont fournis.

Les personnes et les groupes ont accès à la majorité des services en se rendant dans les points de services. On reconnaît par ailleurs que la situation inverse se produit aussi, puisque certains dispensateurs de services se rendent auprès de la personne ou du groupe de clients. Des programmes tels que le Programme extra-mural et les services de Santé publique sont deux exemples dans lesquels la majorité des dispensateurs se rendent sur les lieux pour fournir les services (domicile, écoles, foyers de soins, centres communautaires, etc.).

Le Conseil estime que ces distinctions doivent être prises en compte dans le réaménagement du secteur des soins primaires.

Prestation des services

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé recommande que le renouvellement du système de santé englobe la notion selon laquelle les services sont offerts le plus près possible de la personne. Les percées dans les traitements médicaux et la technologie rendent ce but de plus en plus réalisable. Des interventions qui, auparavant, étaient uniquement pratiquées dans des établissements de soins secondaires et tertiaires sont maintenant réalisées dans des établissements de soins primaires ou même au domicile du patient.

Le Conseil reconnaît que, à l'heure actuelle, de nombreux soins primaires sont dispensés au cabinet du médecin et que la situation se poursuivra. Toutefois, pour améliorer l'accès local aux services, le Conseil croit que tous les services de soins primaires devraient, dans la mesure du possible, être fournis par l'entremise d'un réseau de centres de santé communautaires. Même s'il faudra du temps avant d'atteindre un tel objectif, le gouvernement peut tirer parti des modèles déjà en vigueur dans la province.

Certains éléments sont jugés essentiels à l'établissement des centres de santé communautaires. Le Conseil estime essentiel :

- Que le centre de santé communautaire soit perçu comme le « noyau » physique des soins de santé primaires dans la collectivité.
- Que les services de soins de santé, y compris les services d'urgence de base, soient accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Que les besoins de la collectivité déterminent les heures à service complet et la gamme de services fournie par le centre de santé communautaire.
- Que la prestation des services soit assurée en équipe.
- Que la continuité des soins soit facilitée par la création d'un dossier de santé électronique par personne.
- Que les collectivités plus nombreuses puissent avoir besoin de plus d'un centre de santé communautaire.
- Qu'il n'y ait pas de lits pour soins actifs.

La mesure dans laquelle les centres de santé communautaires offriront la pleine gamme des services de soins primaires variera selon la taille et les besoins de la population desservie par le centre. Il pourrait arriver que certains services de soins primaires soient offerts uniquement dans les centres plus grands, mais le centre de santé communautaire local sera relié à ce dernier pour y faciliter l'accès.

Les centres de santé communautaires assumeront une fonction de triage et d'accueil et une fonction d'évaluation et de diagnostic, y compris les radiographies de base, le prélèvement et le transport d'échantillons, des services de laboratoire de base et des services d'électrocardiogramme. La fonction de traitement et d'intervention nécessitera des fournitures médicales, chirurgicales et pharmaceutiques, ainsi qu'une salle de traitement pour les services de médecine familiale et les soins d'urgence de base. On trouvera également dans les centres de santé communautaires des programmes d'information, d'éducation et de promotion en matière de santé et des programmes de prévention.

Alors que les patients et les clients seront incités à prendre rendez-vous pour avoir accès aux services, certains services seront offerts par téléphone, et des services d'urgence de base seront accessibles durant les heures d'ouverture. Les personnes seront orientées vers les services appropriés, et, dans la mesure du possible, des rendez-vous seront fixés avant que la personne ne quitte le centre.

Le Conseil estime que chaque personne du Nouveau-Brunswick devrait avoir un médecin de famille afin d'assurer la continuité des soins et l'obtention de résultats optimaux pour les patients, et ce afin de permettre aux médecins d'offrir les meilleurs soins qui puissent être offerts. Cependant, une personne qui n'a pas de médecin de famille et qui a besoin de soins médicaux pourra, au centre de santé communautaire, avoir accès à des services médicaux dispensés par le médecin traitant, jusqu'à ce que des arrangements puissent être pris pour lui trouver un médecin de famille. Le même scénario s'appliquera aux personnes dont le médecin habituel n'est pas disponible, l'information étant transmise au médecin de famille à la fin de chaque quart de travail.

Le Conseil admet que différents points d'accès aux soins primaires continueront d'exister, y compris le cabinet du médecin, qui travaille en collaboration avec un personnel infirmier ou d'autres collègues. Tous les points de services seront reliés au centre de santé communautaire le plus près, où les patients peuvent être orientés vers d'autres services et obtenir des soins en dehors des heures de bureau.

Selon le Conseil, grâce au modèle de collaboration et à une approche d'équipe de la prestation des soins primaires, il ne sera pas nécessaire pour le médecin de famille de voir chaque patient qui a un besoin médical de base. D'autres membres de l'équipe de dispensateurs de soins de santé pourraient fournir la consultation et le traitement. Ces autres dispensateurs seraient joints par télésanté ou sur place au centre de santé communautaire. Pour assurer la continuité des soins, toutefois, il est important que le médecin de famille continue à jouer un rôle central dans le plan de soins du patient. Des mécanismes de communication efficaces, y compris le dossier de santé électronique, doivent être établis pour soutenir le rôle clé qu'assume le médecin de famille.

Les services qui seront fournis au centre de santé communautaire par d'autres dispensateurs de soins de santé, conformément au plan de soins, soutiendront le travail réalisé par l'équipe formée du médecin et du personnel infirmier au cabinet du médecin. De tels services comprendraient, par exemple :

- Prestation de renseignements généraux concernant les services de santé, leur emplacement et la façon d'y accéder, y compris l'orientation des personnes vers d'autres services.
- Éducation et promotion de modes de vie sains pour les enfants, les adultes et les personnes âgées.
- Services de santé complets pour les enfants, y compris des soins prénatals et postnatals, des conseils sur l'allaitement maternel, le développement de la petite enfance et la maturité scolaire, l'apprentissage de compétences parentales et d'aptitudes à la vie, la nutrition, l'immunisation et des cliniques pour bébés et enfants d'âge préscolaire.
- Médecine familiale générale soutenue par des outils et du matériel diagnostiques de base.
- Cliniques de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que soins de suivi aux malades chroniques et gestion des comportements à risque.
- Éducation et conseils en matière de santé sexuelle, et traitement des maladies transmises sexuellement.

- Services de soins palliatifs, y compris le contrôle de la douleur.
- Évaluation gériatrique.
- Évaluation et éducation en matière de médicaments.

Accès à des services de soins d'urgence de base

La population doit être assurée d'avoir accès à un personnel spécialisé pour répondre 24 heures sur 24, en personne ou par téléphone, à ses besoins en matière de santé. Les centres de santé communautaires ne seraient pas tous ouverts en permanence; par contre, dans les points de services fermés, les appels téléphoniques seraient réacheminés vers un point de services ouvert jour et nuit. Les gens qui se rendent en personne au point de services seront informés du point de services le plus près.

Le Conseil est d'avis que le nombre de personnes, le nombre de médecins et des autres dispensateurs de soins de santé qui peuvent fournir des services et une distance d'environ 50 km devraient guider l'évolution des centres de santé communautaires et leur emplacement. Un centre de santé communautaire ou un établissement de soins secondaires qui fournit un tel service sera doté en permanence d'un personnel infirmier, qui a accès à un médecin sur les lieux ou par téléphone. Il s'ensuit que la pression devrait être moindre dans les salles d'urgence des établissements de soins secondaires et tertiaires.

À l'heure actuelle, un programme de télé-soins complète les services d'urgence. Le service est assuré par un personnel infirmier et peut comprendre des évaluations et des orientations, de l'information et de l'éducation en matière de santé et un soutien aux soins autogérés. Durant les séances publiques et les séances avec les intervenants, le Conseil a entendu des commentaires positifs et négatifs sur le service. Dans certaines régions de la province, le service est abondamment utilisé, et le personnel des soins de santé incite les gens à y avoir recours. Dans d'autres, quels que soient les conseils dispensés par Télé-Soins, les gens se présentent quand même à l'urgence. Le Conseil recommande donc la réalisation d'un examen externe du programme Télé-Soins.

Chaque régie régionale de la santé peut décider d'avoir un contrat avec Clinidata. Après avoir évalué le contrat actuel, les régies régionales de la santé pourraient envisager d'élargir les arrangements de façon à ce que les personnes qui téléphonent et qui sont dirigées vers un centre de santé communautaire ou l'urgence y soient attendues lorsqu'elles s'y présentent et que tous les renseignements soient communiqués au médecin de famille. Il serait essentiel, pour assurer la prestation de soins homogènes, de mettre au point un moyen d'intégrer les appels à Clinidata à un dossier de santé unique.

Le Conseil est d'avis que le mode de rémunération à l'acte en vigueur pour les médecins est un obstacle à l'adoption d'approches innovatrices de la prestation des soins primaires. Notre recherche laisse entendre que d'autres formes de rémunération, un traitement annuel par exemple, devront être appliquées pour permettre la mise en œuvre du modèle des centres de santé communautaires. Le Conseil estime aussi que les médecins ne devraient pas être contraints, mais plutôt incités à travailler dans les centres de santé communautaires grâce à des mesures incitatives pertinentes.

Services d'ambulance

Les services d'ambulance constituent une composante intégrale et essentielle du système des soins de santé. Le service assure un filet de sécurité à la population du Nouveau-Brunswick, qui compte de plus en plus sur un système fiable de soins d'urgence préhospitaliers. Les services d'ambulance sont plus qu'un service de transport; ils apportent aux patients les soins offerts dans un service d'urgence. À la suite de la restructuration des soins hospitaliers, il est plus souvent nécessaire qu'auparavant de transférer des patients d'un établissement de soins de santé à un autre, et la gravité de l'état des patients durant le transfert s'est accrue. Des services d'ambulance efficaces sont nécessaires pour soutenir un système de soins de santé communautaire axé sur le patient. D'autres changements au système de soins de santé pourraient exiger la révision du programme d'ambulance aérienne, dont l'ajout d'une capacité de transport par hélicoptère.

Il est prouvé qu'un service d'ambulance bien établi réduit le nombre de décès et la gravité des maladies ou des blessures en fournissant rapidement des soins préhospitaliers efficaces. Les éléments clés d'un service d'ambulance bien établi sont les suivants :

- Un système téléphonique d'urgence 911.
- Un système de répartition qui évalue rapidement les besoins de la personne qui téléphone et envoie les ressources appropriées.
- La capacité pour une ambulance d'atteindre la personne dans le besoin le plus rapidement possible, idéalement en moins de 10 min.
- La capacité pour le personnel d'ambulance de pratiquer des interventions nécessaires à la survie, par exemple la RCR, l'assistance respiratoire, la défibrillation ainsi que l'administration d'oxygène, de liquide et de médicaments.

En 1999, le gouvernement a demandé au ministère de la Santé et du Mieux-être de mener un examen interne des services d'ambulance. L'examen visait à fournir des options stratégiques à prendre en considération dans la conception, la prestation et le financement des services d'ambulance. Le processus a consisté entre autres dans des consultations avec les intervenants, une enquête nationale sur la prestation des services d'ambulance et la consultation d'un comité de spécialistes sur les systèmes de services médicaux d'urgence.

En ce qui concerne les coûts de prestation et les délais d'intervention, l'examen a révélé que le système des services d'ambulance du Nouveau-Brunswick est généralement à la hauteur de celui de la plupart des provinces. Dans des secteurs comme la répartition centralisée, l'approvisionnement en véhicules et l'administration du système, le Nouveau-Brunswick est perçu comme un chef de file. Toutefois, des améliorations importantes s'imposent dans plusieurs autres secteurs; on constate en particulier l'absence de délais d'intervention officiellement établis, l'absence d'une direction médicale au niveau provincial, le niveau relativement peu élevé de formation du personnel des services d'ambulance, et l'absence d'une approche planifiée de la prestation des services de réanimation d'urgence.

Le Conseil appuie plusieurs des recommandations clés qui ont découlé de l'examen. Ces recommandations devraient être mises en œuvre en collaboration avec les régies régionales de la santé et les intervenants appropriés. L'examen recommande :

- Qu'un délai d'intervention en cas d'urgence soit établi pour les services d'ambulance. Le délai d'intervention en région urbaine devrait être de moins de 9 minutes pour 90 % des appels; le délai d'intervention en région rurale devrait être de moins de 25 minutes pour 90 % des appels. Un délai d'intervention est défini comme l'intervalle de temps qui s'écoule entre la réception de l'appel par le répartiteur d'ambulance jusqu'à l'arrivée de l'ambulance sur les lieux de l'incident.
- Qu'une direction médicale au niveau provincial soit établie pour les services d'ambulance. La participation des médecins permettra d'améliorer les programmes cliniques, de répondre aux besoins du public en matière d'éducation et d'assurer des liens et l'intégration du système.
- Que les soins immédiats en réanimation soient établis comme le niveau minimum de soins cliniques à l'échelle de la province, et que la formation du personnel d'ambulance suive le profil de compétences approuvé par l'Association médicale canadienne. Le niveau de services cliniques désigne le genre de soins que le service d'ambulance doit fournir et la compétence clinique des dispensateurs de services. Une telle mesure donnerait lieu à une hausse du nombre d'heures de formation, qui passerait de 350 à 1 200.
- Dans la mesure du possible, que des services de réanimation d'urgence soient offerts. Ces services comprennent la ventilation artificielle, la pose de lignes intraveineuses, les électrocardiogrammes et l'administration de médicaments. La décision d'offrir des services de réanimation d'urgence doit être fondée sur des preuves. L'information doit clairement montrer que la prestation de services de réanimation d'urgence donne lieu à des résultats positifs pour les patients.
- Que des efforts soient faits pour intégrer davantage les membres du personnel des services d'ambulance au système de soins de santé en déterminant des possibilités appropriées et réalisables d'élargir la portée de leur intervention dans la prestation des soins de santé sans nuire aux délais d'intervention.
- Qu'un système de répartition central unique soit en vigueur pour les services d'ambulance terrestre et aérienne. Grâce à une fonction de répartition, chaque demande est évaluée par un personnel qualifié, et une intervention par ambulance est entamée. De plus, des services sont fournis avant l'arrivée de l'ambulance à la personne qui appelle. Saint John est la seule région qui a son propre service de répartition d'ambulance.

Autres recommandations du Conseil

Bien que le Conseil appuie une fonction de répartition centralisée unique pour les services d'ambulance, il reconnaît le manque de coordination entre la répartition des ambulances et d'autres fonctions de répartition des services d'urgence, y compris les programmes d'assistance médicale des secouristes opérationnels des services d'incendie et de police. (Un secouriste opérationnel est un agent de police, un pompier ou une autre personne comme un sauveteur ou un secouriste d'entreprise qui répond aux situations d'urgence médicale.) Le Conseil recommande l'examen des organismes de secouristes opérationnels actuels dans le but d'encourager un certain degré d'intégration et de coopération et d'aboutir à un service plus efficace. Quand la situation le justifie, le Conseil est d'avis qu'il faudrait instaurer un programme de secouristes opérationnels pour raccourcir les délais d'intervention. Il est probable que de tels programmes soient nécessaires dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick, où les délais d'intervention sont plus longs. De plus, le Conseil recommande la promotion d'une approche plus intégrée de la répartition de tous les services de sécurité publique au moyen d'un centre de répartition commun.

Conformément à la recommandation du rapport d'examen interne, le Conseil propose de réduire le nombre de contrats de services d'ambulance, qui s'élève actuellement à 52. Comme première étape du regroupement, le nombre des contrats de service devrait coïncider avec le nombre de régions sanitaires.

Les transferts entre établissements, y compris de l'hôpital au foyer de soins ou du foyer de soins à l'hôpital, comptent pour la majorité des sorties d'ambulance annuelles. D'un point de vue administratif, aucune distinction n'est faite entre les transferts entre établissements et les autres appels plus urgents, tels que les accidents de la route et au travail et les appels venant de résidents du Nouveau-Brunswick. Or, l'efficacité pourrait être accrue par l'exploration d'autres méthodes pour les transferts non urgents de patients entre les hôpitaux et les foyers de soins.

À l'heure actuelle, la répartition centrale des ambulances, la gestion des recettes, l'approvisionnement en véhicules et en matériel et la surveillance de la qualité sont des fonctions centralisées. Cette centralisation des fonctions vise à accroître l'efficacité de la prestation des services d'ambulance. Ce sont les fournisseurs privés ayant un contrat avec le ministère de la Santé et du Mieux-être qui s'occupent de ces quatre fonctions. Le Conseil n'a connaissance d'aucun problème important qui porte à croire que l'arrangement actuel nécessite des modifications. Toute décision future concernant la modification de la structure actuelle devrait être fondée sur des preuves.

Responsabilités des régies régionales de la santé

À l'heure actuelle, les soins primaires ne sont pas gérés comme un système. Ils consistent en une myriade de cabinets de médecins, de centres médicaux, de cliniques sans rendez-vous et de services offerts par les corporations hospitalières régionales dans les hôpitaux et en dehors des hôpitaux, y compris le Programme extra-mural, 19 centres de santé et les services de dépendance et de désintoxication. Les soins primaires consistent aussi dans des programmes et des services fournis par le ministère de la Santé et du Mieux-être, par exemple ceux des Services de santé publique et des Services de santé mentale, auxquels s'ajoutent les soins de longue durée et les soins en foyer de soins assurés par le ministère des Services familiaux et communautaires.

Pour réaliser la vision d'un système de santé véritablement intégré, coordonné et axé sur la personne, le Conseil recommande de mettre la prestation des soins primaires sous l'égide d'une structure de gouverne unique, soit la régie régionale de la santé. Placer la pleine gamme des soins primaires financés par le gouvernement sous l'autorité d'une structure de gouverne régionale unique recentrera les soins de santé dans la province. Les intervenants pourront alors mieux voir les enjeux et les défis importants des soins de santé primaires, soit leur l'organisation, l'élimination des lacunes, la réduction du cloisonnement entre les services, la continuité des soins parmi les services de santé primaires et la coopération avec les services secondaires et tertiaires. Les régies régionales de la santé seraient chargées de collaborer avec les médecins de famille et les autres professionnels de la santé afin d'améliorer la prestation du réseau des soins primaires. Les régies seraient aussi chargées de déterminer les besoins de la population en matière de soins primaires au sein de leur région et de jouer un rôle actif dans l'élaboration d'un plan de santé provincial. Tous les services seront gérés de façon à être axés sur les besoins des personnes et des collectivités et à intégrer les services et les programmes dans la région.

De plus, le Conseil recommande que les régies régionales de la santé soient chargées de la prestation des services d'ambulance dans leur région. Par la suite, il serait attendu des régies régionales de la santé d'avoir une entente avec un fournisseur. L'entente tiendrait compte des normes de programme approuvées et des indicateurs du rendement et serait compatible avec le plan de santé provincial. Chaque régie fournirait le financement nécessaire et surveillerait l'efficacité du service. Les régies régionales de la santé présenteraient aux fins d'approbation un plan triennal portant sur les services d'ambulance dans leur région.

Comme pour les autres programmes dont la gestion est confiée aux régies régionales de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être aurait la responsabilité d'établir des normes de programme et des indicateurs du rendement et d'approuver le plan de santé régional. De plus, le Conseil recommande que le ministère de la Santé et du Mieux-être soutienne les régies régionales de la santé dans leurs efforts d'intégration des programmes et services au niveau régional.

Les rôles et responsabilités des régies régionales de la santé sont décrits dans le chapitre sur le cadre redditionnel.

Rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être

Comme l'a déjà énoncé le Conseil dans son document de travail sur le renouvellement de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être devra modifier son rôle dans l'avenir. La principale responsabilité du ministère sera d'établir l'orientation et les priorités générales du système de santé au moyen du plan de santé provincial. Les régies régionales de la santé seront chargées de gérer et de fournir les services et les programmes conformément au plan de santé provincial. En conséquence, les responsabilités du ministère de la Santé et du Mieux-être dans la prestation des services de santé seront moindres.

Cependant, le Conseil estime que le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait continuer à gérer certains programmes et services, notamment le bureau du médecin-hygiéniste en chef, les services d'inspection de la Santé publique, l'Assurance-maladie, le Plan de médicaments sur ordonnance, le Service provincial d'épidémiologie, le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick et les Statistiques de l'état civil. Ces programmes et ces services nécessitent un petit nombre de professionnels hautement spécialisés, et une gestion centrale de ces services assure une meilleure utilisation des ressources.

En 2000, le vérificateur général s'est penché sur les inspections des établissements de services alimentaires et de l'eau potable. Le *Rapport du vérificateur général 2000* montre qu'un contrôle et une reddition de comptes provinciale accrus s'imposent. Le vérificateur général a attiré l'attention en particulier sur la question de la surveillance provinciale ou centrale et le contrôle des fonctions de réglementation, le manque d'uniformité dans l'application des règlements ainsi que le manque de surveillance et de gestion à l'échelle régionale des établissements de services alimentaires et de l'eau potable. Le Conseil est d'avis qu'un contrôle plus direct des inspections des services alimentaires et de l'eau permettrait au ministre de mieux réagir aux situations et de mieux rendre compte des résultats des inspections de Santé publique et de la sécurité du public. Le Conseil recommande aussi que le personnel des régies régionales de la santé, sous la direction du bureau provincial du médecin-hygiéniste en chef, s'occupe de la fonction d'enquête sur les éclosions de maladies infectieuses.

3.3 Soins secondaires et tertiaires

3.3.1 Introduction

Le renouvellement du système de soins de santé primaires signifie un rôle révisé pour le système hospitalier du Nouveau-Brunswick. Logiquement, il devrait s'ensuire une réorientation dans l'affectation des ressources, de même qu'une redéfinition du rôle et des responsabilités des services hospitaliers. Ces deux aspects sont essentiels pour la réussite du renouvellement du système de santé. Les soins hospitaliers doivent être centrés sur deux niveaux de soins : les soins secondaires et les soins tertiaires. Pour faire en sorte que le système de santé dispense des services de santé coordonnés, intégrés et axés sur le client, des liens étroits doivent continuer à exister entre le système hospitalier et le secteur des soins primaires.

De façon générale, la prestation de services publics à une population peu nombreuse et dispersée – un peu plus de la moitié des 753 000 résidents du Nouveau-Brunswick habitent en région rurale – constitue un défi. Cette constatation est particulièrement vraie pour les services de soins de santé secondaires et tertiaires, qui font appel à des compétences et à du matériel de pointe. Ainsi, les soins médicaux actifs et la chirurgie nécessitent des médecins, du personnel infirmier et autres dispensateurs ayant une formation particulière. Les tests de diagnostic tels que la tomographie par ordinateur, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique nécessitent des techniciens spécialisés pour faire fonctionner les appareils et des radiologues pour interpréter les résultats. Bien que le pourcentage de la population ayant recours à la majeure partie des services de soins hospitaliers soit faible, ces services doivent être accessibles à tous.

Attirer et garder les médecins et d'autre personnel hautement qualifié dont on a besoin pour dispenser des services spécialisés au Nouveau-Brunswick n'a jamais été une tâche facile. Vu la pénurie de médecins, de personnel infirmier et de pharmaciens d'hôpital partout au Canada, le défi est encore plus grand. Cette pénurie de ressources se fera sentir dans la prestation de tous les services de santé, et en particulier dans les services hospitaliers.

3.3.2 Définition

Les services de soins secondaires consistent dans des soins spécialisés faisant appel à des procédures diagnostiques et des traitements perfectionnés et complexes qui sont habituellement fournis en milieu hospitalier. Les services de soins tertiaires consistent dans des soins qui exigent des traitements et des compétences hautement spécialisés; il s'agit habituellement de modes de traitement et de diagnostic soutenus par des technologies particulières et des services de soutien spécialisés.

Certains services secondaires et tertiaires sont fournis localement dans les établissements de soins primaires, au domicile du patient ou dans des établissements de soins secondaires, et l'aspect clinique de ces services (évaluation du diagnostic, planification des soins et surveillance) est géré par les établissements de soins secondaires ou tertiaires, qui en assurent le soutien.

Services de soins secondaires

Les principaux services de soins secondaires fournis dans la province sont les suivants :

- Anesthésie (généralistes et spécialistes)
- Cardiologie
- Chirurgie générale
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Dermatologie
- Gériatrie
- Maladies infectieuses
- Médecine interne générale
- Obstétrique et gynécologie (de base)
- Obstétrique et gynécologie (à risque élevé)
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Services externes de néphrologie
- Services externes d'oncologie médicale
- Services de laboratoire secondaires
- Services d'urgence
- Soins néonataux intensifs
- Soins primaires complexes
- Soins psychiatriques (de courte durée)
- Réadaptation secondaire
- Urologie

Services de soins tertiaires

Les services qui suivent se trouvent dans la catégorie des soins tertiaires :

- Chirurgie cardiaque
- Néonatalogie
- Néphrologie
- Neurochirurgie, soins neurologiques intensifs
- Oncologie
- Psychiatrie tertiaire
- Réadaptation tertiaire

3.3.3 Principes directeurs

Pour changer tout système, l'adhésion à un ensemble de principes directeurs fondés sur des preuves est fondamental dans la prise des décisions. Cela est encore plus incontournable dans un système étendu et complexe comme celui des soins de santé, où la plupart des décisions font appel à un grand nombre d'intervenants. La population du Nouveau-Brunswick se préoccupe grandement de la fiabilité et de la viabilité de son système de soins de santé. Les gens voient et entendent quotidiennement des choses à propos des échecs et des succès du système.

Les changements démographiques entraîneront dans l'avenir des pressions accrues, ce qui mettra les ressources à rude épreuve tant sur le plan de la disponibilité des professionnels de la santé que des ressources financières. Il est donc essentiel que les décisions soient prises sur la base de preuves solides. En conséquence, le Conseil a déterminé plusieurs principes clés qui devront être pris en compte dans toutes les décisions reliées au plan directeur provincial en matière de santé :

- **Qualité** : maintenir une masse critique et regrouper les services dépendants de manière à assurer les meilleurs résultats pour les patients.
- **Viabilité** : améliorer la viabilité à long terme des services.
- **Accessibilité** : proximité, opportunité, caractère approprié et disponibilité.
- **Efficience** : assurer l'accès en réduisant le plus possible le double emploi.

La plupart des soins actifs nécessitent la prestation de services disponibles en permanence pour répondre aux besoins émergents et urgents. La planification se fonde sur les besoins de la population et des patients. Il faut une masse critique de patients pour soutenir un nombre suffisant de dispensateurs afin d'assurer la continuité des services et maintenir les compétences cliniques. Cela signifie qu'il faut un minimum de quatre médecins actifs, comme le propose l'Association médicale canadienne, pour doter d'un personnel suffisant un service de soins secondaires ou tertiaires. Un tel personnel permet de couvrir les périodes de garde et les fluctuations dans la demande, de composer avec les absences périodiques ou imprévues de collègues, de favoriser le recrutement et le maintien et de soutenir les activités d'éducation continue en médecine. Le service doit également pouvoir continuer à fonctionner sans interruption majeure en cas de départ de dispensateurs de soins clés.

Pour assurer la qualité du service dans le cas des services spécialisés, les spécialistes doivent pouvoir consulter leurs collègues et avoir accès à des appareils spéciaux de diagnostic et d'intervention chirurgicale et au savoir-faire de collègues d'autres disciplines.

Assurer un accès adéquat aux services dépend de plusieurs facteurs. On doit décider de l'emplacement des points de services et des professionnels de la santé dont on a besoin pour les programmes cliniques, de la rapidité avec laquelle les gens pourront avoir accès aux services et aux traitements (temps d'attente) et des mesures à prendre pour fournir le service dans la langue officielle préférée de la personne.

Le Conseil sait que le ministère de la Santé et du Mieux-être a lancé une initiative de planification au début de l'an 2000 en collaboration avec les huit corporations hospitalières régionales actuelles dans le but de déterminer les possibilités d'amélioration du système hospitalier en place par le réaménagement des services cliniques. Le groupe de travail a reçu le mandat de fournir un apport clinique à la planification du système au niveau des services secondaires et tertiaires. Le mandat comprend la détermination des programmes cliniques et du nombre et des genres de lits nécessaires à tous les niveaux de soins. Le groupe de travail a examiné la répartition et la nature actuelles des services cliniques fournis en milieu hospitalier à la population du Nouveau-Brunswick en se fondant sur les données relatives aux congés de patients hospitalisés et aux programmes de chirurgie de jour. L'examen a également porté sur la répartition et les activités des médecins dans la province et sur le regroupement des services cliniques dans chaque hôpital.

Cependant, la planification du système de soins secondaires et tertiaires doit aller au-delà de l'utilisation actuelle des services par la population du Nouveau-Brunswick. La mobilité de la population, les données démographiques, l'évolution des besoins et les percées en pharmacothérapie, en soins médicaux et en technologie tant pour le diagnostic que le traitement des patients sont des exemples de facteurs dont il doit être tenu compte dans le plan directeur provincial en matière de santé.

Bien qu'il poursuive ses travaux, le groupe de travail a fait part au Conseil des constatations auxquelles il est parvenu jusqu'à présent. À l'heure actuelle, plus de 70 % des services secondaires à volume élevé fournis aux patients hospitalisés et en chirurgie de jour ont été analysés, de même que certains services tertiaires. Les preuves recueillies forment la base des recommandations du Conseil en matière de services de soins secondaires et tertiaires.

3.3.4 Prestation des services

Services de soins secondaires

Le Conseil a conclu, sur la base des principes de qualité, de viabilité, d'accès et d'efficacité, que les huit hôpitaux régionaux actuels devraient continuer à fonctionner comme tels. Le Conseil estime également que certains hôpitaux régionaux ne seront pas en mesure d'offrir la pleine gamme des soins secondaires mentionnés précédemment.

Un état qui nécessite des soins primaires complexes représente environ 33 % du total des hospitalisations et des chirurgies de jour dans le système hospitalier du Nouveau-Brunswick. Il s'agit en majeure partie de cas courants et relativement peu compliqués tels que troubles digestifs généraux, pneumonie et pleurésie, maladies pulmonaires, bronchite, insuffisance cardiaque, démence, soins palliatifs et soins de convalescence. La plupart des patients sont traités dans leur propre collectivité dans des hôpitaux communautaires et reçoivent leurs soins sous la supervision de médecins de famille.

Les hôpitaux communautaires contribuent à faire en sorte que les hôpitaux de soins secondaires et tertiaires servent à la prestation de soins actifs à court terme dans les cas complexes et à empêcher que les lits y soient occupés de façon prolongée. Les hôpitaux communautaires sont efficaces pour stabiliser les patients en vue de leur transfert dans des établissements plus spécialisés, et pour recevoir des patients transférés de centres de soins secondaires ou tertiaires qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de convalescence ou de services de réadaptation.

Tous les hôpitaux communautaires offrent des soins primaires complexes et des services d'urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine. Certains hôpitaux ont une masse critique suffisante qui leur permet de fournir des services de chirurgie générale ou de chirurgie de jour, et un petit nombre offre des services d'obstétrique.

Le regroupement de certains services secondaires en un seul établissement pourrait améliorer la qualité des soins sans compromettre l'étendue et l'accès. Le Conseil ne possède toutefois pas l'information dont il a besoin pour terminer le plan directeur en matière de santé pour les établissements de soins secondaires. En conséquence, le Conseil recommande que le ministère de la Santé et du Mieux-être, en collaboration avec les régies régionales de la santé, achève la composante des soins secondaires dans les hôpitaux régionaux du plan directeur provincial en matière de santé. De plus, le Conseil recommande que les décisions soient fondées sur les principes directeurs décrits précédemment.

Le Conseil reconnaît que certains hôpitaux communautaires offrent des services tels que des services de chirurgie et d'obstétrique uniquement en raison de la présence d'un seul chirurgien ou médecin de famille. Par leur nature, ces services ne sont pas viables. Dans ces cas, le Conseil recommande que les services offerts actuellement soient considérés comme un droit acquis pendant que le médecin et l'infrastructure est disponible.

Services de soins tertiaires

Le Conseil a reçu l'avis d'experts sur le maintien de services de soins tertiaires viables et de qualité. À l'exception des services de chirurgie cardiaque, tous les services tertiaires offerts dans la province sont fournis dans plus d'un point de services. La demande de services et la disponibilité des spécialistes pourraient exiger le regroupement de certains services tertiaires en un seul lieu. De plus, comme le Nouveau-Brunswick est une petite province à la population dispersée, il a des besoins uniques qui doivent être pris en considération dans la détermination de l'emplacement des services tertiaires.

L'absence de preuves empêche le Conseil de formuler des recommandations particulières sur la question des points de services pour les services tertiaires. Cependant, les programmes offerts dans plus d'un lieu doivent être examinés à la lumière de leur utilisation actuelle et future et, le cas échéant, faire l'objet de regroupements.

Quel que soit le nombre de points de services, les services tertiaires doivent conserver une perspective provinciale tout en maintenant la participation de toutes les régies régionales de la santé. Des mécanismes doivent faire en sorte que les questions régionales d'accès, d'égalité et de communication sont incluses dans le plan de santé provincial afin d'assurer le suivi et des liens régionaux. De plus, l'évaluation doit être une composante généralisée. Ces questions conserveront leur importance, puisque les Néo-Brunswickois seront plus nombreux à accéder au système.

3.3.5 Rôle des régies régionales de la santé

Les soins actifs au Nouveau-Brunswick doivent former un système de santé intégré, dans lequel la planification est fondée sur les besoins de la population et des patients. Les services fournis dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick doivent aussi faire partie d'un système hospitalier intégré. Un tel système harmonise la planification hospitalière avec la planification des ressources médicales et la relation entre les hôpitaux et les dispensateurs. De plus, il fait en sorte que le réseau hospitalier fournit les meilleurs services possible dans le lieu le plus approprié et au moment le plus opportun.

Dans un tel système hospitalier intégré, les patients sont régulièrement transférés d'établissements plus petits à des établissements plus importants, qui sont en mesure de répondre aux besoins plus complexes. Souvent, les patients sont de nouveau transférés aux établissements locaux ou à un programme de soins de santé à domicile, qui fournissent des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

Dans le contexte du cadre reditionnel décrit plus loin dans le rapport, les régies régionales de la santé sont chargées de déterminer les besoins de la population de leur région en matière de soins secondaires et tertiaires. Elles ont un rôle actif à jouer dans l'élaboration d'un plan de santé provincial et devront mettre en œuvre et gérer le plan de santé approuvé pour les services de soins secondaires et tertiaires. À l'heure actuelle, tous les soins secondaires offerts dans la province ne sont pas offerts dans toutes les régions, et les services tertiaires sont offerts dans quelques régions seulement. Cette situation se poursuivra. Les régies régionales de la santé doivent assurer aux résidents de leur région l'accès ailleurs à des services de soins secondaires et tertiaires de qualité s'ils ne sont pas offerts dans la région.

Le renouvellement des soins de santé primaires limitera l'hospitalisation aux personnes qui ont besoin de procédures diagnostiques et de traitements spécialisés. L'importance accrue accordée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, à l'information et à l'éducation en matière de santé et à la gestion proactive des maladies chroniques contribuera aussi à atténuer la pression actuelle qui étouffe nos hôpitaux. C'est la raison pour laquelle la planification du système de soins secondaires et tertiaires doit devenir une démarche annuelle.

3.4 Équipe de prestation des services de soins de santé

3.4.1 Introduction

Le système de santé proposé par le Conseil suppose que les professionnels de la santé et les dispensateurs de services qui travaillent dans le système jouent des rôles appropriés et optimisés. Il repose également sur une approche interdisciplinaire selon laquelle les compétences de tous les dispensateurs s'unissent de façon à aboutir aux meilleurs résultats possibles pour les gens qu'ils servent.

L'approche interdisciplinaire ne signifie pas que la personne aura à sa disposition une équipe complète pour voir à ses besoins. Selon le cas, la personne aura accès au dispensateur le plus approprié pour traiter ce besoin, les compétences des autres dispensateurs étant mises à contribution s'il y a lieu. L'approche interdisciplinaire assurera la continuité des soins, puisque les renseignements médicaux au sujet de la personne seront contenus dans un unique dossier de santé électronique, qui éliminera les obstacles au partage de l'information tout en protégeant la vie privée de la personne.

L'approche interdisciplinaire exige une véritable collaboration parmi et entre les dispensateurs. Les questions de « querelles de clocher » seront résolues, et chaque dispensateur sera en mesure de mettre à contribution la pleine gamme de compétences pour laquelle il a été formé.

La transition à une nouvelle approche de la prestation des services nécessitera la participation de nos professionnels de la santé, qui constituent notre ressource la plus précieuse au sein du système de prestation des services. Leurs préoccupations et leurs questions devront être entendues et traitées.

3.4.2 Équipe de prestation des soins primaires

Le cabinet du médecin

Une pierre angulaire de la prestation des soins de santé primaires continuera à être le médecin de famille, qui travaille en collaboration avec un personnel infirmier. Dans ce contexte, la collaboration signifie que les médecins et le personnel infirmier participent tous les deux à la prestation des soins aux patients, à la prévention, à l'éducation et au suivi. De nombreux médecins de famille choisissent de ne pas travailler seuls, mais plutôt de se joindre à un groupe de médecins travaillent en collaboration et avec d'autres professionnels, du personnel infirmier en particulier, pour servir un groupe de patients. Une bonne partie de la population du Nouveau-Brunswick continuera de recevoir des services de soins de santé de qualité de ces équipes formées de médecins et de personnel infirmier. Toutefois, de nombreux patients ont des besoins plus complexes ou requièrent d'autres services et outils diagnostiques. Voici où interviennent les centres de santé communautaires. Le cabinet du médecin sera relié à une équipe interdisciplinaire plus importante basée au centre. Le centre de santé communautaire le plus près peut aussi prendre les appels téléphoniques durant les heures de fermeture du cabinet, ce qui assure aux patients un accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Il y aura lieu de revoir les mécanismes de rémunération des médecins qui exercent selon un tel modèle, surtout que le rôle du personnel infirmier sera élargi et comprendra un plus grand nombre de tâches.

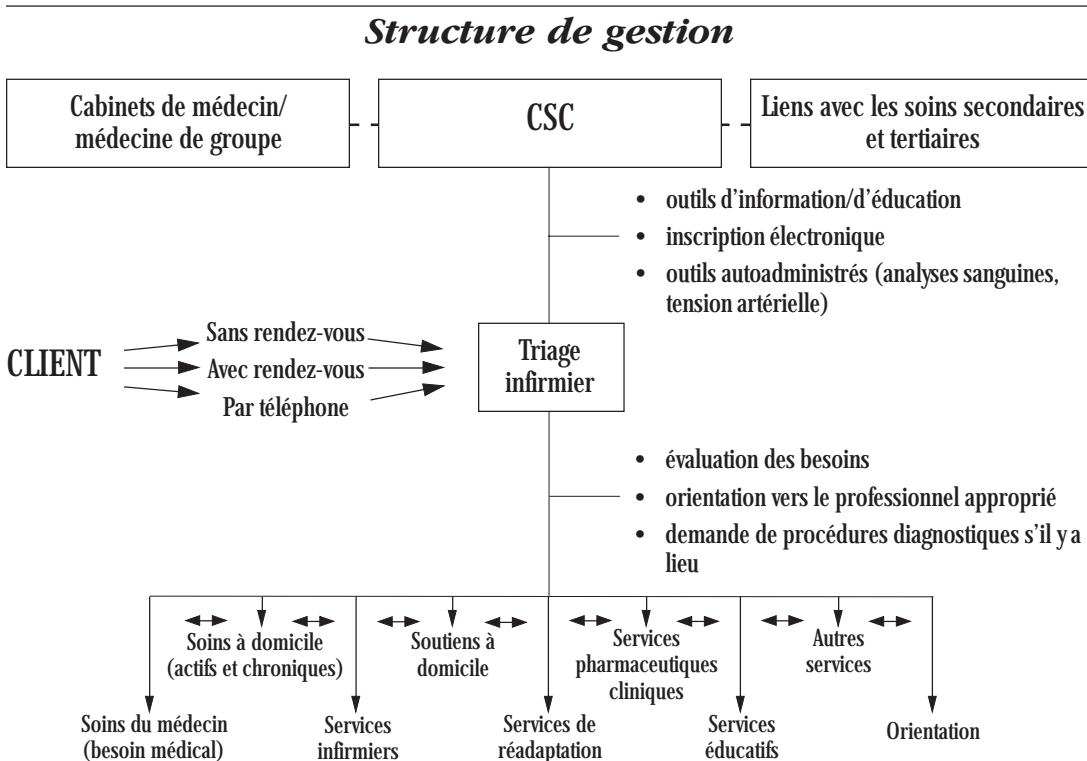
Centre de santé communautaire

Des équipes de professionnels de la santé seront chargées de la prestation des services à une collectivité ou à une région géographique donnée. L'équipe peut comprendre, mais sans s'y limiter, des médecins, du personnel infirmier, y compris des infirmières des services de santé publique et de santé mentale, de VON, du Programme extra-mural et des centres de santé, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des travailleurs sociaux, des diététistes, des nutritionnistes, des aides en réadaptation et des psychologues. Les membres de l'équipe et la gamme de services qu'ils fournissent pourront, avec le temps, être logés dans les mêmes installations, mais dans les cas où cela n'est pas possible, l'équipe sera tout de même fonctionnelle, et ses membres seront reliés électroniquement.

Le centre de santé communautaire doit servir ses groupes de patients et clients réguliers, mais aussi, dans la collectivité, la population qui n'a pas accès aux services par d'autres moyens (pas de médecin de famille, dispensateur de soins de santé habituel non disponible, besoin après les heures d'ouverture).

3.4.3 Structure de gestion

Chaque professionnel au sein de l'équipe aura des rôles précis et, dans certains cas, élargis. Du point de vue du dispensateur et du client, le centre de santé communautaire peut être illustré comme suit :



Les centres de santé communautaires bénéficieront de l'élargissement des rôles infirmiers. Dans le domaine des services de triage, le personnel infirmier aura besoin d'expérience des soins actifs et des soins communautaires et d'une formation supplémentaire en matière d'évaluation et de pharmacologie. Les responsabilités du personnel infirmier devraient être étendues pour englober la demande de procédures diagnostiques et l'orientation vers les professionnels appropriés ou le congé, s'il y a lieu. Le personnel infirmier pourrait aussi se charger de nombreuses fonctions sur le plan de l'éducation, devenant ainsi le premier responsable de l'éducation des patients, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la gestion des maladies chroniques. Il est crucial, dans le système qui est proposé, que l'ensemble du personnel infirmier exerce son plein champ d'activité. Un personnel infirmier de pratique avancée, par exemple des infirmières praticiennes, devrait pouvoir faire des évaluations et établir des diagnostics, prescrire des médicaments et élaborer et exécuter des plans de traitement pour des affections simples. Des membres du personnel infirmier pourraient désirer suivre une formation supplémentaire dans des domaines particuliers ou possèdent déjà la formation ou l'expérience nécessaires pour accroître leur apport aux soins aux patients.

De plus, comme le Programme extra-mural et son personnel infirmier expérimenté feront partie de l'équipe du centre de santé communautaire, leur apport aux soins à domicile et à l'équipe du centre de santé communautaire sera considérable et précieux. La présence de personnel infirmier des services de santé publique et de santé mentale sera tout aussi précieuse.

Le rôle des pharmaciens cliniciens au sein de l'équipe dans la collectivité contribuera à améliorer les résultats des patients et clients. Leur expertise dans les domaines de la pharmacothérapie permettra de repérer, de résoudre et de prévenir les problèmes liés aux médicaments. Les pharmaciens jouent un rôle clé dans l'éducation des patients et dans l'évaluation et le contrôle de la médication des cas aigus et des affections chroniques, ce qui améliore les résultats obtenus par les patients. Les pharmaciens devraient aussi être chargés de l'ajustement de la posologie et de fonctions de prescription dans le contrôle de certaines maladies et symptômes.

Les services des techniciens en pharmacie sont pleinement intégrés dans les hôpitaux. S'occupant de la préparation et de la distribution des médicaments utilisés dans les soins aux patients, leur rôle pourrait être encore plus important dans le contexte des soins primaires. Les techniciens devraient être soutenus dans leurs efforts pour obtenir une reconnaissance officielle au sein du système de santé en tant que groupe professionnel reconnu et autoréglementé.

Sur le plan des soins de réadaptation, le système profiterait de la mise en place d'aides en réadaptation. Dans ce nouveau rôle, les aides en réadaptation contribueraient à la réalisation des plans de soins de réadaptation établis et devraient être intégrés aux lieux de prestation des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Ayant la responsabilité de servir la collectivité, l'équipe associée au centre de santé communautaire fournira des services ailleurs qu'au centre. Dans la mesure du possible et lorsqu'il est efficient de le faire, les services devraient être dispensés à proximité de la population servie. Ainsi, l'équipe fournira des services dans les écoles, les foyers de soins, les foyers de soins spéciaux et à domicile.

3.4.4. Autres lieux de prestation des services de soins primaires

Toujours dans l'idée d'optimiser les rôles et l'apport de tous les dispensateurs, il faudra envisager un rôle infirmier élargi dans les foyers de soins. Le cas échéant, les infirmières praticiennes devraient pouvoir faire des évaluations, demander des analyses, orienter la personne vers d'autres services et administrer des médicaments de base sans avoir à obtenir l'autorisation préalable d'un médecin. Le personnel infirmier qui possède une formation supplémentaire dans des domaines précis devrait aussi pouvoir accroître son apport aux soins aux patients. L'ensemble du personnel infirmier immatriculé et du personnel auxiliaire immatriculé devrait pleinement utiliser les compétences pour lesquelles il a été formé.

La salle d'urgence de l'hôpital qui, avec le temps, est devenue un important lieu de prestation de soins primaires parce que les gens n'ont pas d'autre choix, demande également une approche de collaboration et des rôles infirmiers avancés et élargis. Les infirmières praticiennes joueront un rôle clé dans le traitement des cas non urgents. Dans certains cas, il se peut que l'état du client ne requière pas la consultation d'un médecin. Que la personne ait besoin de voir un médecin ou non, le personnel infirmier peut s'acquitter de fonctions qui atténueront la charge de travail des médecins et assureront aux clients et patients des services plus efficaces. Il pourrait s'agir, entre autres, de demander des tests diagnostiques (radiographies par exemple) pour faciliter le diagnostic du médecin, ou d'orienter la personne vers un point de services ou un dispensateur plus pertinent pour la situation. Au fur et à mesure de l'évolution du système de santé, les salles d'urgence rempliront leur véritable rôle, qui est de traiter les cas urgents. L'approche de collaboration continuera à être pertinente, car les personnes seront ensuite vues au cabinet de leur médecin ou au centre de santé communautaire pour des soins de suivi.

3.4.5 Équipe de prestation des soins secondaires et tertiaires

Lorsque l'état de la personne est plus grave et qu'il nécessite des services spécialisés qui peuvent uniquement être fournis dans un établissement de soins secondaires ou tertiaires, l'équipe interdisciplinaire est élargie pour inclure des spécialistes et autres ressources professionnelles au besoin. Des relations de travail efficaces entre le secteur des soins primaires et le secteur des soins secondaires et tertiaires sont essentielles pour assurer la continuité des soins aux différentes étapes des soins en établissement et des soins de suivi une fois que la personne revient dans sa localité.

Les ressources professionnelles spécialisées des secteurs des soins secondaires et tertiaires auront la responsabilité d'étendre leurs services aux équipes de soins primaires. Lorsque les situations et les volumes le justifient, les spécialistes pourront se rendre dans les collectivités, probablement au centre de santé communautaire, pour fournir les services sur place.

3.4.6 Outils visant à favoriser l'approche en équipe interdisciplinaire

La redéfinition des rôles des différents dispensateurs de services doit avoir lieu au cours des cinq prochaines années; le travail doit être amorcé immédiatement.. Pour favoriser et soutenir l'approche en équipe, un processus coordonné provincial devrait être établi pour l'élaboration d'une série de plans de soins standard (des « cheminement cliniques ») visant les principaux problèmes de santé et diagnostics. Les plans de soins établiraient des normes pour les soins prévus et fixeraient les délais à l'intérieur desquels les interventions devraient être amorcées. Les plans détermineraient aussi les rôles de chaque professionnel afin d'assurer des soins homogènes de qualité. Encore une fois, l'élaboration de ces plans doit se faire dans une perspective interdisciplinaire.

Au fur et à mesure de l'évolution du renouvellement des soins de santé primaires et des rôles des professionnels de la santé, des initiatives d'éducation publique devront être réalisées.

3.4.7 Planification des ressources professionnelles en santé

L'accès à des professionnels en nombres suffisants sera le défi du renouvellement du système de santé. Le Conseil soutient une solide capacité de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé pour la province, de même que les initiatives fédérales à cet égard. Il faut soutenir tout effort déployé en matière de planification des ressources humaines et lier ces efforts au processus de renouvellement et à l'évolution des rôles des professionnels de la santé.

4. Gouverne et structure

4.1 Introduction

Le premier mandat confié au Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé visait à élaborer un plan d'action pour passer à un système de gouverne par des régies régionales de la santé et des conseils régionaux de la santé. Le principal objectif du gouvernement servant de base à ce mandat était le besoin de rétablir la participation de la collectivité locale et des citoyens en matière de gouverne des soins de santé. À cet effet, le premier ministre a demandé au Conseil de lui fournir des recommandations concernant les meilleurs moyens d'aller de l'avant. Avant de développer un modèle de gouverne proposé pour le Nouveau-Brunswick, le Conseil a procédé à l'examen et à l'évaluation de modèles semblables existant au pays et ailleurs.

Le Conseil a déterminé que l'avènement des régies régionales de la santé a été perçu comme une démarche positive et progressive au sein des autorités compétentes où elles ont été mises en œuvre. De plus, les collectivités comprises dans la zone de responsabilité des autorités compétentes sont devenues plus aptes, avec le temps, à composer avec la prestation de soins de santé selon un modèle d'intégration.

Le Conseil a relevé un certain nombre de leçons clés apprises ailleurs dans la mise en œuvre des régies régionales de la santé. Il faut, notamment :

- Une vision provinciale clairement décrite et un plan de santé bien compris et appuyés par toutes les personnes.
- Des rôles et responsabilités bien définis et clairement départagés entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales.
- Des paramètres redditionnels à tous les niveaux du système.
- Une collaboration parmi les régies régionales permettant à chacune de s'efforcer d'atteindre les objectifs communs décrits dans le plan de santé de la province.
- Le champ de compétences le plus étendu possible en matière de prestation de services pour les régies régionales de la santé afin d'assurer une plus grande flexibilité dans la façon d'aborder et de satisfaire les besoins locaux de la population.

Un message qui est revenu à maintes reprises dans les nombreux dialogues tenus avec les autorités compétentes qui ont procédé à la mise en œuvre de régies régionales de la santé est le besoin d'avoir un système unique de gouverne régionale régissant la pleine gamme de services. Certaines provinces n'ont pas intégré les soins communautaires et hospitaliers et ont ainsi perpétué un système de cloisonnement.

Les sections suivantes contiennent les propositions du Conseil relatives à la mise en œuvre des régies régionales de la santé et des conseils régionaux de la santé au Nouveau-Brunswick.

4.2 Objectifs concernant l'établissement des régions régionales de la santé

L'établissement de régions régionales de la santé au Nouveau-Brunswick sera bénéfique pour les patients, les dispensateurs de soins et la province :

- En assurant un cadre structurel dans lequel des changements liés à la prestation des services peuvent se réaliser, tout en créant une nouvelle culture centrée sur l'amélioration continue.
- En soulignant et en répondant au caractère unique de chaque région.
- En assurant un moyen d'intégrer et de transformer les services en un système homogène.
- En assurant un meilleur accès aux services au sein de chaque région et parmi les régions.
- En procurant un mécanisme grâce auquel les personnes et les collectivités peuvent participer de façon active à un système de santé.

En outre, le Conseil recommande que les régions régionales de la santé deviennent opérationnelles le 1^{er} avril 2002, date sur laquelle les travaux menés par le Conseil sont basés, au moyen des compétences législatives nécessaires. Si le gouvernement choisit un calendrier différent, les divers échéanciers indiqués dans le présent document devront être modifiés en conséquence.

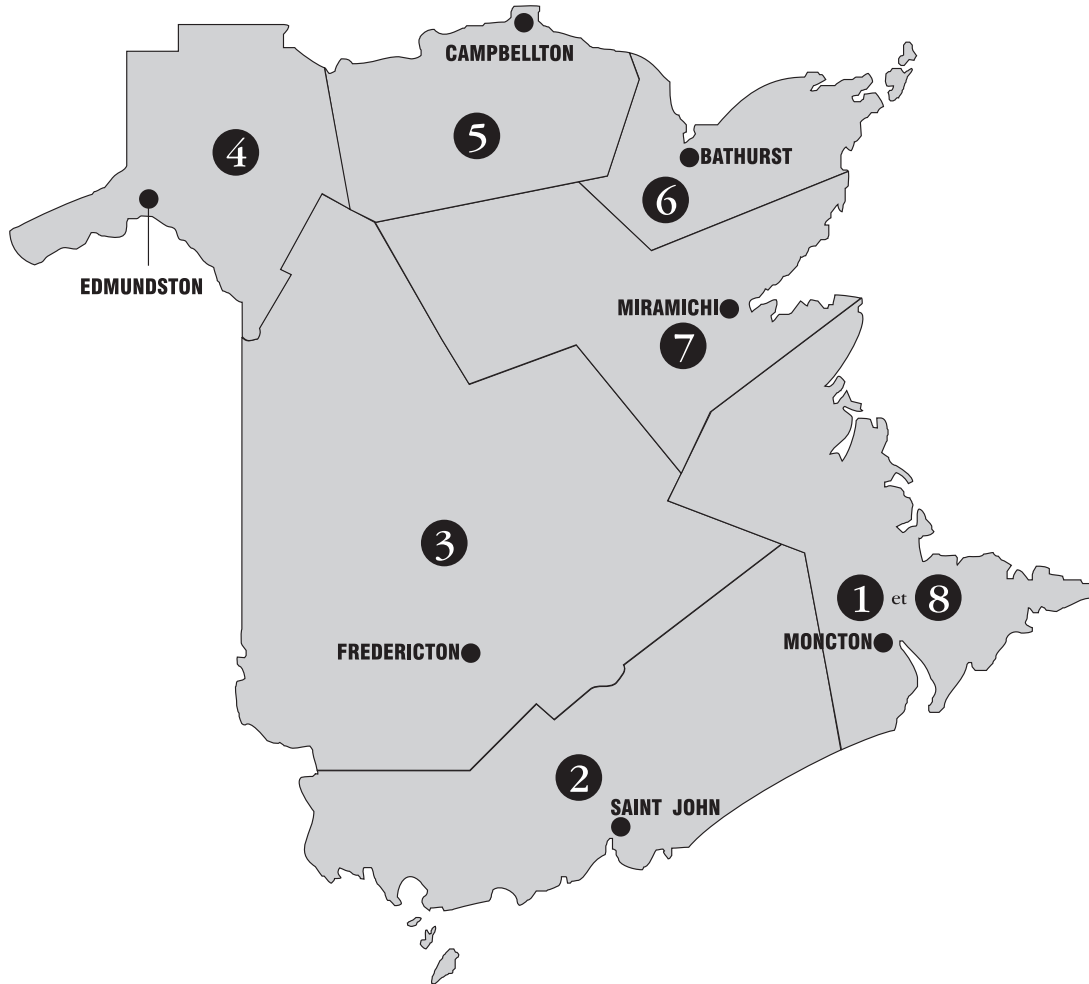
4.3 Configuration régionale

Le Conseil a examiné les réalités géographiques, culturelles et linguistiques de la province en vue de déterminer le nombre et la taille des régions devant être proposées. Les modèles actuels de déplacement de la population vers le service et les identités régionales déjà établies étaient au nombre des facteurs considérés.

Après avoir évalué de nombreuses possibilités et pris en compte les opinions exprimées par la population lors du processus de consultation publique tenu en mai et en juin 2001, le Conseil recommande l'établissement de huit régions régionales de la santé en fonction de la configuration régionale illustrée dans la carte qui suit. Cette recommandation correspond essentiellement au statu quo par rapport aux limites régionales actuelles. Le Conseil est d'avis que des changements importants peuvent avoir lieu dans les systèmes de gouverne et de prestation des services sans qu'il soit nécessaire de modifier les régions qui sont déjà bien connues de la population du Nouveau-Brunswick. Le Conseil reconnaît également que les régions régionales de la santé dans certaines provinces desservent une population beaucoup plus importante que ce qui est proposé pour le Nouveau-Brunswick. Mais la population du Nouveau-Brunswick est dispersée, et les régions proposées favoriseront la participation des citoyens, qui est un objectif clé.

Le Conseil estime que ces configurations régionales permettront aux régions régionales de la santé de créer un système de santé totalement intégré.

Régies régionales de la santé



4.4 *Conseils régionaux de la santé*

Le Conseil recommande que chacune des régies régionales de la santé soit administrée par un conseil régional de la santé composé de 15 citoyens provenant de la région. Afin de refléter l'objectif de la participation des citoyens, le Conseil recommande que 5 de ces membres soient élus par la population chaque année lors des assemblées annuelles, ce qui exigera la formation de sous-districts dans chacune des régions. Les 10 autres membres seront nommés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Tous les membres doivent résider dans la zone desservie.

La composition des conseils régionaux de la santé a fait l'objet d'une rétroaction importante durant les séances de consultation publiques tenues par le Conseil plus tôt dans l'année. En général, les Néo-Brunswickois souhaitent que le nombre de membres élus aux conseils soit supérieur au nombre de membres nommés. Tout en tenant compte de cette recommandation, le Conseil a aussi étudié des pratiques exemplaires en vigueur ailleurs au pays. La documentation à ce sujet, en particulier les travaux de Jonathan Lomas, attire l'attention sur le besoin d'assurer un point de vue régional et un équilibre des champs d'intérêt et des compétences au niveau du conseil. Les avis d'experts ont poussé le Conseil à proposer un modèle équilibré. Toutefois, le Conseil reconnaît que les réalités uniques du Nouveau-Brunswick pourraient exiger un apprentissage plus long. En conséquence, le Conseil recommande que le gouvernement mène une évaluation complète au bout d'une période de cinq ans dans l'intention de modifier le nombre de membres élus, si besoin est.

Les conseils régionaux de la santé seront saisis de responsabilités et de défis qui revêtiront une importance considérable et, pour cette raison, il sera crucial que le ministre de la Santé et du Mieux-être en tienne compte dans les nominations qu'il effectuera, ainsi que de facteurs tels que l'équilibre géographique, linguistique, et culturel et l'équilibre entre hommes et femmes. Dans le but de faciliter l'exécution de cette tâche, le Conseil préparera un profil des membres de conseil pour guider le ministre.

Étant donné que l'établissement des régies régionales de la santé est recommandé pour le 1^{er} avril 2002, il est suggéré que les premiers conseils soient des conseils par intérim, composés de membres nommés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. La durée des conseils par intérim ne devrait pas dépasser deux ans, après quoi auront lieu les premières élections. Le mandat des membres élus devrait durer trois ans et, dans le cas des membres nommés, les mandats seront échelonnés sur une durée d'un an, de deux ans et de trois ans. Cela permettra d'assurer une continuité quant à l'expérience des membres des conseils. Il est suggéré que les membres soient en fonction pour une durée maximale de 12 ans.

Les conseils établiront une direction et élaboreront des politiques régionales en accord avec le plan provincial. La mise à exécution de politiques relèvera de l'organe administratif de la régie, dont la direction sera assumée par un directeur général désigné par les conseils. Dans ce contexte, il est recommandé que le personnel des régies régionales de la santé, le personnel des ministères provinciaux pour lequel les régies font la prestation de services (Santé et Mieux-être et Services familiaux et communautaires) ainsi que les dispensateurs à qui les régies accordent des contrats ou des privilèges soient exclus comme membres votants du conseil.

Cela ne veut pas dire que les opinions de ces personnes ne sont pas appréciées ni importantes dans la prise de décisions. En fait, elles ne se sont pas suffisamment fait entendre par le passé. C'est la raison pour laquelle le Conseil recommande que soit créé un comité consultatif des professionnels de la santé, composé de dispensateurs de services de soins de santé, qui fait connaître ses vues régulièrement au conseil.

Afin d'aider les membres du conseil à s'acquitter de leurs responsabilités, il est recommandé d'établir une stratégie d'initiation détaillée à l'intention des conseils initiaux et des nouveaux membres. Le Conseil a élaboré une stratégie pour guider le ministère de la Santé et du Mieux-être dans ses efforts pour s'assurer que les membres du conseil reçoivent l'initiation et les outils nécessaires pour remplir leurs obligations. L'initiation continue devrait devenir la responsabilité de chaque conseil.

Le Conseil est d'avis que, pour atteindre les objectifs de la vision, il est nécessaire que des personnes spécialisées et compétentes siègent aux conseils. Par ailleurs, comme l'engagement que devront fournir ces personnes sera considérable, le Conseil recommande que les présidents et les membres du conseil reçoivent une indemnité fondée sur l'expérience, les fonctions et le niveau de responsabilité. En outre, tous les membres de ces conseils devraient obtenir les outils de communication appropriés afin de faciliter leur travail et d'améliorer leur participation aux activités des conseils.

4.5 Rôles et responsabilités

Des rôles et des responsabilités bien définis et clairement départagés entre les régies régionales de la santé et le ministre de la Santé et du Mieux-être constituent la clé du succès de la mise en œuvre des régies régionales de la santé. Ces rôles et responsabilités servent également à assurer la reddition de comptes.

Le Conseil donne plus de détails concernant les rôles et responsabilités dans le chapitre sur la reddition de comptes.

Le tableau qui suit résume les responsabilités individuelles ainsi que les domaines où une participation commune est requise.

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Participation commune	Régies régionales de la santé
Établit la vision, les valeurs, les principes et la philosophie à l'échelle provinciale.	Tous participent au plan provincial.	Établit la vision, les valeurs et les principes à l'échelle régionale en accord avec le plan provincial.
Établit la direction, les priorités et les normes du système en général.	Tous participent au plan provincial.	Établit la direction, les priorités et les normes à l'échelle régionale en accord avec le plan provincial.
Approuve les plans régionaux.		Élabore les plans régionaux.
Garantit les fonds appropriés.		Dépense de façon responsable les ressources allouées par la province.
Assure la prestation des services provinciaux.		Assure la prestation des services régionaux.
Surveille l'état de santé de la population et le plan provincial, et en fait rapport au public.		Surveille l'état de santé de la population et les plans régionaux.
Gère avec efficacité et efficience les ressources provinciales (financières, humaines, technologie de l'information).		Gère avec efficacité et efficience les ressources régionales (financières, humaines, technologie de l'information).

Ces rôles et responsabilités supposent la présence d'une vision en matière de santé pour la province et d'un plan de santé provincial auxquels auront contribué toutes les parties. On s'attend évidemment à ce que les régies régionales de la santé collaborent avec la province et entre elles. Des mécanismes devront être instaurés pour faciliter ce processus.

4.6 Structures proposées relatives au conseil et au fonctionnement

Le Conseil n'a pas l'intention d'être normatif, mais souhaiterait suggérer des lignes directrices et des considérations permettant d'aller de l'avant.

4.6.1 Structure possible des conseils régionaux de la santé

Les conseils régionaux de la santé sont la clé du renouvellement du système de santé du Nouveau-Brunswick. À ce titre, on s'attend à ce qu'ils soient des entités innovatrices et créatrices, « axées sur l'avenir et avant-gardistes », capables de créer un système mieux coordonné pour la population du Nouveau-Brunswick. Les conseils devront assurer le leadership nécessaire dans la gestion des changements à l'échelle régionale. Ils devront aussi faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins des gens de la région.

La majorité des organismes possédant des capacités innovatrices éprouvées ont établi une structure composée de trois comités à leurs conseils, soit gouverne, vérification et leadership et ressources humaines. Une structure semblable pourrait s'avérer bien adaptée aux régies régionales de la santé.

4.7 Structure organisationnelle proposée

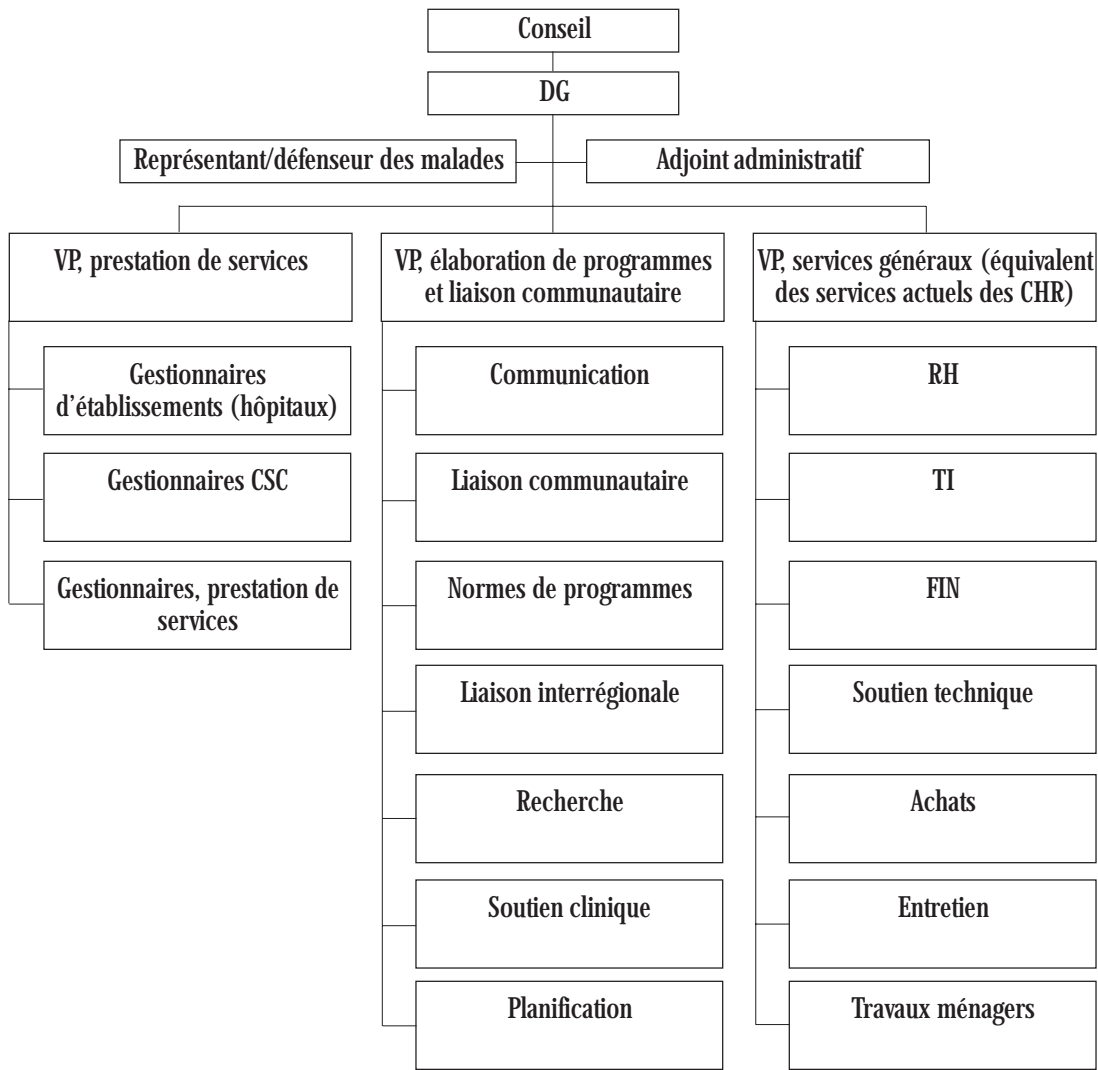
Le Conseil reconnaît que la taille et la complexité d'une région influenceront sur le type de structure organisationnelle qu'établiront les régies régionales de la santé en vue de s'acquitter de leurs responsabilités. Il envisage une équipe de gestion petite et simple qui se concentre sur l'intégration des services.

La structure possible qui suit est offerte à titre de ligne directrice seulement.

Il existe un certain nombre de principes clés qui devraient être soulignés :

- Accorder l'attention à la prestation de services et non à la création de structures bureaucratiques.
- Intensifier les ressources et l'expertise déjà présentes dans le système.
- Assurer un leadership clinique à l'échelle régionale.
- Assurer une gestion et une réceptivité à l'échelle locale en affectant un dirigeant à chaque point de services.

**Régie régionale de la santé
Exemple d'organigramme**



4.8 Transition des structures de gouverne existantes

Le Conseil recommande de procéder à la dissolution des conseils des corporations hospitalières régionales en même temps qu'auront lieu l'établissement et la désignation des conseils régionaux de la santé, puisque que l'on propose de transférer aux régies régionales de la santé tous les services sous les auspices des corporations hospitalières régionales. Si une période de transition est requise, le Conseil suggère que l'autorité et les pouvoirs nécessaires relèvent du ministre de la Santé et du Mieux-être pour une courte période. De plus, le Conseil ne recommande pas d'établir des conseils individuels pour chaque établissement hospitalier; il ne recommande non plus aucun changement relativement à la gouverne des foyers de soins.

4.9 Dispositions de transition et calendrier de mise en œuvre proposés

Le Conseil est d'avis que la séquence d'activités proposée dans le tableau qui suit contribuera à une mise en œuvre réussie des régies régionales de la santé, séquence qui est fondée sur le 1^{er} avril 2002 comme date de début. Le processus suppose que toutes les parties participent à la création de la vision et du plan de santé provincial.

Mesures	Échéancier
Dépôt de la loi autorisant l'établissement des régies régionales de la santé.	Session automnale 2001 de l'Assemblée législative
Nomination des membres intérimaires des conseils régionaux de la santé.	janvier 2002
Mise en œuvre d'une stratégie d'initiation pour les membres des conseils régionaux de la santé.	Dès que possible après la nomination des membres
Nomination des directeurs généraux par les régies régionales de la santé.	mars 2002
Communication entre la direction et les syndicats afin d'assurer une transition juste et équitable.	mars 2002
Dissolution des corporations hospitalières régionales.	le 31 mars 2002
Les régies régionales de la santé deviennent opérationnelles.	le 1 ^{er} avril 2002
Transfert des services sous l'autorité des régies régionales de la santé*.	le 1 ^{er} avril 2002
Tenue des premières élections lors de l'assemblée annuelle.	avril - juin 2004
Initiation des nouveaux membres des conseils régionaux de la santé.	juin 2004

** Le Conseil est d'avis que les régies régionales de la santé doivent hériter de la responsabilité d'offrir la pleine gamme de services de santé en vue de pouvoir créer un réseau intégré et coordonné. Le transfert intégral des services en question n'est sans doute pas possible immédiatement. Le Conseil incite le gouvernement à agir le plus rapidement possible à cet égard. Des problèmes pourraient résulter si, par exemple, seuls les services hospitaliers sont transférés au début, car les éléments nécessaires pourraient ne pas être en place pour pouvoir commencer à constituer une solution de rechange efficace en ce qui a trait aux soins de santé primaires. Le Conseil sait que l'enchaînement final de toutes les mesures dépendra de l'examen complet par le gouvernement de toutes les recommandations.*

4.10 Conclusion

L'avènement des régies régionales de la santé présentera un certain nombre de défis, puisque nous visons à atteindre un équilibre entre les impératifs provinciaux et les réalités locales relativement au système de santé. Le Conseil est d'avis que le Nouveau-Brunswick doit relever ces défis tout en apprenant et en s'adaptant avec le temps en vue de procurer le meilleur système possible à sa population.

5. Cadre redditionnel

5.1 Reddition de comptes dans le système de santé

L'adoption d'un nouveau modèle de gouverne régionale pour le système des soins de santé pose le défi de la mise en œuvre d'un cadre redditionnel approprié dès le début.

La reddition de comptes constitue un facteur important dans le système de soins de santé public. D'une part, on veut que des comptes soient rendus aux citoyens. D'autre part, les agents de prestation ont des obligations redditionnelles à l'égard du ministre de la Santé et du Mieux-être et doivent rendre compte de leur rendement par rapport à la réalisation des objectifs de prestation des services et aux résultats financiers. Puisque les conseils des régies régionales de la santé comprendront à la fois des membres nommés par le ministre et des membres élus par le public, le cadre redditionnel devra être bien défini afin chaque intervenant comprenne clairement ses rôles et ses responsabilités et ceux des autres.

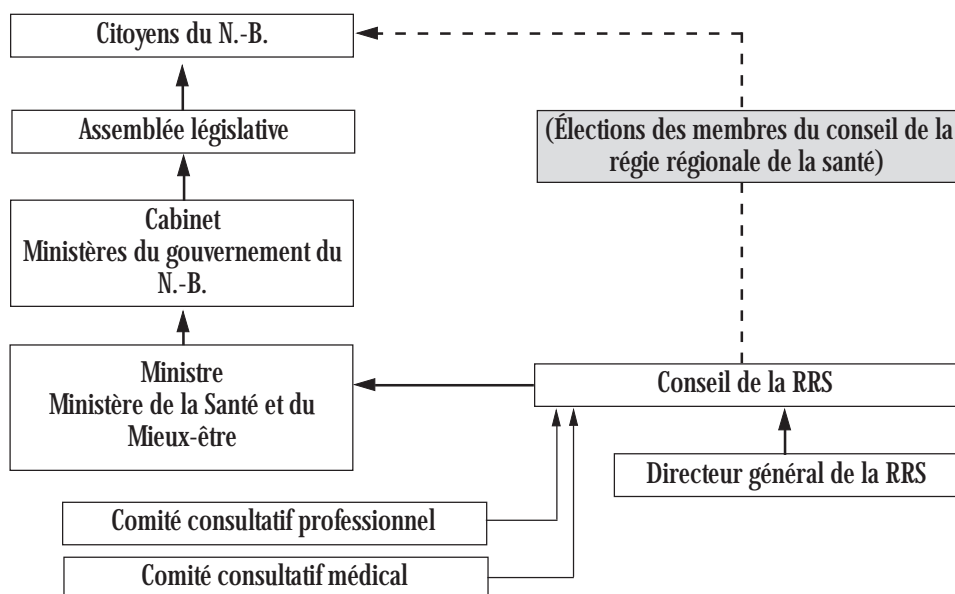
Étant donné que le concept de la reddition de comptes fait souvent l'objet d'une interprétation vague, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé s'est appuyé sur les définitions suivantes comme dénominateur commun pour établir un certain élément de compréhension pendant ses délibérations.

- **Reddition de comptes** : *L'obligation de rendre compte de l'exécution de ses responsabilités à la personne ou au groupe qui a confié ces responsabilités.*
- **Responsabilité** : *L'obligation d'agir ou de prendre une décision. Une personne est responsable de quelque chose mais rend des comptes à quelqu'un.*
- **Obligation de s'expliquer** : *L'obligation de fournir de l'information et une explication à un autre intervenant. Une personne qui a l'obligation de rendre compte n'est pas soumise à la direction ou à la discipline de la partie qui demande l'information.*

Une distinction importante à faire est la notion selon laquelle une personne ou une organisation doit rendre des comptes à la personne ou à l'organisation qui a l'autorité de lui confier ou de lui retirer des responsabilités. Il est donc essentiel que le processus utilisé pour confier et retirer des responsabilités soit bien compris par le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé, et soit complété par un système de mesures de rendement efficace qui établit des attentes explicites en matière de rendement dans les domaines des résultats cliniques, de la gestion financière et de la satisfaction des patients.

Pour assurer une reddition de comptes efficace, trois éléments doivent être en place :

- Rapports redditionnels clairement établis entre les intervenants
- Rôles et responsabilités bien définis pour tous les intervenants
- Processus et outils de gestion efficaces pour la reddition de comptes



Le Conseil utilise ces trois éléments comme base du cadre redditionnel qu'il propose. La figure ci-contre résume les rapports redditionnels en illustrant les lignes hiérarchiques entre les divers intervenants, comme l'envisage le Conseil pour la structure générale du système de santé.

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé s'est concentré sur les responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être, des conseils des régies régionales de la santé, des directeurs généraux, des comités consultatifs professionnels et des comités consultatifs médicaux.

5.2 Responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé

Le pouvoir final de décision à l'égard du système de santé relève du ministère de la Santé et du Mieux-être. À ce titre, le ministère a comme responsabilité principale d'orienter le système de santé. Pour rapprocher le système de santé des collectivités toutefois, le ministère doit créer un climat propice à la participation et à la collaboration des régies régionales de la santé. La notion d' « un système de santé provincial » dépendra grandement de la capacité des régies régionales de la santé de travailler ensemble et avec le ministère.

En se servant de comparaisons dans sept principaux secteurs d'activités, le Conseil définit les responsabilités proposées du ministre et des régies régionales de la santé comme suit :

1. Planification

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Régies régionales de la santé
Établir la vision, les valeurs, les principes et la philosophie qui orienteront la prestation des services de santé au Nouveau-Brunswick.	Établir la vision, les valeurs, les principes et la philosophie conformes à la vision provinciale, qui orienteront la prestation des services de santé dans la région.
<p>Établir l'orientation et les priorités globales du système de santé par un consensus avec les régies régionales de la santé. Les principaux objectifs comprennent entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir les politiques et les stratégies globales; • déterminer les programmes et les services de base qui seront accessibles à tous les Néo-Brunswickois – promotion, prévention, protection, soins primaires, secondaires et tertiaires; • élaborer un plan de santé provincial fondé sur un consensus avec les régies régionales de la santé; • établir des normes de programme et des indicateurs du rendement pour tous les programmes et services de base du système de santé. 	<p>Jouer un rôle actif au forum de planification du système provincial (propriété partagée).</p> <p>Fournir un apport et travailler avec le ministère de la Santé et du Mieux-être pour élaborer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un plan de santé provincial; • des normes de programme et des normes du rendement pour tous les programmes et services, y compris les programmes propres à la région.
<p>Établir, pour le système de santé provincial, un plan d'activités triennal qui englobe les priorités régionales et provinciales. Le plan devrait inclure les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • services et programmes dispensés par le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé; • plan de ressources humaines; • système d'information intégré provincial; • équipement majeur; • rénovations majeures et nouvelles constructions. <p>Le ministre devrait être sensible aux nouveaux besoins pendant l'année en cours et réagir de façon appropriée et opportune.</p>	<p>Établir, pour la prestation des services de santé, un plan d'activités triennal (objectifs et priorités) qui répond aux besoins en matière de santé de la région, est fondé sur des preuves et est conforme aux priorités et aux objectifs provinciaux (plan de santé provincial). Le plan devrait inclure les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • besoins en matière de santé; • services et programmes dispensés par les régies régionales de la santé; • plan de ressources humaines; • équipement majeur; • rénovations majeures et nouvelles constructions; • budget de fonctionnement. <p>Les régies régionales de la santé doivent être sensibles aux nouveaux besoins pendant l'année en cours et réagir de façon appropriée et opportune.</p>
Approuver les plans de santé régionaux (ces décisions devraient être discutées à fond avec les régies régionales de la santé).	Les régies régionales de la santé doivent appuyer leurs plans de santé régionaux sur des preuves, des prévisions et des hypothèses, des cibles de réussite, etc.
Approuver les propositions des régies régionales de la santé concernant l'établissement, la fermeture ou la conversion d'hôpitaux et de centres de santé communautaires.	Déterminer et approuver les changements au menu des services hospitaliers et des centres de santé communautaires dans la région (ajout ou suppression de services).
Obtenir les conseils et l'apport de divers intervenants, y compris les dispensateurs de services et le public, pour planifier la prestation des services non décentralisés vers les régies régionales de la santé.	Obtenir les conseils et l'apport du grand public et des dispensateurs de services dans la région.

Ministre de la Santé et du Mieux-être

Régies régionales de la santé

Établir des politiques qui protégeront et favoriseront la santé de la population de la province et qui empêcheront les maladies et les blessures.

Participer avec la province à l'élaboration de politiques qui protégeront et favoriseront la santé de la population de la province et empêcheront les maladies et les blessures.

Promouvoir la « perspective de la santé » dans l'élaboration des politiques gouvernementales et dans les discussions aux comités du Cabinet.

Travailler avec les bureaux régionaux d'autres ministères du gouvernement pour adopter une approche globale de l'établissement du programme de la santé pour la région.

Élaborer un plan provincial de ressources humaines pour assurer un nombre et un mélange adéquats de ressources humaines afin de soutenir les services de santé dans la province.

Préparer et soumettre à titre d'information un plan régional de ressources humaines pour assurer un nombre et un mélange adéquats de ressources humaines afin de soutenir les services de santé dans la région.

Participer activement avec le Conseil de gestion et le Bureau des ressources humaines à la négociation collective avec d'autres professionnels de la santé et employés du système de santé.

Participer activement avec le Conseil de gestion, le Bureau des ressources humaines, le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires :

Agir au nom du gouvernement pour établir les taux des médecins salariés, des médecins contractuels et des médecins rémunérés à l'acte.

- à la négociation collective avec les professionnels de la santé et les employés du système de santé et
- à l'établissement des taux pour les médecins salariés.

Élaborer conjointement avec les régies régionales de la santé un plan qui prévoit un système d'information intégré provincial qui servira à toutes les régies régionales de la santé et à tous les programmes gérés au palier provincial. Le système d'information assurera le lien entre les différents éléments du système de santé.

Fournir un apport et travailler avec le ministère de la Santé et du Mieux-être pour élaborer un système d'information intégré provincial.

2. Financement

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Régies régionales de la santé

Obtenir des fonds de l'Assemblée législative pour :

- a prestation et le fonctionnement des programmes gérés au niveau central;
- l'attribution de fonds aux régies régionales de la santé en fonction des plans des régies approuvés (devant inclure la totalité du financement nécessaire au maintien des services que le ministère de la Santé et du Mieux-être oblige les régies régionales de la santé à offrir même si elles indiquent, en se fondant sur des preuves, que ces services doivent être éliminés ou réduits).

Retenir et financer les services des foyers de soins, des dispensateurs de services par des organismes non gouvernementaux (VON, soins à domicile, éducation/promotion en santé mentale, etc.).

3. Collaboration

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Régies régionales de la santé

Responsable de :

- la collaboration entre les régies régionales de la santé et le ministère;
- l'établissement, en collaboration avec les régies régionales de la santé, d'un mécanisme qui assure la collaboration entre elles.

Responsable de la collaboration avec le ministère de la Santé et du Mieux-être et les autres régies régionales de la santé afin d'obtenir des soins aux patients de qualité maximale et d'assurer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services dans le système de santé.

4. Évaluation, surveillance et compte rendu

Ministre de la Santé et du Mieux-être

Surveiller et évaluer :

- l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick;
- le rendement du système de santé, y compris des régions régionales de la santé.

Fournir de l'information, y compris les résultats des évaluations, aux régions régionales de la santé et au grand public.

Rendre compte au grand public, au moins une fois par année et au plus tard le 30 juin de chaque année, de la réalisation du plan d'activités provincial. Le rapport doit comprendre l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures clés.

Régies régionales de la santé

Surveiller et évaluer :

- les besoins en matière de santé des personnes, des familles et des collectivités dans leurs régions;
- la prestation des programmes et des services, la communication des conclusions au grand public et la détermination des tendances en matière de santé qui ont besoin d'être étudiées plus à fond;
- le rendement de toutes les activités administratives et cliniques au sein des régions régionales de la santé.

Rendre compte au ministre de la Santé et du Mieux-être sur une base régulière (trimestrielle) et au public régional (au moins une fois par année et au plus tard le 30 juin de chaque année) de la réalisation du plan d'activités régional. Le rapport doit comprendre l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures clés.

5. Prestation des services

Ministre de la Santé et du Mieux-être

Offrir au moment opportun un soutien, des conseils et de l'aide aux régions régionales de la santé pour la mise en œuvre et la gestion continue de leur plan de santé régional respectif.

Gérer les services non assignés aux régions régionales de la santé, y compris :

- Bureau du médecin-hygiéniste en chef
- Inspection de la santé publique
- Assurance-maladie
- Programme de médicaments sur ordonnance
- Service provincial d'épidémiologie
- Registre provincial des cas de cancer
- Statistiques de l'état civil.

Le ministère doit établir des mécanismes pour obtenir l'apport des régions régionales de la santé, pour collaborer à la gestion continue et à l'amélioration de la prestation des services au sein des services ci-dessus (p. ex. Programme de médicaments sur ordonnance par rapport à la couverture des médicaments dans les hôpitaux).

Aider les régions régionales de la santé à assurer l'accès aux services à l'extérieur de la région et à l'extérieur de la province.

Appuyer les régies nationales de la santé dans leurs efforts visant à intégrer les programmes et les services au niveau régional.

Partager et appuyer les pratiques exemplaires, l'innovation, l'expérimentation et l'amélioration continue.

Régies régionales de la santé

Mettre en œuvre et gérer un plan de santé régional approuvé (objectifs et priorités) pour la prestation de services de santé qui :

- répondent aux besoins en matière de santé de la région;
- sont conformes aux objectifs et priorités de la province (plan de santé provincial); et
- sont appuyés par des éléments de preuve (d'un institut de recherche et d'autres sources).

Les services compris dans toutes les régions régionales de la santé seront la promotion et l'éducation en matière de santé, la prévention, les soins de santé primaires et les soins hospitaliers. Les programmes particuliers comprendront la santé publique, la santé mentale, les soins de longue durée, le Programme extra-mural et les soins à domicile, les services de réadaptation, le traitement des dépendances et les services hospitaliers secondaires. De plus, certaines régions régionales de la santé géreront et assureront des services hospitaliers tertiaires provinciaux.

Collaborer avec les autres régions régionales de la santé et le ministère de la Santé et du Mieux-être pour assurer à la population de la région l'accès aux services de santé tertiaires ou autres services de santé non dispensés dans la région.

Gérer les services de santé de façon à mettre l'accent sur les besoins des personnes et des collectivités et à intégrer les services et les programmes dans la région.

Favoriser une culture qui prévoit une gestion des services favorisant et appuyant les pratiques exemplaires, l'innovation, l'expérimentation et l'amélioration continue.

6. Gestion des ressources

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Gérer toutes les ressources financières, humaines et de technologie de l'information exigées pour offrir les services provinciaux non délégués aux régions régionales de la santé.

Appuyer les régions régionales de la santé en facilitant l'établissement de forums provinciaux ainsi que des systèmes, des processus et des mécanismes exigés pour une véritable collaboration entre les régions régionales de la santé et avec le ministère, en vue d'une gestion efficace et efficiente de toutes les ressources.

Technologie de l'information :

- Faciliter, en collaboration avec les régions régionales de la santé, l'élaboration d'une stratégie et de normes provinciales globales pour la technologie de l'information.
- Faciliter l'établissement d'un dépôt provincial de données sur la santé.

Régions régionales de la santé

Volet financier :

- Gérer les ressources financières et fonctionner en respectant le budget approuvé dans le cadre du plan de santé régional.

Ressources humaines :

- Gérer toutes les fonctions de la gestion des ressources humaines, y compris la dotation en personnel, les relations de travail, la formation et le perfectionnement ainsi que la rémunération.
- Les systèmes de ressources humaines (gestion du rendement, feuille de paie, SIRH, rémunération, etc.) seront communs pour toutes les régions régionales de la santé à moins que des besoins opérationnels uniques exigent une autre approche.

Matériel, équipement et espace physique :

- Exécuter toutes les activités de gestion liées au matériel, à l'équipement, à la gestion de l'espace physique, conformément à l'infrastructure et aux systèmes régionaux et provinciaux.

Technologie de l'information

- Assurer les fonctions de gestion quotidienne relativement à l'exploitation et à l'entretien des systèmes de technologie de l'information, y compris la gestion des données (transfert au moment opportun des données au dépôt provincial des données), entretien du réseau, outils électroniques de bureau, acquisition de logiciels et de matériel, soutien aux utilisateurs, etc.
- Effectuer la mise au point et la mise en œuvre des systèmes conformément à la stratégie et aux normes provinciales du système d'information.

7. Communication

Ministre de la Santé et du Mieux-être

Communiquer la situation globale du système de santé à l'ensemble de la population

- Plan d'activités provincial.

Régions régionales de la santé

Établir une stratégie de communication continue avec la population dans la région pour faciliter sa participation aux soins de santé.

Pour atteindre une efficacité et une efficience plus grandes, le ministre de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé devraient explorer la centralisation de certaines activités administratives qui, autrement, sont déléguées aux huit régions proposées. Pour éviter le double emploi et augmenter l'efficience, certaines fonctions relevant des services de soutien généraux comme les ressources humaines et le personnel, la technologie de l'information, la gestion du matériel et les services financiers et comptables pourraient relever d'un organisme de service spécial ou d'une société provinciale.

Les fonctions provinciales devront être établies de manière à ne pas entraver la souplesse de gestion et l'innovation dont devront faire preuve les régies régionales de la santé pour créer une prestation de services optimale dans chaque collectivité. L'uniformisation aura toutefois une incidence sur cette souplesse en faisant en sorte que les régies fournissent des services cohérents et acceptables. Le regroupement de fonctions provinciales ne devrait pas empêcher les régies régionales de la santé de développer des capacités stratégiques à l'intérieur des fonctions de service général qui doivent être présentes au palier régional dans le cadre de la gestion de la régie régionale de la santé. La feuille de paie, les achats, les normes de la technologie de l'information et l'intégrité des données ainsi que les comptes créditeurs et débiteurs sont des exemples des fonctions qui pourraient être regroupées sous une entité administrative provinciale.

Conformément au statut bilingue du Nouveau-Brunswick, l'entité administrative provinciale doit pouvoir servir les régies régionales de la santé et interagir avec elles dans les deux langues officielles à tous les niveaux opérationnels.

Pour décider de l'emplacement de l'entité administrative provinciale, les retombées économiques dans différents lieux potentiels de la province devraient être prises en considération.

La description qui précède des responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé vise à préciser les rôles qu'exerceront dans l'avenir ces deux paliers du système de santé. L'efficacité des rapports redditionnels dépend d'une bonne compréhension de ces rôles et responsabilités. Les rapports redditionnels doivent également être appuyés par des attentes en matière de rendement qui sont précises et acceptées, des ressources suffisantes, un pouvoir d'agir et des mesures de suivi, y compris des récompenses et des sanctions.

5.3 Responsabilités des directeurs généraux des régies régionales de la santé

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé croit fermement que le rôle du directeur général est crucial pour la réussite de l'établissement des régies régionales de santé. Les personnes qui se voient confier un tel rôle deviendront les principaux agents de changement dans le renouvellement du système de santé au palier régional. L'étendue des services à gérer par les régies régionales de la santé exigera une liaison étroite avec les autres services publics présents dans la région comme les écoles, les bureaux du gouvernement provincial et les administrations locales, ainsi qu'une multitude d'organismes à but non lucratif et du secteur privé. Le directeur général devra s'assurer que ces liens sont établis le plus tôt possible.

En plus de ses recommandations voulant que les directeurs généraux soient nommés par les conseils des régies régionales de la santé et relèvent directement de ces conseils, le Conseil recommande que le directeur général :

- Soit chargé de la gestion et de la conduite générales des activités de la régie régionale de la santé.
- Établisse des plans stratégiques en collaboration avec le conseil, en se basant sur les meilleurs éléments de preuve disponibles, pour répondre aux besoins de la population et atteindre les résultats souhaités.
- Dirige les activités opérationnelles de la régie régionale de la santé afin d'atteindre les buts et les objectifs du plan de santé régional approuvé par le conseil.
- Dirige et coordonne les activités pour aboutir à une utilisation optimale des ressources financières, matérielles et humaines.
- Crée un continuum homogène des services de santé pour la région, y compris l'amélioration continue de la prestation des services de santé primaires.
- Maintienne une conception organisationnelle et une approche de la prestation des services qui sont conformes à l'orientation générale et aux objectifs stratégiques de la régie régionale de la santé.
- Collabore avec les intervenants régionaux (citoyens, organismes non gouvernementaux, professionnels des soins de santé, organismes du gouvernement) afin d'améliorer les résultats de la santé pour les citoyens de la région.
- Travaille avec le conseil pour assurer la promotion du plan de santé du Nouveau-Brunswick.
- Fournisse au conseil de l'information opportune, globale et fondée sur des preuves.
- Comprenne les caractéristiques de la région et assure une évaluation constante de la satisfaction du public.
- Représente la régie régionale de la santé dans les relations avec les autres paliers de gouvernement, les autres régies régionales de la santé, les organisations de soins de santé, les associations et groupes professionnels et les fonctionnaires.
- Travaille avec les intervenants mentionnés pour établir une culture d'amélioration continue au sein du système de santé.

5.4 Comité consultatif professionnel

Comme il est mentionné précédemment, le Conseil recommande l'établissement, dans chaque régie régionale de la santé, d'un comité consultatif professionnel pour conseiller le conseil régional de la santé. Le mandat du comité sera de fournir des conseils sur :

- La prestation globale des services cliniques, y compris les normes de soins
- Les critères d'admission et de sortie (admissibilité)
- L'assurance de la qualité et la gestion des risques
- Toute autre question dont le conseil peut saisir le comité.

Le comité devrait être composé de représentants employés par la régie régionale de la santé provenant des différentes professions de la santé qui servent la collectivité et les secteurs des établissements de santé, et ses membres seraient nommés conformément aux règlements administratifs de la régie.

5.5 Comité consultatif médical

Conformément aux règlements afférents à la *Loi hospitalière*, le Conseil recommande le maintien du comité consultatif médical, dont le mandat est de fournir des conseils sur les questions et les processus globaux en matière de soins cliniques au conseil (dans ce cas-ci, le conseil régional de la santé). Le comité se penche principalement sur des questions ayant trait au personnel médical et dentaire, soit les titres de compétences, les privilèges et les examens par les pairs.

5.6 Processus et outils de gestion efficaces de la reddition de comptes

Le cadre redditionnel proposé comprend aussi des processus et des outils de gestion. Ce sont des instruments clés pour assurer l'efficacité de la reddition de comptes. Les systèmes de mesure du rendement et de gestion échouent lorsque les processus et outils de gestion de la reddition de comptes ne peuvent assurer la discipline et la rigueur requises pour développer une culture d'innovation et d'amélioration continue.

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé estime que les activités qui suivent sont essentielles à la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue.

- Établir des objectifs et des indicateurs du rendement qui sont mesurables et axés sur les résultats.
- Choisir des stratégies.
- Prendre des mesures et suivre les progrès.
- Faire rapport sur les résultats.
- Évaluer les résultats.
- Maintenir ou modifier la ligne de conduite.

Les activités énumérées doivent être réalisées aux paliers provincial et régional. Les régies régionales de la santé doivent participer activement aux activités d'amélioration continue liées au rendement du système de santé provincial. Cette approche aidera les régies à assurer la continuité du point de vue provincial dans leurs régions respectives et à garantir ainsi l'uniformité entre les priorités des deux paliers, ce qui devrait au bout du compte favoriser un climat de collaboration plutôt que la concurrence. Le processus d'amélioration continue doit être assez souple pour permettre la prise de mesures rapides lorsque des changements immédiats sont requis.

Le Conseil a déterminé un certain nombre de processus grâce auxquels la reddition de comptes peut être assurée dans les domaines de la planification, du financement, du rendement et de la communication. Les voici.

5.7 Planification et établissement des priorités

- Vision du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé pour le système de santé
- Initiation des conseils des régies régionales de la santé et des ministères (Santé et Mieux-être et Services familiaux et communautaires)
- Outils d'évaluation des besoins en matière de santé
- Plan de santé provincial
- Plans de santé régionaux, y compris
 - Principaux points
 - Objectifs
 - Hypothèses
- Plans provincial et régionaux de ressources humaines
- Plans provincial et régionaux de technologie de l'information
- Centres de responsabilité provinciaux et régionaux pour les pratiques exemplaires et l'innovation et l'amélioration continue.
- Forums de planification continue des systèmes régionaux et provinciaux fondés sur des preuves pour déterminer les priorités et assurer la collaboration à tous les niveaux :
 - Groupe de planification du système de santé global (sous-ministre de Santé et Mieux-être, présidents des conseils des régies régionales de la santé et directeurs généraux des régies)
 - Groupes consultatifs cliniques par programme ou spécialité
 - Coordination provinciale des ressources humaines (négociations collectives, relations employeur-employés, modes de rémunération, formation, description des tâches, feuille de paie, etc.)
 - Coordination provinciale de la technologie de l'information (normes des logiciels et du matériel des systèmes d'information, intégrité des données, etc.)

- Groupes de travail sur la gestion de l'utilisation des services de santé
- Inventaires des fournitures et de l'équipement, technologie médicale et planification de l'espace physique
- Forum régional interministériel pour les groupes comme :
 - administrateurs
 - cliniciens
 - services de soutien
- Comités consultatifs sur des sujets précis auprès du conseil de la région régionale de la santé
- Mesures législatives et politiques

5.8 Financement

- Les budgets provinciaux et les budgets des régions régionales de la santé affectent un pourcentage minimal de financement aux systèmes d'information, à la prévention et à la promotion, à la formation et au perfectionnement des ressources humaines, à l'innovation et à la recherche.
- Ententes de services entre les régions régionales de la santé, les foyers de soins et les organismes non gouvernementaux, y compris le financement des services établis selon les normes provinciales.
- Mécanisme de financement entre le ministère des Services familiaux et communautaires et les foyers de soins pour les projets de dépenses d'immobilisations.
- Ententes de financement protégées pour des programmes particuliers ou des organismes non gouvernementaux.
- Financement annuel par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'institut provincial de recherche en santé¹ en échange d'études ou de recherches précises convenues par le ministère de la Santé et du Mieux-être, les régions régionales de la santé et l'institut.
- Processus budgétaires régionaux et provinciaux (planification et surveillance financières, etc.).

5.9 Mesure du rendement

- Mesure du rendement du système de santé – tous les services de santé (carte de pointage équilibrée²)
- Évaluation de la politique sur la santé
- Recherches sur l'utilisation des services de santé
- Recherches sur les déterminants sociaux
- Recherches sur l'état de santé de la population
- Lien avec le programme des résultats généraux du gouvernement
- Publication des résultats d'enquêtes menées auprès de collectivités

- Pénalités et mesures correctrices pour les cas de non-conformité au plan de santé provincial et récompenses pour les résultats exceptionnels. Les circonstances qui justifient de telles mesures doivent être comprises à l'avance – les attentes sont précises.
- Institut provincial de recherche en santé³ (tierce partie) qui fournit des preuves pour orienter et appuyer l'élaboration de plans de santé provinciaux et régionaux (analyse de l'utilisation des services et évaluation des politiques)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être et régies régionales de la santé chargés de recueillir les données et de les communiquer à l'institut de recherche en santé
- Bulletin de santé provincial⁴
- Charte des droits et responsabilités⁵

5.10 Communication

- Mécanisme de consultation et d'avis publics
- Déclarations publiques régulières du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé pour accroître la sensibilisation à la perspective de la santé
- Rapports sur la santé de la population par l'institut provincial de recherche en santé
- Rapports annuels du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé
- Publication des résultats d'enquêtes menées auprès des collectivités
- Publication du plan d'activités triennal
- Publication trimestrielle de chaque régie régionale de la santé

5.11 Liens avec le ministère des Services familiaux et communautaires

Comme il est proposé, les régies régionales de la santé seront chargées de la prestation des services de soins de longue durée, ce qui demandera une planification et une coordination communes avec le ministère des Services familiaux et communautaires.

Cette planification commune exigera que les parties des plans annuels et des plans triennaux des régies régionales de la santé concernant les services de soins de longue durée soient approuvés par le ministre des Services familiaux et communautaires, ce que recommande le Conseil.

Il faut revoir les activités du personnel régional du ministère des Services familiaux et communautaires qui participe à la prestation des services de soins de longue durée pour déterminer s'il y a lieu de muter du personnel aux régies régionales de la santé. Le personnel du bureau central continuera de fonctionner sous l'autorité du ministère des Services familiaux et communautaires et soutiendra le travail des régies régionales de la santé en établissant des normes, en assurant la surveillance du rendement, en fournissant des connaissances spécialisées sur les pratiques exemplaires en matière de soins de longue durée, en assurant l'inspection des foyers de soins et en délivrant des permis à ces établissements.

Le ministère des Services familiaux et communautaires fournira les fonds nécessaires aux régies régionales de la santé pour qu'elles puissent offrir l'ensemble de services convenus, y compris l'achat de services de foyers de soins. Les niveaux de financement doivent être fondés sur un ensemble approuvé de normes de service provinciales, établies en commun par le ministère des Services familiaux et communautaires et les régies régionales de la santé.

Le ministre des Services familiaux et communautaires doit rendre compte au gouvernement du programme global des soins de longue durée. À ce titre, le ministre surveillera et évaluera le rendement des régies régionales de la santé relativement à la prestation des services de soins de longue durée. En conséquence, les conseils des régies régionales de la santé doivent rendre compte au ministre des Services familiaux et communautaires de la prestation des services de soins de longue durée.

5.12 Conclusion

En résumé, le cadre redditionnel proposé par le Conseil indique que les rapports redditionnels sont définis par la structure (rôles, responsabilités et lignes hiérarchiques autorisés), exigent des processus de soutien (attentes précises, surveillance, rapports et mesures de suivi) et mettent l'accent sur les résultats.

1 Présenté plus loin dans le rapport.

2 Présenté plus loin dans le rapport.

3 Présenté plus loin dans le rapport.

4 Présenté plus loin dans le rapport.

5 Présenté plus loin dans le rapport.

6.0 Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick

6.1 Introduction

Les recommandations du Conseil concernant l'élaboration d'un bulletin de santé pour le Nouveau-Brunswick sont générales et visent à offrir une orientation globale.

Les idées et les concepts avancés par le Conseil découlent d'un examen approfondi des pratiques exemplaires et des expériences réussies ayant cours ailleurs dans le domaine des rapports publics sur le rendement du système de santé, l'état de santé de la population et les déterminants sociaux de la santé. Les conseils éclairés que nous avons reçus au cours de discussions tenues avec des universitaires, des chercheurs en santé, des consultants en technologie de l'information et des fonctionnaires fédéraux et provinciaux qui s'occupent d'activités de mesure du rendement dans le secteur de la santé se sont avérés inestimables pour guider les membres du conseil dans un domaine très spécialisé.

Un bulletin de santé réussi et crédible est tributaire de l'accessibilité et de l'intégrité des données. Les experts ont averti le Conseil qu'il faut au minimum des données portant sur trois à cinq ans pour être en mesure de correctement interpréter et pondérer les résultats sur le rendement. Pour relever le défi, il ne faut que du temps. La crédibilité et l'exactitude du bulletin de santé s'amélioreront au fur et à mesure de l'évolution du système de santé vers des soins homogènes, évolution qui, justement, sera soutenue par le bulletin.

Les experts ont clairement souligné l'importance, pour l'intégrité et la crédibilité du bulletin de santé, de l'impartialité et de la perception d'impartialité aux yeux du public. Le Conseil propose comme solution la mise sur pied au Nouveau-Brunswick d'une organisation indépendante de recherche en santé, qui est décrite plus loin dans le chapitre. En plus de produire le bulletin, cette organisation soutiendra la reddition de comptes en matière de soins de santé en évaluant les changements dans la pratique, les programmes et l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick.

6.2 But

Conformément à l'orientation générale de la vision du Conseil, le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit s'efforcer de :

- Informer le public au sujet du rendement du système de santé, y compris les normes de santé, l'état de préparation futur, l'éducation des dispensateurs de soins de santé, l'utilisation de la recherche ainsi que les progrès futurs réalisés dans les projets prioritaires (élaboration des soins primaires, intégration de tous les services de santé, accès des médicaments sur ordonnance et utilisation de ces médicaments, etc.).
- Informer et éduquer le public au sujet de l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick et des facteurs qui nuisent à une bonne santé.

- Aider le gouvernement ainsi que les gestionnaires et les dispensateurs du système de santé dans l'élaboration de politiques sur la santé, la planification et l'évaluation du système de santé et les décisions en matière de prestation de services.

6.3 Auditoire cible

Le bulletin de santé est un véhicule grâce auquel le Nouveau-Brunswick peut échanger de l'information sur la santé de sa population et le rendement de son système de santé avec de nombreux intervenants, dont les dispensateurs de soins de santé, les gestionnaires du système de santé et le milieu de la recherche. Le Conseil reconnaît, toutefois, que le principal auditoire cible devrait être les citoyens de la province.

6.4 Surveillance du rendement

Tous les gouvernements provinciaux du Canada font face à des pressions accrues en ce qui concerne leur système de santé. Aux yeux d'un public de plus en plus exigeant, le gouvernement est responsable du rendement d'un système de soins de santé malmené par des coûts à la hausse, des pénuries de professionnels et des questions d'accès. À l'interne, les attentes sont élevées. Les responsables élus veulent que les gestionnaires et les dispensateurs du système de santé offrent des services améliorés tout en maîtrisant les coûts, tandis que, de leur côté, les gestionnaires et les dispensateurs veulent les outils et les systèmes qui leur permettent de prendre les décisions appropriées, de fonctionner de manière efficace et de mieux répondre aux besoins de la population. Il faut des informations factuelles, fondées sur des preuves, pour prendre de bonnes décisions à tous les niveaux du système de santé.

À l'automne 2000, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont parvenus à une entente visant à élaborer une base commune aux fins de surveillance du rendement des systèmes de santé partout au pays et de rapport au public. Les premiers ministres ont demandé aux ministres de la santé de :

- Prévoir la diffusion régulière par chaque gouvernement de rapports sur les programmes et services de santé qu'ils offrent, le rendement du système de santé et les progrès réalisés dans l'atteinte des priorités mentionnées précédemment.
- Collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, de sorte que les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités d'ici septembre 2002. Ces indicateurs comparables porteront sur les éléments suivants :
 - l'état de santé (p. ex., espérance de vie, mortalité infantile, faible poids à la naissance, personnes qui se disent en excellente santé);
 - les résultats en matière de santé (p. ex., changement dans l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, réduction du fardeau associé aux maladies);
 - la qualité du service (p. ex., temps d'attente pour les services clés de diagnostic et de traitement, satisfaction des patients, admissions subséquentes à l'hôpital, accès 24/7 aux services de santé de premier contact, soins à domicile et dans la collectivité, pertinence des activités de surveillance, de protection et de promotion de la santé).

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé voit le projet de mesure du rendement fédéral-provincial-territorial comme une occasion pour le Nouveau-Brunswick de développer sa capacité de mesure des services de santé et de comparer ses résultats avec ceux d'autres gouvernements. Certains des indicateurs que propose le Conseil rejoignent ceux contenus dans l'entente fédérale-provinciale-territoriale de septembre 2000.

Au Nouveau-Brunswick, des efforts sont en cours pour doter la province de la capacité de surveiller le rendement du système de santé, en particulier dans le secteur hospitalier. En 1999, le ministère de la Santé et du Mieux-être et les corporations hospitalières ont uni leurs efforts dans le but d'élaborer un système de mesure du rendement qui fait appel à un ensemble équilibré d'indicateurs pour mesurer la qualité et la viabilité du système des hôpitaux régionaux. Le système de mesure, qui est une carte de pointage équilibrée, est nécessaire pour appuyer l'amélioration continue du rendement et une meilleure reddition de comptes des hôpitaux régionaux en permettant l'évaluation du rendement fondée sur des preuves. Les domaines d'intérêt comprennent les activités financières, cliniques et non cliniques, l'intégration et l'apprentissage du système, et la satisfaction des patients et des collectivités.

Selon les travaux sur la mesure du rendement de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'Université de Toronto, la distinction entre le bulletin de santé et la carte de pointage équilibrée tient à deux éléments : le niveau de l'analyse et l'auditoire visé. Selon leur modèle, un bulletin de santé est un ensemble d'indicateurs de haut niveau établis en fonction des intervenants externes. Une carte de pointage équilibrée est un rapport plus détaillé comprenant un ensemble d'indicateurs conçus en fonction des besoins opérationnels des intervenants internes comme les gestionnaires et les dispensateurs de soins.

À la lumière de son propre examen des travaux réalisés sur le projet de carte de pointage équilibrée, le Conseil recommande que cette approche de la mesure soit élargie pour englober tous les services et programmes qui seront ultérieurement gérés par les régies régionales de la santé (services de santé publique, services de santé mentale, soins de longue durée, etc.), ce qui devient essentiel pour la gestion d'une prestation de services intégrée et continue.

La mesure du rendement au moyen de la carte de pointage équilibrée vise à combler le besoin d'une surveillance et de rapports internes. Bien qu'il ne serve habituellement pas à faire rapport au public, ce système de mesure exige une gestion de données rigoureuse qui fournit une base de données plus complète et plus fiable pour l'élaboration du bulletin de santé provincial, dans la mesure où il a trait au rendement du système de santé.

6.5 Cadre

Conformément à sa vision pour le Nouveau-Brunswick, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé est d'avis que la population doit être informée sur le rendement du système des soins de santé, l'état de santé de la population et les facteurs sociaux qui influent sur la santé.

Une telle position rejoint le mandat du ministère de la Santé et du Mieux-être, qui est centré sur le mieux-être aussi bien que sur la maladie. Cette position rejoint également l'approche adoptée dans l'entente fédérale-provinciale-territoriale. Une telle cohérence est nécessaire pour que le Nouveau-Brunswick puisse établir des comparaisons avec les autres gouvernements provinciaux.

6.5.1 Dimensions de la mesure du rendement

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé recommande que le bulletin de santé couvre quatre dimensions particulières :

- les déterminants sociaux de la santé;
- l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick;
- le rendement du système des soins de santé du Nouveau-Brunswick;
- les caractéristiques de la collectivité et du système de santé.

Un certain nombre d'indicateurs sont possibles pour chaque dimension. Le tableau qui suit illustre les catégories mises de l'avant par le Conseil pour chaque dimension proposée :

Déterminants sociaux de la santé	État de santé de la population	Rendement du système de santé	Caractéristiques de la collectivité et du système de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Comportements liés à la santé • Conditions de vie et de travail • Ressources personnelles • Facteurs environnementaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé • Fonction humaine • Bien-être • Décès 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptabilité • Accessibilité • Caractère approprié • Compétence • État de préparation futur • Efficacité • Efficience • Sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Données démographiques • Dépenses du système de santé • Santé personnelle • Volumes de services

Le menu des indicateurs publiés dans le bulletin de santé variera d'une publication à l'autre. Le Conseil a pris en compte les éléments de la vision qu'il propose pour déterminer les indicateurs prioritaires. Bien qu'il se préoccupe de l'incapacité de recueillir des données en quantité suffisante au cours des premières années pour produire un bulletin fiable, le Conseil a tout de même dressé la liste qui suit d'indicateurs possibles :

Déterminants sociaux de la santé

- Modes de vie
 - Taux de dépendance (tabac, alcool, drogues, jeux de hasard)
 - Activité physique
 - Nutrition et régime alimentaire
- Éducation
- Emploi ou chômage
 - Répartition de l'état d'emploi (à temps plein, à temps partiel, saisonnier)
 - Conditions d'emploi (sécurité d'emploi, avantages sociaux, options en matière de retraite, etc.)
 - Répartition de l'état de chômage (assurance-emploi, aide au revenu)

- Développement de la petite enfance (disponibilité des programmes visant la santé des enfants, maturité scolaire, etc.)
- Environnement
 - Règlements et application
 - Suivi de la gestion de la qualité – eaux, air, sol, etc.
 - Exposition à des substances toxiques, intégrité écologique, utilisation de pesticides, recyclage, conservation des marais, etc.
- Taux de criminalité et autres statistiques juridiques, y compris :
 - Incidents de violence familiale
 - Agressions sexuelles
- Niveaux de revenu et de pauvreté
 - Groupes (familles monoparentales, personnes âgées de 65 ans ou plus, etc.)

État de santé de la population

- Obésité (indice de masse corporelle par âge et par sexe)
- Taux d'invalidité (fonctions perdues, absentéisme - jours de travail perdus)
- Condition physique de la population
- Améliorations dans l'état de santé de la population
- Mortalité prématurée
- Incidence des maladies évitables (diabète, hypertension, etc.)
- Incidence des maladies (maladies cardiaques, cancer, sida, dépression, maladie d'Alzheimer, arthrite, etc.)
- Auto-évaluation de l'état de santé, estime de soi et qualité de vie

Rendement du système de santé

- Accès aux services de soins primaires
 - Accès 24/7
 - Intégralité
- Satisfaction des patients et de la population, niveau de confiance dans le système
- Accès aux services dans la langue de son choix (nombre de plaintes)
- Taux de satisfaction des dispensateurs, évaluation du moral du personnel, roulement annuel du personnel
- Temps d'attente pour voir un spécialiste et délai entre le spécialiste et le traitement selon les soins recherchés
- Intervention en temps opportun
- Liste d'attente pour une source de soins secondaires ou tertiaires

- Pourcentage d'utilisation de soins tertiaires par région
- Temps d'attente pour avoir accès à des soins tertiaires par région (index des soins tertiaires)
- Projets et cliniques de promotion et de prévention en matière de santé (p. ex., examens physiques annuels)
- Rendement des régions régionales de la santé (RRS) en matière de gestion financière
- Sensibilité des RRS aux besoins de la collectivité
- Budget global de la santé et ventilation des coûts par programmes et services

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

- Recrutement et maintien des ressources professionnelles
- Profil de l'assurance-médicaments par région
- Éducation, capacité de recherche, fonds obtenus pour la recherche
- Données sur l'âge par province et par région
- Budget global de la santé par programme et comparaisons d'une année à l'autre
- Description et nombre de centres de soins primaires, secondaires et tertiaires
- Suivi des volumes et des habitudes d'utilisation des services d'urgence et des centres de santé communautaire (fins de semaine, soirs), progrès dans l'accessibilité des services appropriés
- Nombre de programmes de prévention et de promotion par région

Le perfectionnement de la liste, en particulier le choix des indicateurs, nécessitera l'aide de spécialistes des indicateurs et de chercheurs en santé de l'institut de recherche proposé.

6.5.2 Niveaux de comparaison

Le cadre d'indicateurs proposé rejoint les autres initiatives provinciales et nationales de mesure du rendement. En adoptant une approche similaire, le Nouveau-Brunswick sera mieux en mesure d'informer ses citoyens sur le rendement de son système de santé et l'état de santé de sa population par rapport aux autres régions du pays. De plus, comme d'autres rapports publics émanant de sources externes (organismes de recherche fédéraux ou provinciaux, etc.) dressent souvent le portrait du Nouveau-Brunswick, le cadre que propose le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé permettra au Nouveau-Brunswick d'interpréter les constatations contenues dans de tels rapports en fonction d'un complément de recherche menée dans le contexte provincial.

L'information contenue dans le bulletin de santé devrait comprendre des comparaisons à différents niveaux : national (Nouveau-Brunswick c. moyenne nationale, autres provinces), provincial (à l'échelle de la population, du système) et régional (par collectivité et par région régionale de la santé). Le Conseil reconnaît que, durant leur première année de fonctionnement, les régions régionales de la santé concentreront leurs efforts sur les questions de mise en œuvre. En conséquence, il est préférable que les mesures du rendement du système de santé soient d'abord communiquées sur une échelle provinciale. Ce n'est qu'une fois les régions régionales de la santé pleinement fonctionnelles que des comparaisons dans le rendement des services régionaux pourront servir à déterminer les pratiques exemplaires et mener à des modifications du plan de santé provincial.

6.5.3 Normes sur la qualité des soins de santé

Le mandat du Conseil précise que le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit aussi englober les normes sur la qualité des soins de santé afin que la population du Nouveau-Brunswick sache ce qu'elle peut attendre du système de santé, en particulier dans le contexte de l'accès aux services. La mesure du rendement par rapport à ces normes soutiendra la mise en œuvre de la Charte des droits et des responsabilités du patient et, au fil du temps, son efficacité.

Des normes peuvent être déterminées dès maintenant (p. ex. délais d'intervention et niveaux de formation pour les services d'ambulance). Toutefois, l'établissement de normes qui sont atteignables et réalisables et qui reflètent véritablement des soins appropriés exigera beaucoup plus d'information au sujet du rendement actuel du système de santé. Les normes seront établies au fur et à mesure de la collecte et de l'évaluation de données exactes par l'institut de recherche indépendant.

6.6 Caractéristiques et défis de la conception

6.6.1 Caractéristiques de la conception

Pour assurer la mise en œuvre d'un bulletin de santé valable, le Conseil recommande :

- Que le contenu soit sensible aux besoins de l'auditoire cible, qui est le public.
- Que l'information se rapporte au contexte communautaire régional et local et à la province dans son ensemble.
- Que le bulletin mesure des facteurs reliés à une bonne santé et à de bons soins de santé.
- Que chaque publication du bulletin de santé se concentre sur quelques indicateurs au lieu de tout mesurer et communiquer à la fois (moins de 10).
- Que le contenu varie d'une publication à l'autre et présente des indicateurs à court terme et à long terme.
- Que l'information fasse état de résultats positifs et négatifs, l'information sur les résultats négatifs devant donner lieu à une action (une indication de ce qui sera fait pour améliorer les résultats).

- Que l'information au sujet de la qualité des soins et des résultats soit facile à comprendre.
- Que différents moyens de communication soient employés, y compris la technologie Web, pour susciter l'engagement de la majorité du public.
- Que l'élaboration du bulletin s'appuie sur une approche incorporant les pratiques exemplaires (profiter de l'expérience d'autres instances en matière de bulletin de santé public).
- Que l'impartialité et la perception d'impartialité demeurent cruciales pour l'intégrité et la crédibilité du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick. Le gouvernement doit éviter de faire sa propre promotion et devrait confier la production du bulletin à un tiers indépendant (l'institut de recherche).

Au minimum, le bulletin de santé devrait être publié annuellement. Le Conseil recommande de plus que des rapports trimestriels soient produits pour traiter des questions opportunes concernant l'état de santé de la population et le rendement du système de santé.

6.6.2 Défis

La question de l'étendue limitée de la collecte de données doit être traitée. Le ministère de la Santé et du Mieux-être recueille déjà des données sur le rendement du système des soins de santé et données épidémiologiques. En revanche, les données reliées aux déterminants de la santé, tels que les niveaux de revenu, les conditions du milieu, les niveaux de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, ne sont pas régulièrement examinées pour voir quels sont leurs liens avec l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick ou ne sont pas utilisées par d'autres ministères pour les guider dans les changements de politiques publiques qui touchent à la santé. Des ressources additionnelles sont nécessaires pour étendre la gamme des données recueillies; ces données sont essentielles pour comprendre l'action réciproque complexe des nombreux facteurs qui influent sur l'état de santé et l'efficacité de la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministères des Services familiaux et communautaires doivent affecter des ressources additionnelles pour perfectionner les bases de données sur la santé et établir des liens entre elles de façon à permettre le suivi des cas individuels dans les différentes bases de données.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également un besoin immédiat de ressources additionnelles pour assurer l'intégralité et la qualité de la collecte de données actuelles, en particulier les lacunes dans les soins ambulatoires, les soins postactifs et les soins communautaires, de façon à assurer l'utilité des données pour le bulletin de santé proposé.

6.6.3 Première publication

Le bulletin de santé devrait être publié au moins une fois par année après que les régies régionales de la santé auront commencé à gérer la prestation des services de santé (première publication au printemps 2003). Étant donné que l'obtention de données valides susceptible de demeurer une question cruciale durant un certain temps, la première publication pourrait porter sur les progrès réalisés dans l'établissement des régies régionales de la santé et la prestation homogène des services d'un programme de santé à l'autre. L'information aisément disponible en ce qui a trait à la santé de la population et aux déterminants sociaux de la santé devrait aussi être incorporée à la première publication. Au fur et à mesure que les preuves s'accumulent par la recherche et d'autres moyens, les publications subséquentes du bulletin de santé devraient pouvoir présenter des constatations relatives aux déterminants sociaux de la santé, l'état de santé de la population ainsi que les tendances émergentes et les liens entre celles-ci et le rendement du système de santé.

6.7 Recherche en santé : Information objective et fondée sur des preuves

Le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit être perçu comme un outil d'évaluation objectif. Les expériences vécues ailleurs ainsi que les récentes publications sur le sujet des bulletins révèlent qu'il est préférable qu'un tiers indépendant soit chargé de l'élaboration et de la publication du bulletin de santé.

La vision du gouvernement en matière de santé et de mieux-être dépasse la prestation de soins de santé. En vue d'évaluer l'état de santé des Néo-Brunswickois et l'efficacité du réseau de santé, il faut recueillir des données non seulement auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être mais aussi auprès d'autres ministères et organismes possédant de l'information reliée aux déterminants sociaux de la santé. La production du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick exige que les relations entre les différentes données fassent l'objet d'une enquête approfondie afin de déterminer pourquoi de telles relations existent.

Le Nouveau-Brunswick n'a pas un organisme de recherche en santé capable de présenter de telles constatations au sujet des quatre dimensions du cadre proposé de mesure du rendement.

Comme il est énoncé dans le rapport du Comité d'étude sur les services de santé, tracer la voie du système des soins de santé nécessite un accès facile à de l'information pertinente sur les tendances et les questions actuelles et émergentes dans le domaine de la santé. Cet accès est essentiel pour tous les intervenants, y compris le ministère de la Santé et du Mieux-être, le ministère des Services familiaux et communautaires, les régies régionales de la santé, les professionnels de la santé et le public.

Le Conseil est convaincu que l'information fiable nécessaire à l'élaboration de politiques et de services fondés sur des preuves doit venir d'une organisation indépendante, crédible et très en vue dont le principal centre d'intérêt est la recherche, l'analyse et la discussion d'un large éventail de questions liées à la qualité et au rendement dans le système de santé. De plus, le Conseil est convaincu que cette organisation doit conserver son indépendance par rapport à toute partie qui intervient directement dans la prestation et la gestion des soins de santé. Comme il est déclaré dans le rapport Fyke (Commission sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan), *une telle organisation doit conserver une voix indépendante, et ses vues et ses conclusions ne doivent pas être compromises par les imprévus et les pressions de tous les jours.*

Le tiers indépendant ou l'institut de recherche serait chargé de la publication du bulletin de santé et mandaterait divers intervenants pour des activités de recherche, de conception et de publication. Les données seraient obtenues de sources gouvernementales internes (système de santé et autres ministères, y compris Services familiaux et communautaires, Environnement et Gouvernements locaux ainsi que Finances) et de sources externes (Statistique Canada, organisations de santé non gouvernementales, universités, etc.).

À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick est la seule province canadienne à ne pas avoir une organisation provinciale de recherche en santé et à ne pas investir des sommes importantes dans la recherche en santé, ce qui le place dans une position désavantageuse. Le Conseil exhorte le gouvernement provincial à investir des sommes importantes en vue de constituer la capacité de recherche dont nous avons tant besoin afin que nous puissions avoir « des solutions élaborées au Nouveau-Brunswick découlant de recherches faites au Nouveau-Brunswick ».

La proposition du Conseil pour un institut de recherche en santé est la suivante :

Nom proposé

New Brunswick Health Research Institute (NBHRI) / Institut de recherche en santé du Nouveau Brunswick (IRSNB)

Rôle

- Accroître la capacité de recherche en santé du Nouveau-Brunswick en regroupant et en soutenant les chercheurs et les activités de recherche en santé actuelles et nouvelles dans la province (le « cœur » de la recherche en santé).
- Fournir au gouvernement, aux dispensateurs, au milieu de la recherche et au public des informations pertinentes (fondées sur des preuves) sur les tendances et les questions actuelles et émergentes en matière de santé.
- Mener des recherches sur l'état de santé des Néo-Brunswickois, le rendement du système de santé et les déterminants généraux de la santé, et communiquer les constatations par l'entremise de divers médias, notamment la publication du Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick.
- Établir des liens, le cas échéant, avec d'autres organismes gouvernementaux responsables des déterminants clés de la santé ainsi qu'avec d'autres organismes provinciaux et nationaux de recherche en santé.
- Informer les chercheurs en santé de la province au sujet des questions importantes de la recherche en santé.

Autres fonctions possibles

- Servir de dépôt de données pour les données recueillies par Santé et Mieux-être, les régies régionales de la santé et d'autres ministères pertinents, et faire en sorte que ces données sont communiquées au milieu de la recherche en appliquant des mesures de confidentialité appropriées.
- Stimuler la recherche en santé au Nouveau-Brunswick en participant à l'obtention de fonds de différents paliers de gouvernement et à l'affectation de ces fonds aux priorités visées en matière de recherche.
- Augmenter le rendement et la capacité de recherche au Nouveau-Brunswick en orientant en fonction d'importantes questions de recherche en santé des subventions de recherche ciblées obtenues de divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux comme les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'Association canadienne du diabète.

Distinction entre le rôle de l'institut et le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être

Selon le modèle proposé par le Conseil, le futur rôle du ministre/ministère de la Santé et du Mieux-être peut être résumé ainsi :

- Établir des politiques des objectifs et des normes visant le système de soins de santé provincial (en collaboration avec les régies régionales de la santé).
- Surveiller et évaluer le rendement du système des soins de santé, y compris les programmes et services de santé offerts par les régies régionales de la santé
- Financer le système des soins de santé.
- Recueillir des données et les faire parvenir à l'institut en appliquant les précautions nécessaires en matière de confidentialité.

Pour s'acquitter de telles fonctions de manière efficace, le ministère de la Santé et du Mieux-être devra compter de plus en plus sur les preuves qui émergeront de la recherche sur les nombreuses facettes de la santé, y compris les progrès réalisés dans les résultats sur la santé, les innovations dans la prestation des services et les pratiques exemplaires. Ce genre de soutien n'est pas habituel dans les ministères de la Santé. Dans d'autres gouvernements, ce soutien vient plutôt d'une organisation dont l'objet principal est la recherche en santé, telle que l'institut proposé dans le présent document.

Structure et gouverne

Pour assurer une reddition de comptes appropriée et le degré nécessaire d'indépendance, un conseil d'administration qui fait rapport directement à l'assemblée législative gouvernerait l'institut de recherche en santé. La composition du conseil pourrait viser à créer le poids, l'influence et le leadership permettant d'établir l'efficacité et la présence désirées d'un tel institut.

La composition du conseil d'administration pourrait comprendre, entre autres, les représentants suivants :

- le gouvernement provincial (un ou deux sous-ministres de ministères tels que Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires, et Environnement et Gouvernements locaux)
- les régies régionales de la santé, les groupes professionnels
- les organisations universitaires (du Nouveau-Brunswick et de l'extérieur)
- d'autres organisations de recherche en santé (Institut canadien d'information sur la santé, GPI Atlantic, centres du Manitoba et de la Saskatchewan)
- des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé qui appuient activement la recherche en santé
- le secteur privé (y compris des domaines spécialisés comme les cabinets d'experts-comptables).

Pour aider le conseil d'administration dans son travail, des comités de soutien portant par exemple sur l'examen scientifique et les normes déontologiques seraient établis.

De plus, des comités consultatifs aideraient le personnel dans des domaines particuliers au sujet desquels l'institut mènerait des recherches actives (p. ex., comité consultatif sur l'utilisation des services de santé, comité consultatif sur les résultats cliniques, comités stratégiques provinciaux sur le coeur, le cancer, le diabète, l'asthme, etc.)

Pour servir de « cœur » au milieu de la recherche en santé au Nouveau-Brunswick, l'institut encouragerait tous les chercheurs en santé du Nouveau-Brunswick à devenir membres associés. L'accès aux données provinciales et des subventions serviraient à motiver les chercheurs à établir un lien officiel avec l'institut.

Un directeur général serait chargé de la gestion et de la conduite générales des affaires de l'institut et ferait directement rapport au conseil d'administration.

Une fois pleinement fonctionnel, l'institut emploierait des chercheurs, des programmeurs en informatique, des analystes de système, un personnel administratif et un personnel de secrétariat.

Financement

L'institut de recherche proposé s'inspire des modèles en vigueur ailleurs, par exemple au Manitoba et en Saskatchewan, en ce qui a trait à son objet et à ses rôles, à la dotation en personnel et aux arrangements de financement.

Le Nouveau-Brunswick devrait viser, pour la recherche en santé, un financement repère représentant jusqu'à 1 % du budget public des soins de santé (1,683 milliard en 2001-2002), ce qui représente une somme de 16 millions environ. Une fraction importante de cette somme devrait être immédiatement réservée à la mise sur pied de l'institut et à la réalisation d'études majeures sur les questions urgentes en matière de soins de santé dans la province telles que la qualité et les tendances dans l'utilisation des services de santé.

Le financement proposé ci-dessus peut sembler excessif. Cependant, les études montrent que les instituts de recherche en santé comportent des avantages à long terme pour le rendement du système de santé et que les économies excèdent largement le financement requis. Les répercussions potentielles sur l'économie sont considérables, tout comme l'amélioration dans les politiques publiques de santé et la prise de décision dans le domaine des soins de santé. Un plus grand nombre de décisions fondées sur des preuves mènera, avec le temps, à une meilleure utilisation des fonds affectés aux soins de santé. Grâce à l'institut, il sera enfin possible d'avoir accès à des fonds fédéraux en matière de recherche alors que, par le passé, des initiatives provinciales de recherche n'ont pas réussi à obtenir de tels fonds, puisque des fonds de contrepartie ne pouvaient être obtenus du gouvernement provincial. À l'instar d'autres provinces qui ont mis sur pied des instituts de recherche, notamment l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick pourra recueillir d'autres avantages dont la possibilité pour la province de tenir des colloques dans le domaine des soins de santé, la création d'emplois ainsi que la commercialisation et les activités économiques découlant des constatations de recherche.

Mise en œuvre

Le conseil d'administration et le directeur général doivent être en poste, au plus tard, au début de 2002, ce qui donnerait l'élan nécessaire pour avoir un institut pleinement fonctionnel au courant de la même année.

Les travaux d'élaboration de la première publication du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick seraient la responsabilité du conseil d'administration. Au début, une partie du personnel pourrait être détaché à temps plein de ministères tels que Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires ainsi qu'Approvisionnement et Services (technologie de l'information), pour appuyer les travaux de l'institut jusqu'à ce qu'il soit pleinement fonctionnel (recrutement de personnel permanent, mise en place d'un système d'information, etc.). Toutefois, des chercheurs en santé expérimentés et dignes de foi sont essentiels à la réussite de l'institut en tant qu'institut indépendant.

Liste d'indicateurs additionnels

Déterminants sociaux de la santé

- Utilisation des comptoirs alimentaires et des cuisines communautaires
- Possibilité de contribuer
- Bénévolat
- Continuer à participer après le départ à la retraite
- Soutiens et réseaux sociaux
 - Niveau individuel
 - Niveau communautaire
 - Sans-abri
- Possibilités d'activité physique
- Possibilités de s'instruire tout au long de la vie

État de santé de la population

- Espérance de vie
- Principales causes de décès
- Nutrition adéquate (sous-alimentation)
- Santé fonctionnelle, limitation des activités, douleur chronique
- Taux de grossesse à l'adolescence
- Indicateurs sur l'utilisation (pharmacothérapie, traitement/intervention, etc.)

Rendement du système de santé

- Compréhension du système par le public
- Utilisation des services au fil du temps, tendances, cabinets de médecin, télésoins, services d'urgence, centres de santé communautaires, changements dans les habitudes d'accès
- Nombre et genre de programmes de prévention par région
- Résultats des interventions
- Taux d'iatrogénèse (trouble provoqué par un traitement médical ou une erreur d'un professionnel de la santé)
- Progrès dans la planification des activités (à long terme, plan directeur provincial en matière de santé)
- Niveau d'intervention et d'innovation communautaires dans le système et les services aux niveaux local et régional
- Délais d'intervention (ambulances)
- Délai d'intervention moyen pour répondre, stabiliser et transférer
- Temps de déplacement médian pour se rendre chez son dispensateur de soins primaires
- Prestation continue, niveau d'intégration, continuité des soins et soins interdisciplinaires
- Hospitalisation pas nécessairement requise
- Système axé sur le client et la collectivité (communication, confidentialité, respect et compassion, participation, intervention dans la collectivité, etc.)
- Taux d'utilisation, volume de services dispensé (nombre de jours-patient, IRM, tomodensitométrie, consultations de généralistes, de spécialistes, etc.)
- Formation et perfectionnement en cours d'emploi des professionnels de la santé
- Inscription des étudiants dans les disciplines de la santé
- Progrès vers « un dossier de santé par personne » - accès de la personne à ce dossier (en tout ou en partie)

- Nombre de postes de médecin de famille et de spécialiste (vacants, remplis - âge moyen et sexe) par région (soins primaires et secondaires) par tranche de mille habitants
- Nombre de postes de spécialistes en soins tertiaires (vacants, remplis - âge moyen et sexe) pour la province par tranche de mille habitants
- Nombre de postes professionnels dans d'autres disciplines (vacants, remplis - âge moyen et sexe), (personnel infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, etc.) par région, par tranche de mille habitants

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

- Nombre d'ambulances, nombre de tomodensitomètres, nombre d'appareils IRM, etc. / Âge moyen du matériel, des véhicules, etc.

Utilisation appropriée des ressources

- Dossier de santé électronique - progrès dans l'intégration de l'infrastructure TI/SI
- Tendances par région en matière d'interventions secondaires
- Nombre de postes à temps plein (déterminé par le nombre d'heures régulières travaillées plutôt que par le nombre de personnes par profession) et rapport provincial des ETP par habitant
- Bénévolat (chiffres provinciaux, régionaux et locaux)
- Investissements de capitaux (modernisation) de toutes les sources et lien avec l'activité de planification triennale
 - du gouvernement provincial
 - du gouvernement fédéral
 - de fondations
- Utilisation des services de santé non financés publiquement (physiothérapie, services de santé mentale, etc.) – Pourcentage d'utilisateurs du système privé payant.

7. Charte des droits et responsabilités

7.1 Introduction

La troisième partie du mandat du Conseil consiste à collaborer à l'élaboration d'une Charte des droits et responsabilités du patient. Le Conseil a d'abord expliqué sa vision de la Charte. Il s'est fondé sur certaines prémisses de base pour son élaboration, convenant que la Charte doit :

- Découler de la vision globale du système de santé renouvelé.
- Expliquer en détail les droits et les responsabilités à tous les niveaux : personnes, professionnels de la santé et système.
- Informer, sensibiliser et soutenir une prise de décisions éclairées pour les personnes, les professionnels et le système.
- Favoriser la collaboration et la coopération afin d'arriver à une responsabilité partagée de la santé et du système.
- S'appliquer à tous les services de santé destinés à l'ensemble des citoyens avant, pendant et après l'admission au système de santé.
- Assurer la transparence et démystifier l'accès aux services de santé pour les personnes et pour les professionnels qui travaillent dans le système.
- Être appuyée par des mécanismes qui fournissent les soutiens nécessaires pour permettre aux personnes d'exercer pleinement leurs droits et au système d'offrir des services sur une base continue.
- Être surveillée et évaluée pour mesurer le succès relatif au respect des droits et à l'établissement d'un climat qui permet aux citoyens d'assumer leurs responsabilités.
- Évoluer avec un système en transition, faire l'objet de prise de mesures et être respectée et suivie.

La Charte proposée énonce les droits et responsabilités d'un public plus vaste que celui des patients. L'objectif de la Charte étant d'encourager les personnes à jouer un rôle actif dans le maintien d'une bonne santé, le Conseil propose que soit adopté pour la Charte un nom qui traduit cet objectif :

Charte des droits et responsabilités de la santé du Nouveau-Brunswick

La Charte proposée a été élaborée pour préciser à l'intention de la population du Nouveau-Brunswick ce qu'elle peut attendre du système de santé pendant la transition et une fois le renouvellement achevé. Certains mécanismes et éléments de soutien de la Charte seront mis en œuvre progressivement au fur et à mesure de l'évolution du système. La Charte précise cette nouvelle orientation, mais l'amélioration de l'accès, de la communication et du droit de décider est subordonnée à l'entrée en vigueur de telles caractéristiques.

Les droits mentionnés dans la Charte ne sont pas nouveaux. Ils sont tout à fait compatibles avec les diverses lois fédérales et provinciales qui régissent les soins de santé et sont conformes aux codes de déontologie et de conduite qui régissent les professionnels de la santé. Pour rédiger la Charte, le Conseil s'est appuyé sur les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, et accessibilité. Cette Charte réaffirme ces principes en les définissant de façon plus approfondie dans le contexte du système de santé du Nouveau-Brunswick.

La Charte n'a pas pour but de traiter des détails particuliers de chaque service ou programme offert par le système de santé. La terminologie utilisée dans la Charte est aussi précise que possible. Toutefois, un terme qui peut donner lieu à une interprétation large, « raisonnable » par exemple, devra être défini par des normes provinciales relatives aux programmes.

La Charte cherche à établir un équilibre entre les attentes et les responsabilités. Ceux qui travaillent au sein du système et ceux qui y accèdent ont une contribution particulière à apporter pour assurer des résultats optimaux en matière de santé. Cette Charte servira de guide à toutes les personnes visées et les aidera à avancer dans cette direction.

7.2 But de la Charte

La Charte proposée a trois fonctions précises : expliquer les attentes, expliquer les responsabilités et soutenir une prestation de services qui répond aux attentes collectives.

La Charte expliquera à la population du Nouveau-Brunswick ce qu'elle peut attendre du système de santé et des professionnels de la santé. Le Conseil estime que les personnes doivent être informées des modes de prestation des services de santé qui sont dispensés et de leurs droits en ce qui a trait à l'accès à ces services.

Les responsabilités des Néo-Brunswickois au sein du système de santé et envers les professionnels de la santé seront aussi expliquées. Cette explication favorise une responsabilité partagée de la santé et du système de santé en précisant que chaque personne peut faire sa part pour assurer une efficacité optimale.

Le libellé de la Charte vise aussi à soutenir une attitude qui répond aux attentes collectives pour ce qui est de la prestation des services. Les normes de service et la surveillance à l'aide du bulletin de santé permettront de déterminer le rendement du système quant aux droits et aux responsabilités définis.

7.3 La Charte à titre de loi ou d'élément d'une politique publique

La responsabilité du Conseil couvre la présentation de l'application potentielle de la Charte. Cependant, il revient au gouvernement de décider si la Charte doit être établie par une loi ou mise en œuvre sous la forme d'une politique publique.

Le Conseil a envisagé plusieurs points importants au sujet de l'application possible de la Charte, notamment :

- Que des mécanismes soient mis en place pour assurer l'application et l'observation de la Charte, par exemple un Bureau du curateur et tuteur public ou des dispositions législatives sur les directives préalables en matière de soins de santé.
- Que la Charte serve d'instrument pour déterminer les forces et les faiblesses du système de santé relativement au respect des droits des personnes et des professionnels. Le système doit à son tour être réceptif aux mesures correctives.
- Que la Charte soit perçue comme un élément positif du système pour les professionnels qui y travaillent et les personnes qui accèdent aux services.
- Que des mécanismes soient mis en place pour traiter les plaintes ou les questions des personnes et que ces mécanismes soient faciles d'accès et gratuits.
- Que la Charte soit mise en œuvre dans l'optique d'aider les professionnels de la santé et les personnes à travailler ensemble pour entretenir une bonne communication et réaliser des objectifs communs.
- Que la Charte serve à sensibiliser et à renseigner le public.

7.4 La Charte proposée

La Charte prévoit cinq grandes catégories de droits.

Accès aux services de santé : *concerne l'accès, l'équité, la sensibilité aux besoins des personnes, la continuité des soins, les aspects linguistiques, ethniques, spirituels et religieux, et les facteurs culturels et familiaux. Ces éléments sont soutenus par divers mécanismes comme un accès amélioré grâce à un réseau de centres de santé communautaires et l'optimisation des rôles des professionnels.*

Capacité de prendre ses propres décisions : *appuie l'aptitude des personnes à prendre leurs propres décisions, assure le contrôle des personnes sur leurs soins et soutient la prise de décisions éclairées. Ces éléments sont soutenus par des mécanismes comme des dispositions législatives en vue de directives préalables en matière de soins de santé et la création d'un Bureau du curateur et tuteur public.*

Bonne communication et information : *jette la base permettant aux personnes de prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins et du droit d'accéder à leur propre information, de savoir comment l'information est utilisée, de poser des questions et de comprendre ce qui est exigé d'elles pendant la prestation des soins qu'elles reçoivent. Ces droits sont soutenus par divers mécanismes comme un nouveau modèle de prestation des services faisant en sorte que le professionnel de la santé désigné dispense les soins appropriés au bon moment et au bon endroit. Les professionnels pourront ainsi passer plus de temps à répondre aux questions et aux préoccupations et fournir aux personnes suffisamment d'information et de soutien pour assurer la réalisation des objectifs en matière de santé.*

Considération et respect personnels : énonce des normes acceptées de courtoisie professionnelle et explique le traitement respectueux auquel a droit chaque Néo-Brunswickois. Ces éléments sont soutenus par un système qui favorise la bonne communication et l'information ainsi que la continuité des soins axés sur les personnes et qui permet à celles-ci de mieux participer.

Réponses aux préoccupations, plaintes et questions : porte sur le droit des personnes d'avoir des défenseurs au sein du système de santé. Il est recommandé que ce droit à des défenseurs soit soutenu par un défenseur provincial et des défenseurs régionaux qui aideront les personnes à trouver des réponses à leurs questions au sujet d'un service, du résultat d'un service ou d'une intervention relevant du mandat de la régie régionale de la santé. Le système de défense des droits n'a pas pour but de remplacer les autres mécanismes comme les modalités de présentation des plaintes aux associations professionnelles ou l'appareil judiciaire. Il vise plutôt à faciliter la communication entre un professionnel et la famille ou la personne lorsque des problèmes surviennent, ou à étudier et à acheminer les demandes individuelles de renseignements.

La Charte énonce un certain nombre de droits et responsabilités particuliers visant la personne, le professionnel de la santé et le système. Le texte complet de la Charte se trouve à la fin de ce chapitre.

7.5 Les mécanismes de soutien

Pendant l'élaboration de la Charte, il est devenu évident que, pour qu'elle soit efficace, le système doit soutenir les personnes et les professionnels de la santé au moyen des mécanismes appropriés. Ces mécanismes doivent être présents pour faciliter et assurer le respect des droits énoncés. Ces mécanismes permettent aux personnes d'exercer pleinement leurs droits dans les secteurs qui débordent le cadre du système de santé proprement dit, mais qui ont néanmoins des répercussions sur les résultats en matière de santé. Ces mécanismes sont les suivants :

- la création d'un Bureau du curateur et tuteur public,
- la création de postes d'un défenseur provincial et de défenseurs régionaux,
- l'adoption de mesures législatives permettant l'utilisation de directives préalables en matière de soins de santé,
- un système de soins de santé et un modèle de prestation des services renouvelés.

7.5.1 Curateur et tuteur public

La création d'un poste de curateur et tuteur public au Nouveau-Brunswick a été étudiée à maintes reprises au cours des années. Cette question a refait surface dans le cadre d'un système de santé intégré et complet, sur la recommandation du Conseil. Les problèmes et les enjeux qui ont constamment fait ressortir l'idée sont encore très réels dans le système de santé actuel.

But du curateur et tuteur public

Aider et protéger les personnes qui ne peuvent pas prendre leurs propres décisions concernant l'administration de leurs biens, de leurs soins personnels ou de leurs soins de santé et qui n'ont personne pour assumer cette responsabilité.

Champ d'activité du curateur et tuteur public

Le curateur de dernier ressort, comme le recommande le Conseil, offrira à la population du Nouveau-Brunswick des services tels que :

- administrer les successions des personnes décédées au Nouveau-Brunswick, lorsque personne ne peut ou ne veut agir comme administrateur;
- administrer les biens des personnes qui ne sont pas mentalement capables de le faire et prendre en leur nom des décisions concernant leur situation financière et leurs soins;
- administrer les biens des personnes qui ont accordé une procuration au curateur public;
- administrer des sommes fiduciaires au nom des personnes âgées de moins de 18 ans;
- soutenir toutes ces fonctions par des compétences juridiques, financières et comptables;
- exercer d'autres rôles conformément à la loi ou selon un ordre de la cour.

Description des enjeux

La recherche a révélé les limites des mesures de protection pour les adultes vulnérables dans le système actuel. Des lacunes importantes laissent à certaines personnes très peu de choix pour assurer leur bien-être. L'incapacité d'agir laisse le système vulnérable à des coûts plus élevés et à une sous-utilisation ou à une mauvaise utilisation de ressources coûteuses.

Au cours de ses délibérations sur la question, le Conseil a discuté des nombreux défis qui se posent à la province.

Sur le plan démographique, la population néo-brunswickoise continue de vieillir. Cette génération vieillissante a accumulé, sous forme de régimes de pension de retraite, d'assurance et de biens, plus d'avantages que les générations précédentes, et elle a aussi plus de dettes à gérer. Il s'ensuit que les successions seront d'une plus grande valeur et plus difficiles à administrer.

Le problème dépasse les questions financières et concerne tous les aspects de la prise de décisions, y compris les soins personnels, les soins médicaux et les conditions de vie.

Par ailleurs, on craint que de nombreuses personnes atteintes de maladies invalidantes contribuant au déclin de leur état mental ne soient pas préparées pour le jour où elles ne pourront plus prendre leurs propres décisions. Le cas de certaines personnes qui sont déficientes intellectuelles ou mentales et qui ont besoin d'aide ou de soutien pour prendre des décisions suscite les mêmes préoccupations, car leurs affaires financières ne seront peut-être pas administrées. Une telle situation ouvre la porte aux abus financiers.

Sans la protection d'un curateur et tuteur public ou d'un décisionnaire délégué, un adulte devenu handicapé peut être très vulnérable à des abus financiers. Les mécanismes de protection exigent la présentation d'une demande à la cour, ce qui peut être coûteux et exiger un temps considérable. Bon nombre de gens n'ont personne apte ou prêt à agir en leur nom.

Un certain nombre d'adultes vulnérables et handicapés se trouvent dans les hôpitaux. Ces adultes ont pu être admis à l'hôpital pour un problème de santé mineur, et perdre, au cours de leur séjour hospitalier, leur capacité de prendre des décisions. La possibilité de les placer dans des milieux plus adéquats ou de leur fournir des soins appropriés dépend largement de leur capacité de comprendre la situation, de fournir l'information nécessaire et de consentir à leur placement. De nombreux adultes handicapés passent des mois dans des lits d'hôpital avant qu'un placement adéquat puisse être effectué parce qu'ils ne sont pas aptes à donner leur consentement éclairé.

La situation actuelle présente certains problèmes pour les foyers de soins qui admettent des personnes dont la situation financière n'est pas claire. Cette situation pose de grandes difficultés pour le foyer de soins lorsqu'il doit récupérer la partie des coûts qui est considérée comme la responsabilité du pensionnaire et peut avoir des répercussions financières considérables pour ces foyers de soins, qui sont des services à but non lucratif.

Des mesures législatives en vigueur, comme la *Loi sur les personnes déficientes* ou la *Loi sur la santé mentale*, traitent certains aspects concernant la protection des adultes vulnérables, mais elles se limitent à des situations ou à des groupes très précis. Par exemple, les patients psychiatriques ont accès à un système de défenseur du patient et d'administrateur des biens, et les adultes peuvent se préparer à une future perte d'autonomie en nommant par une procuration un fondé de pouvoir qui est chargé de prendre des décisions en leur nom lorsqu'ils ne sont plus en mesure de le faire eux-mêmes.

Les dispositions de la *Loi sur les personnes déficientes* et de la *Loi sur la santé mentale* offrent des choix et une certaine souplesse. Toutefois, ces dispositions ne sont pas suffisantes et ne répondent pas aux besoins de toute la population.

Recommandations

Le Conseil recommande l'établissement d'un Bureau du curateur et tuteur public pour assurer la protection de tous les adultes vulnérables relativement aux soins personnels, aux soins de santé et à l'administration de leurs biens. Le Conseil recommande en même temps que la loi comprenne des dispositions visant à évaluer la capacité selon le domaine. (Il s'agit de reconnaître que certaines personnes peuvent être capables dans un domaine, leurs soins de santé par exemple, mais incapables dans d'autres, comme leurs affaires financières. Ce modèle suppose qu'une personne est capable ou est incapable de prendre toute décision dans ce domaine en particulier et que chaque domaine est traité séparément¹). À l'heure actuelle au Nouveau-Brunswick, à la suite de son évaluation, une personne est considérée sans nuances soit comme « capable », soit comme « incapable », ce qui lui enlève la possibilité de continuer à prendre des décisions même dans les domaines où elle le peut encore.

Le Conseil recommande aussi que les aspects suivants soient pris en compte dans l'établissement du rôle et du champ d'activité du curateur et tuteur public.

- Que tous les mécanismes actuels (mesures législatives) portant sur la protection des adultes vulnérables en ce qui a trait à la prise de décisions pour les soins personnels, les soins de santé et l'administration des biens, ainsi que l'administration des fiducies pour les enfants âgés de moins de 18 ans, soient regroupés en une seule loi dont l'application relèverait du curateur et tuteur public. L'administration des successions des personnes décédées au Nouveau-Brunswick pour qui nul n'est apte ou prêt à agir à titre d'administrateur devrait être comprise.
- Que la possibilité d'établir le Bureau du curateur et tuteur public à titre d'organisme de service spécial soit étudiée comme moyen d'en assurer la viabilité et la reddition de comptes.
- Que la possibilité d'élargir la responsabilité du curateur et tuteur public de façon à inclure l'administration par procuration des biens et les soins personnels des personnes vulnérables mais capables ayant des biens modestes soit aussi étudiée.

Étendue des responsabilités du curateur et tuteur public

Le Conseil recommande que le curateur et tuteur public :

- agisse comme un « comité » auprès des personnes mentalement incapables;
- consente ou refuse de consentir au traitement psychiatrique des patients ayant une incapacité mentale dans les établissements psychiatriques et aux traitements médicaux des patients ayant une incapacité mentale dans les unités de soins médicaux;
- agisse comme décisionnaire au nom des personnes vulnérables concernant leurs soins personnels, leurs soins de santé ou leurs biens;
- agisse comme administrateur public pour la province;
- agisse comme tuteur officiel pour la province;
- agisse comme tuteur d'instance pour les mineurs et les personnes ayant une incapacité mentale qui n'ont personne apte à agir en leur nom;
- agisse comme curateur pour les fonds payables aux mineurs;
- examine toutes les demandes de curatelle privée;
- administre les affaires financières par procuration pour les adultes capables mais vulnérables dont la succession modeste ne serait probablement pas attrayante pour les sociétés de fiducie privées.

Le Conseil recommande que la loi établisse clairement les limites du rôle du curateur et tuteur public en tant que fondé de pouvoir. C'est une question particulièrement délicate pour les personnes qui sont déficientes mentales ou qui ont des troubles affectifs et qui ont besoin de personnes qui prennent des décisions en leur nom, surtout en ce qui a trait au refus du traitement ou aux interventions de survie en cas de tragédie. Le Conseil croit fermement qu'il faudrait faire une consultation plus approfondie avant d'adopter un modèle qui recommande l'adoption d'une loi pour assurer la protection des membres les plus vulnérables de notre société.

7.5.2 Défenseurs au sein du système de santé

Le Conseil voit la nécessité d'un système de défenseurs pour appuyer la Charte des droits et responsabilités au sein du système de santé.

But

Les défenseurs au sein du système de santé faciliteraient le contact du citoyen avec le système, surtout lorsqu'il faut traiter les préoccupations ou obtenir de l'information qui n'est pas facilement accessible, ou lorsqu'un citoyen estime ne pas recevoir de l'information ou un traitement adéquat.

Situation et enjeux actuels

À l'heure actuelle, seules quelques corporations hospitalières offrent les services d'un représentant du patient dans les établissements hospitaliers. Ces services se sont avérés très valables pour la corporation et pour les personnes. Les demandes d'aide ont augmenté au cours des années. Le modèle proposé repose sur celui qui est en place.

Le Conseil est conscient que le système de santé est très complexe et que les gens qui ont besoin d'y avoir recours sont souvent perplexes lorsqu'il s'agit d'accéder aux services, de choisir un traitement et d'obtenir une réponse à leurs inquiétudes. Dans un système axé sur la personne, il y a lieu d'accroître la sensibilité, la transparence et l'efficacité avec lesquelles les préoccupations des personnes sont traitées.

Modèle proposé

Le Conseil propose un modèle à deux volets pour qu'il soit plus accessible et qu'il favorise la communication à l'intérieur du système de santé. Premièrement, un poste de défenseur régional devrait être créé dans chaque régie régionale de la santé. Deuxièmement, un poste de défenseur provincial devrait être créé pour les questions générales en matière de politique et de communication à l'échelle provinciale qui sont communes à toutes les régions ou qui dépassent les responsabilités régionales. Le défenseur provincial s'occuperait des préoccupations dans tous les services relevant du mandat du ministère de la Santé et du Mieux-être qui sont dispensés à l'échelle provinciale.

Les défenseurs régionaux et le défenseur provincial s'occuperaient des questions, des préoccupations et des plaintes selon un mandat clairement défini, et ne remplaceraient pas les codes d'exercice des associations professionnelles ou le système judiciaire et juridique.

Portée

Le Conseil croit fermement que le système de défenseurs proposé devrait être fondé sur les éléments suivants :

- Assurer un mécanisme de représentation des citoyens, au besoin, dans l'ensemble du système de santé (services relevant des régies régionales de la santé et services fournis au niveau central par le ministère de la Santé et du Mieux-être).

- Permettre aux citoyens d'avoir recours, dans la région où un service est situé, à un défenseur régional qui pourrait les aider à obtenir des réponses à leurs questions et à leurs préoccupations. Ce service devrait être assez large pour aider les personnes qui tentent d'accéder à un service ou qui ont des questions au sujet du résultat d'un traitement ou d'une intervention pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille.
- Assurer un lien étroit entre le défenseur provincial et les défenseurs régionaux pour favoriser la collaboration en vue de résoudre des préoccupations communes.
- Confier au défenseur provincial et aux défenseurs régionaux le mandat de soutenir et de faciliter l'égalité d'accès aux services de santé centralisés et interrégionaux.
- Informer et orienter les citoyens vers la personne ou le service approprié lorsqu'une question ne peut être traitée dans le cadre des fonctions du défenseur régional ou provincial. Le défenseur connaîtra le système général et appuiera et aidera les citoyens à accéder au mécanisme ou au service adéquat.
- Présumer que la plupart des préoccupations des citoyens peuvent être résolues de façon satisfaisante si on assure une bonne communication entre le citoyen et le système et qu'on fournit une réponse aux préoccupations des citoyens dans un délai opportun.
- Faire valoir qu'il est nécessaire et possible de fournir un service de défense impartial entre les citoyens et les dispensateurs tout en favorisant une communication efficace pour concilier les différences.

Responsabilités du défenseur régional

Un défenseur régional aurait entre autres les tâches et les fonctions suivantes :

- Aider les patients, les personnes ou leurs familles et autres intervenants, selon le cas, à obtenir des réponses à leurs préoccupations, à leurs questions ou à leurs problèmes provenant de la région où un service est obtenu.
- Fournir un forum confidentiel et autonome où les préoccupations sont entendues, respectées et documentées.
- Examiner et orienter les demandes de renseignements et les préoccupations vers les sources appropriées et servir de facilitateur pour assurer un contact entre le dispensateur de services et d'autres intervenants, selon le cas.
- Assurer la liaison entre la personne ou la famille ou d'autres intervenants, selon le cas, et la régie régionale de la santé.
- Informer les conseils des régies régionales de la santé des préoccupations et des plaintes individuelles de nature régionale.
- Veiller à ce que les personnes ou les familles ou d'autres intervenants, selon le cas, puissent obtenir de l'information sur leurs droits et leurs responsabilités prévus dans la Charte des droits et responsabilités.
- Assurer une rétroaction continue au patient ou à la personne, à la famille ou à d'autres intervenants, selon le cas, concernant la mesure prise et les résultats.

Responsabilités du défenseur provincial

Le défenseur provincial aurait entre autres les tâches et les fonctions suivantes :

- Agir comme surveillant et expert de la Charte.
- Veiller à ce que la Charte des droits et responsabilités soit évaluée et surveillée sur une base continue pour faire en sorte qu'elle est respectée et efficace.
- Enquêter et se pencher sur les résultats non satisfaisants découlant de l'évaluation et de la surveillance du respect des droits.
- Recevoir, comprendre et traiter les préoccupations des défenseurs régionaux concernant les dossiers d'une portée provinciale.
- Assurer la liaison avec les défenseurs régionaux pour trouver des solutions innovatrices aux préoccupations communes à toutes les régions mais qui doivent être traitées au palier provincial.
- Offrir des possibilités sur une base régulière et constante au moyen de réunions et de forums afin que les défenseurs régionaux puissent travailler ensemble et discuter de leurs préoccupations et des pratiques exemplaires dans l'exercice de leurs fonctions.
- Faire du réseautage avec d'autres ministères ou organismes du gouvernement et travailler en collaboration pour s'attaquer aux préoccupations en matière de politique touchant les divers mandats.
- Faire rapport au public des activités, des succès et des événements afin de dresser un profil positif et d'établir une approche transparente pour être à l'écoute des préoccupations des citoyens et y donner suite au sein du système de santé.

Structure hiérarchique

Le défenseur régional ferait rapport au directeur général de la régie régionale de la santé, et des rapports seraient présentés régulièrement au conseil de la régie régionale de la santé. Le défenseur provincial ferait rapport au sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. Il faudrait envisager de fournir sur une base régulière des rapports publics concernant le rôle, les activités et les progrès du défenseur. Des liens fermes devraient être établis entre le défenseur provincial et les défenseurs régionaux pour faciliter la collaboration et la coopération afin de répondre aux préoccupations des patients.

7.5.3 Directives préalables en matière de soins de santé

Introduction et définition

Une directive préalable est une déclaration écrite qui exprime le souhait d'une personne à l'avance – une directive préalable est utilisée seulement si vous êtes incompetent et incapable de faire connaître votre volonté.²

Le Conseil comprend que garder le contrôle sur les décisions de fin de vie est un sujet difficile pour la plupart des gens. Les dispositions législatives pour préparer des directives préalables en matière de soins de santé découlent du droit des personnes de prendre leurs propres décisions. Comme société, nous sommes devenus beaucoup plus conscients du besoin de dire à nos proches ce qui est acceptable et inacceptable pour les décisions de fin de vie. Le Conseil estime que les directives préalables permettent d'aborder plus facilement le sujet avec les proches et de les informer de ses désirs.

Les directives préalables permettent à la personne de s'assurer qu'elle garde le contrôle sur ces décisions. Le but de la recommandation est d'offrir un choix.

Description des enjeux

La Charte énonce le droit des personnes d'établir des directives préalables en matière de soins de santé et de faire respecter ces directives.

À l'heure actuelle, les personnes peuvent préparer un testament biologique ou une procuration énonçant leurs directives préalables. Ces documents sont généralement préparés par un avocat qui ne possède pas les connaissances médicales nécessaires pour saisir à fond les solutions de rechange en soins médicaux qui s'offrent à leurs clients. En conséquence, ces documents ne fournissent pas les mêmes détails que des directives préalables en matière de soins de santé et sont moins efficaces pour guider les membres de la famille et les professionnels de la santé dans l'exécution la volonté de la personne. Actuellement, les testaments biologiques ou les procurations peuvent être facilement annulés ou ignorés dans le domaine des soins personnels et des soins de santé.

Il n'existe aucune autorité ou protection législative pour les médecins qui respectent la volonté exprimée dans les directives préalables d'un adulte handicapé ou incapable. La menace d'une poursuite est un facteur de dissuasion important quand il s'agit de respecter la volonté d'une personne.

De plus, il n'existe dans le système de santé aucun mécanisme pour conserver les directives préalables ou y accéder. Il se peut que ces directives existent quelque part mais ne soient pas portées à l'attention des médecins dans les délais voulus. Des interventions non sollicitées pourraient donc être effectuées.

Le Conseil estime que les personnes devraient pouvoir décider et rester maîtres des décisions de la fin de leur vie. Si des mécanismes adéquats sont en place, les personnes qui désirent garder le contrôle sur leurs soins de santé personnels auront la possibilité de le faire.

Recommandations

Le Conseil recommande :

- Que des mesures législatives soient rédigées et mises en œuvre pour permettre l'établissement de directives préalables en matière de soins de santé.
- Que le modèle et les outils actuels disponibles présentés dans *Let Me Decide*, de Molloy, Dr. D. William, et *Let Me Pass Gently*, de Molloy, D.W., Russo, R.M., constituent la base de la mise en œuvre d'un modèle au Nouveau-Brunswick.

- Que soit créé un comité chargé de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre de mesures législatives qui permettraient l'utilisation de directives personnelles en matière de soins de santé.
- Que les mesures législatives assurent la protection nécessaire aux professionnels de la santé contre les poursuites afin qu'ils puissent exécuter et respecter la volonté de la personne.
- Qu'une campagne de sensibilisation publique soit lancée pour fournir de l'information sur les directives préalables et pour permettre aux citoyens d'accéder à plus d'information et à de l'aide pour préparer ces directives.
- Que le gouvernement établisse un réseau de personnes qualifiées pour aider d'autres personnes à préparer des directives préalables.
- Que le système de santé prévoie de l'espace afin qu'il puisse être indiqué, dans le dossier de santé d'une personne, que celle-ci a préparé des directives préalables. Ces directives devraient être faciles d'accès, tout en respectant le droit à la vie privée et les dispositions de la *Loi sur le droit à l'information* permet.
- Qu'une formation soit offerte aux professionnels de la santé de l'ensemble du système afin qu'ils puissent comprendre et appliquer le processus.

Considérations pour la mise en œuvre

Le Conseil a reconnu qu'il ne suffit pas d'énoncer les droits. Le système de santé doit fournir des mécanismes et des moyens qui permettent aux gens d'exercer leurs droits. Il est nécessaire de fournir des moyens pour soutenir ou mettre en œuvre les droits voulus.

7.5.4 Éliminer les obstacles qui nuisent à l'accès

Bon nombre des obstacles qui nuisent à l'accès ont été cernés. Les stratégies fondamentales pour traiter ces obstacles prévoient notamment de fournir de l'aide aux personnes qui doivent parcourir de longues distances ou de courtes distances souvent pour obtenir les services nécessaires, de veiller à ce que les établissements soient accessibles aux fauteuils roulants et d'assurer un service bilingue.

Ces obstacles doivent être éliminés pour que les principes de la Charte puissent être respectés. Il faut cependant une collaboration générale entre les intervenants pour réaliser des solutions efficaces. Par exemple, les régies régionales de la santé devront travailler de concert avec les services communautaires pour cerner et traiter les obstacles qui empêchent les personnes d'obtenir les services nécessaires. De nombreux groupes communautaires devront continuer à sensibiliser la population.

Établissements accessibles à tous

Tous les nouveaux lieux de service doivent être accessibles aux personnes qui ont un handicap physique. Les bâtiments doivent être munis de rampes et d'ascenseurs et de salles de toilettes accessibles.

Prestation des services dans les deux langues officielles

Un principe fondamental du système de soins de santé est qu'une personne doit pouvoir accéder aux services dans la langue officielle de son choix dans sa région, dans la province et à l'extérieur de la province.

Aide pour les déplacements

Les difficultés et les coûts liés aux déplacements sont des obstacles à un accès équitable aux services de santé. De nombreuses personnes au Nouveau-Brunswick doivent parcourir des distances considérables à l'extérieur de leurs régions pour obtenir des services tertiaires, et les frais de déplacement, de repas et d'hébergement pour les membres de la famille qui accompagnent un patient représentent un fardeau important pour ces familles. D'autres Néo-Brunswickois doivent parcourir des distances importantes à l'intérieur de leur région pour avoir accès à des soins secondaires.

Le Conseil estime que les citoyens ont droit à un accès équitable aux services de soins de santé et, à ce titre, il recommande que la question du coût des déplacements ne soit pas un obstacle à l'accès aux services. Cela ne veut pas dire pour autant que tous les déplacements seront indemnisés, mais plutôt qu'il faut établir des lignes directrices afin d'arriver à un certain équilibre et à une certaine équité pour tous les citoyens. Les options présentées ci-dessous méritent une analyse plus approfondie.

- Utilisation de crédits de taxe.
- Indemnisation directe du coût des déplacements pour tous selon un ensemble délimité de critères basés sur la distance, les circonstances ou la fréquence des déplacements.
- Indemnisation directe du coût des déplacements des personnes pour qui les déplacements fréquents ou les déplacements à l'extérieur de la région pour obtenir le service créeraient d'énormes difficultés. Il est important que les personnes ne soient pas obligées de se soumettre à une évaluation des besoins afin d'obtenir de l'aide.
- Solliciter la participation de la régie nationale de la santé où se trouve un programme tertiaire provincial à l'élaboration de solutions subventionnées pour l'hébergement et les repas afin d'aider ceux qui doivent rester sur place pour accompagner un proche pendant une crise de santé.
- Solliciter la participation d'un certain nombre d'intervenants à l'établissement d'une intervention provinciale communautaire pour aider les personnes qui doivent se déplacer. Un exemple de ce genre de programme est « Dial-a-Ride », établi en Nouvelle-Écosse (www.gov.ns.ca/snsmr/dialaride).
- Révision des politiques sur l'aide au revenu pour s'assurer que les personnes qui en ont besoin reçoivent l'aide nécessaire pour se déplacer afin d'obtenir un service de santé. Toutefois, si cette solution est acceptée, il faudra créer un mécanisme distinct pour aider les familles de travailleurs à faible revenu.

Le Conseil a conclu qu'un certain nombre de solutions devront être élaborées et mises en œuvre pour atteindre l'objectif de l'équité et de l'accès. Il n'y a pas de solution facile. Le but n'est pas de remplacer ou d'abolir les services de soutien communautaire qui existent déjà, mais plutôt de développer ces soutiens dans chaque région.

1 Molloy, D.W., Russo, R.M., *Let me Pass Gently*, NEWGRANGE Press, 2000

2 Molloy, D.W., Russo, R.M., *Let me Pass Gently*, NEWGRANGE Press, 2000

7.6 La Charte

Accès aux services de santé

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
<ol style="list-style-type: none"> 1. De recevoir des services de santé subventionnés par les deniers publics en fonction de vos besoins, et non pas en fonction de votre capacité de payer, de votre mode de vie ou de tout autre facteur. 2. D'accéder à des services de soins primaires dans votre localité. Les services de santé secondaires seront dispensés dans les hôpitaux, tandis que les services tertiaires seront dispensés dans des milieux plus spécialisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la province lorsque la situation le justifie. 3. De recevoir des services de santé de votre médecin de famille ou d'une équipe de professionnels de la santé. 4. D'avoir un accès équitable aux services de santé. 5. D'obtenir un deuxième avis. 6. De bénéficier d'une continuité des soins. 7. De recevoir des services de santé d'une façon qui reconnaît vos besoins et vos préférences, qui les respecte et qui y répond, y compris ceux fondés sur des facteurs ethniques, spirituels, religieux, linguistiques, familiaux et culturels. 8. De recevoir des services dans la langue officielle de votre choix. 9. D'accéder à des services dans un établissement d'accès facile et accessible aux fauteuils roulants. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. D'être informé sur la façon d'accéder aux services de santé. 2. D'utiliser les services de façon adéquate et sage. 3. D'avoir un mode de vie sain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De répondre à vos besoins dans un délai opportun en fonction des normes établies. 2. De répondre à vos questions et de vous fournir de l'information sur le traitement et les services qui vous sont accessibles. 3. D'assurer un continuum de soins homogène. 4. De dispenser des services et des soins de façon efficace et efficiente sans compromettre la qualité de ces soins. 5. De dépenser les fonds publics alloués de façon prudente et judicieuse. 6. D'établir fournir une politique précise expliquant comment les professionnels de la santé doivent faire rapport des préoccupations au sujet des risques pour les patients. 7. D'assurer un milieu sécuritaire pour le personnel. 8. De favoriser une ambiance où le personnel est traité avec le respect et la considération qu'il mérite dans l'exécution de ses fonctions. 9. De s'assurer que les établissements sont d'accès facile et accessibles aux fauteuils roulants.

Prendre vos décisions vous-même

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'être informé. 2. De refuser le traitement. 3. D'exercer votre choix de traitement. 4. D'avoir des directives préalables en matière de soins de santé concernant le traitement ou de désigner une personne pour prendre des décisions en votre nom. 5. D'accepter ou de refuser de participer à un programme d'enseignement ou de recherche. Votre décision ne nuira pas à la qualité et au niveau des soins que vous recevrez. 6. À la protection d'un curateur public si vous êtes déclaré mentalement incompétent et que vous n'avez pas nommé quelqu'un pour prendre des décisions en votre nom. 7. D'obtenir de l'information sur les compétences et l'expérience des professionnels de la santé dont vous recevez des services. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De participer aux décisions concernant vos soins de santé personnels et de poser des questions lorsque vous avez besoin de plus d'information. 2. De vous assurer de garder le contrôle sur vos décisions concernant vos soins personnels en ayant des directives préalables en matière de soins de santé qui énoncent votre volonté. 3. De choisir quelqu'un en qui vous avez confiance comme défenseur ou curateur de vos décisions de soins personnels. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De vous informer de ce que comporte un traitement, de vous indiquer ce qui se produira lorsqu'une procédure diagnostique est prescrite et les répercussions possibles d'une procédure, d'un traitement ou d'un médicament. 2. De respecter vos décisions en matière de soins de santé et de vous fournir de l'information approfondie et complète, mais impartiale et non biaisée, sur les répercussions de toute décision. 3. De garder au dossier, de façon confidentielle, tout document juridique que vous fournissez et qui exprime vos souhaits si vous devenez incapable de communiquer. 4. De travailler avec le curateur ou défenseur que vous avez choisi pour s'assurer que vos décisions sont bien comprises et exécutées. 5. De vous respecter et de vous aider à inclure votre volonté concernant vos soins personnels dans votre dossier de santé. 6. De s'assurer que la protection des personnes ayant une déficience mentale ou souffrant de troubles affectifs est comprise dans la loi autorisant des mécanismes de prise de décisions en votre nom.

Bonne communication et information

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
<ol style="list-style-type: none"> 1. De demander aux professionnels désignés d'expliquer clairement le traitement proposé, y compris tout risque que ce traitement comporte, tout effet secondaire ainsi que toute solution de rechange. 2. D'être informé des nouveaux progrès qui sont pertinents à votre état ou à votre santé. 3. D'avoir accès gratuitement à vos dossiers de santé. 4. D'exiger le respect de votre vie privée et la confidentialité de toute information et de tout dossier concernant vos soins. 5. D'être informé de la façon dont votre information sera utilisée, de savoir qui aura accès à vos dossiers et qui les a vus, et ce qui a été discuté concernant votre état ou votre situation. 6. De recevoir de l'information sur les services de santé. Ces renseignements comprennent l'information sur les normes de services que vous pouvez exiger et les points d'accès. 7. De recevoir des directives précises expliquant le traitement continu que vous devrez suivre à la sortie d'un établissement ou d'un point de services dans le cadre de votre plan de soins communautaires. 8. D'être informé des politiques qui concernent vos soins, votre traitement et vos responsabilités. 9. De recevoir de l'information complète au sujet des choix qui favorisent une bonne santé et des mesures visant à prévenir la maladie et les accidents. 10. De participer à la planification, à l'évaluation et à l'examen de vos soins. 11. De communiquer dans la langue officielle de votre choix. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. D'exercer votre choix de poser des questions si vous avez besoin de plus d'information. 2. De vous assurer que vous comprenez votre plan de traitement et de demander des précisions au besoin. 3. De suivre des directives précises pour vous préparer à votre admission à l'hôpital ou à une procédure diagnostique. 4. De demander de l'information et de vous informer des solutions qui sont disponibles pour vous aider à modifier votre mode de vie afin d'améliorer ou de maintenir votre état de santé. 5. De participer à vos soins dans la mesure où vous êtes à l'aise de le faire, et de fournir de l'information qui vous aidera vous-même et les professionnels de la santé à choisir des solutions mutuellement acceptables pour obtenir des résultats positifs relatifs à votre santé. 6. De faire connaître vos besoins linguistiques et de communication aux professionnels de la santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De répondre à vos questions au sujet de vos soins, des choix et des autres méthodes par rapport à votre traitement. 2. De vous fournir l'occasion de participer à toutes les décisions au sujet de votre traitement et de votre sortie. 3. De s'assurer que votre consentement éclairé est accordé avant de vous fournir un traitement ou une procédure et avant de divulguer de l'information sur votre état de santé. 4. De mettre tout en œuvre pour s'assurer que vous recevez l'information dont vous avez besoin et dans un format que vous pouvez comprendre. 5. À votre demande et gratuitement, de vous fournir vos dossiers de santé et de vous aider à examiner ces dossiers. 6. De s'assurer que l'information sur les services de santé est facile à obtenir et offerte à de nombreux points différents dans le système. 7. De s'assurer que votre plan de sortie est discuté avec vous avant votre départ de l'établissement de traitement. Si vos soins sont maintenus dans la collectivité, les professionnels de la santé s'assureront avant votre sortie que vous bénéficierez d'une continuité des soins. 8. De vous fournir un soutien et des services pour vous aider à maintenir et à développer des modes de vie sains. 9. De vous faire participer à l'élaboration de votre plan de soins et de vous offrir des choix qui seront efficaces pour vous et mutuellement acceptés pour atteindre des résultats positifs. 10. De maintenir un code de confidentialité pour les personnes dont il s'occupe et pour toute information dont il peut prendre connaissance au sujet d'autres personnes qui accèdent aux services de santé. 11. De déterminer les besoins linguistiques et de communication des régions de la santé et de travailler de façon proactive avec la collectivité pour développer la capacité de répondre aux besoins. 12. De s'assurer que tous les établissements de santé sont munis d'un chariot contenant des dispositifs d'aide à la communication afin de mieux aider ceux qui ont des besoins spéciaux en matière de communication. 13. D'avoir accès à des interprètes pour faciliter la communication.

Considération et respect personnels

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
<ol style="list-style-type: none"> 1. D'être soigné dans un milieu qui est propre et sécuritaire. 2. Que l'on prenne des mesures raisonnables pour assurer votre sécurité et votre protection personnelles. 3. D'être traité avec dignité et respect. 4. D'être confortable et de ne pas mis dans un état de détresse. 5. Que des mesures raisonnables soient prises pour respecter votre vie privée. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De collaborer avec le personnel à l'évaluation et à l'amélioration de votre état de santé. 2. D'être poli et compréhensif à l'égard des autres personnes accédant aux services, du personnel, des stagiaires et des bénévoles. 3. De respecter votre milieu et la propriété d'autrui. 4. De faire connaître vos besoins en matière de vie privée. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De s'assurer que le personnel fait preuve de tact, qu'il est rassurant, patient et compréhensif et qu'il manifeste de la sympathie envers vous, vos parents et vos amis. 2. De s'assurer que vous êtes traité avec respect, empathie et professionnalisme. 3. De s'assurer que votre état n'est jamais discuté avec une personne non autorisée.

Réponses à vos questions, préoccupations et plaintes

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
<ol style="list-style-type: none"> 1. De soulever vos préoccupations sans peur de représailles. 2. D'être informé de la procédure et de la filière appropriée à suivre pour transmettre vos préoccupations. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De faire part de vos préoccupations au défenseur régional suivant le processus expliqué par votre régie régionale de la santé. 2. De soumettre toute résolution non satisfaisante de votre préoccupation au défenseur provincial lorsque le besoin le justifie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De vous fournir des mécanismes pour entendre vos questions, préoccupations et plaintes. 2. De vous informer des mécanismes en place pour répondre à vos questions, préoccupations et plaintes. 3. D'enquêter sur les plaintes dans les délais établis. 4. De vous informer des résultats de l'enquête et de prendre les mesures nécessaires.

Glossaire

Les termes qui suivent sont définis et appliqués dans le contexte de la Charte des droits et responsabilités

1. Par « accès équitable », on entend l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les citoyens. Sont également pris en considération des éléments comme les obstacles à l'accès posés par la distance, les entraves à la communication et l'accès physique des lieux, ainsi que la nécessité pour le système de trouver un juste équilibre dans la solution à des obstacles.
2. Par « Charte des droits et responsabilités », on entend l'énoncé des droits et des responsabilités des Néo-Brunswickois.
3. Par « consentement éclairé », on entend le fait d'être renseigné sur un plan d'action proposé par un professionnel de la santé et d'en comprendre les répercussions avant de donner son consentement à ce qui est proposé.
4. Par « continuum de soins homogène », on entend la gamme des services qui permettent de fournir des soins opportuns, pertinents et coordonnés.
5. Par « curateur et tuteur public », on entend une personne chargée d'aider et de protéger les personnes qui ne sont plus en mesure de prendre leurs propres décisions concernant la gestion de leurs biens, de leurs soins personnels et de leurs soins de santé, et qui n'ont personne d'autre pour assumer cette responsabilité.
6. Par « défenseur provincial/régional », on entend, au sein du système de santé, le défenseur régional ou le défenseur provincial qui traite les questions, préoccupations et plaintes des citoyens à l'égard du système de santé.
7. Par « dignité et respect », on entend un code de comportement entre les personnes et les professionnels de la santé. Le code de comportement suppose la compréhension, la courtoisie et la politesse.
8. Par « directives préalables », on entend un énoncé écrit qui exprime à l'avance les désirs de la personne en matière de soins de santé. Ces directives ne peuvent être utilisées que dans le cas où la personne est déclarée incompétente et incapable de faire connaître ses désirs.
9. Par « droits », on entend les énoncés de la Charte qui définissent ce à quoi on peut s'attendre en matière de services de santé.
10. Par « mode de vie sain », on entend l'adoption d'habitudes régulières ou quotidiennes, comme faire de l'exercice ou bien manger, comme choix de mode de vie qui améliore la santé et permet de demeurer en bonne santé.
11. Par « plan de soins », on entend un plan élaboré par le professionnel de la santé et la personne ou son tuteur/parent pour décrire les stratégies visant l'atteinte des objectifs en matière de santé.
12. Par « plan de sortie », on entend un plan élaboré par le(s) professionnel(s) et la personne ou le parent/tuteur pour décrire ce qui est attendu du « patient » à sa sortie d'un établissement ou d'un programme de santé. Il décrit les stratégies de rétablissement à la suite d'une blessure ou d'une maladie.
13. Par « responsabilités », on entend les mesures qui sont du ressort de la personne pour être et demeurer en bonne santé.
14. Par « services de santé », on entend tous les services de santé gérés par les régies régionales de la santé et les services de santé gérés au niveau central, y compris les services assurés et les services non assurés et les services impartis à un tiers par le gouvernement provincial ou une régie régionale de la santé.
15. Par « Soins primaires », on entend la prestation de soins de santé de base homogènes, intégrés, coordonnés, accessibles et viables, axés sur la personne et sur la collectivité. Les soins primaires soutiennent les personnes et les familles dans la prise des meilleures décisions pour leur santé.
16. Par « soins secondaires », on entend des soins spécialisés faisant appel à des procédures diagnostiques et à des traitements perfectionnés et complexes qui sont habituellement fournis en milieu hospitalier.
17. Par « soins tertiaires », on entend des soins qui nécessitent des compétences hautement spécialisées, des technologies particulières et des services de soutien spécialisés.
18. Par « traitement », on entend un plan d'action prescrit ou proposé à une personne par un professionnel de la santé dans le but de trouver des solutions, de soulager les symptômes ou de traiter une maladie ou une blessure ayant amené la personne à chercher des soins.

8. Questions relatives aux programmes et recommandations de l'Étude sur les services de santé

8.1 Introduction

La présente section porte sur les vues du Conseil concernant le rapport de l'Étude sur les services de santé et ses recommandations. Le chapitre comprend également d'autres recommandations dont il n'est pas fait mention dans le rapport de l'Étude sur les services de santé et couvre des secteurs de programmes qui ne sont pas abordés dans le chapitre du présent rapport portant sur le système de santé proposé.

Pour que la vision du Conseil sur le renouvellement du système de santé puisse se réaliser, une nouvelle façon de fournir les services de santé s'impose. Le rapport de l'Étude sur les services de santé contient des recommandations détaillées que le Conseil a examinées dans le but de proposer au gouvernement un schéma directeur du renouvellement.

L'Étude sur les services de santé a fourni au Conseil un contexte et une orientation, mais la discussion ne s'est pas limitée au rapport et à ses recommandations, qui n'ont pas été considérées comme exécutoires. L'Étude a néanmoins fourni au Conseil une orientation pour ses trois premiers mandats.

Les recommandations 1 à 39, à l'exception des recommandations 8, 9 et 16, traitent pour la plupart des changements dans les rôles du ministère de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

1. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires limite son rôle à l'établissement des buts et objectifs et à la surveillance des progrès vers leur réalisation, à l'exception des secteurs des programmes où des efficiences supérieures peuvent être réalisées dans un contexte de gestion centralisée (p. ex., Assurance-maladie et Plan de médicaments sur ordonnance).
2. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires assume la responsabilité et soit appelé à rendre des comptes sur ce qui suit :
 - L'établissement d'une orientation générale par le biais des lois, des politiques, des règlements, des normes et du niveau de financement dans le cadre desquels le système des services de santé doit fonctionner;
 - La planification des services et programmes qui font partie inhérente du système des soins de santé (c'est-à-dire, le Plan directeur);
 - La planification et la coordination du Plan de médicaments sur ordonnance (PMO), de l'Assurance-maladie et des services où des efficiences supérieures peuvent être réalisées dans un contexte de gestion centralisée.

3. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures délibérées dans le but de reconcentrer ses activités en fonction du nouveau modèle.
4. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires établisse des régies régionales de la santé dans chacune des régions sanitaires actuelles.
5. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires veille à l'établissement de conseils d'administration pour les régies régionales de la santé.
6. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires assure une représentation adéquate des comités consultatifs locaux pour siéger aux conseils d'administration.
7. Que les conseils d'administration assument la responsabilité et rendent des comptes à l'égard de ce qui suit :
 - Promouvoir et protéger la santé de la population dans la région et travailler à la prévention des maladies et des blessures;
 - Évaluer les besoins sanitaires des gens vivant dans la région;
 - Déterminer les priorités en matière de prestation des services de santé dans la région et affecter les ressources en conséquence;
 - Planifier et coordonner la prestation des services de santé requis et les rendre accessibles, y compris les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires lorsqu'ils sont désignés dans le Plan directeur, les soins communautaires, les soins à court terme, les soins de réadaptation, les soins de longue durée, de même que les services d'ambulance, les services de santé publique et les services de santé mentale;
 - Assurer un accès raisonnable pour les gens de la région aux soins tertiaires ou autres services de santé qui ne sont pas offerts dans la région;
 - Surveiller et évaluer l'efficacité et l'efficience des services de santé dans la région;
 - Établir des liens formels entre les dispensateurs de services de santé au sein de la région et entre les régions offrant les services de soins tertiaires requis;
 - Gérer l'affectation des fonds publics destinés à la prestation de tous les services pour lesquels ils sont responsables.
8. Que les conseils d'administration veillent à la mise sur pied de comités consultatifs locaux pour chacune des collectivités de leur région.
9. Que l'on confie aux comités consultatifs locaux le mandat d'informer et de conseiller le conseil d'administration de la régie régionale de la santé sur les questions touchant les services de soins de santé au sein de leurs collectivités.

En ce qui concerne les recommandations 8 et 9, le Conseil ne propose dans le présent rapport aucune orientation particulière, car il espère que chaque régie régionale de la santé saura trouver ses propres méthodes pour obtenir la participation des collectivités qu'elle sert.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

10. Que les rôles et responsabilités des conseils et des comités soient clairement et entièrement délimités et communiqués aux organismes pertinents.
11. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures précises pour s'assurer qu'il n'y a pas de facteur de dissuasion à l'utilisation des options de prestation de soins communautaires ou inversement, qu'il n'existe pas d'intéressement à l'utilisation des options de prestation de soins en établissement.
12. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette au point, en collaboration avec les principaux intervenants du domaine, un ensemble de buts, objectifs et indicateurs de rendement adapté au système.
13. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires communique ces buts, objectifs et indicateurs de rendement aux conseils d'administration des régies régionales de la santé.
14. Que l'on confie aux conseils d'administration le mandat de recueillir l'information pertinente devant servir à faciliter l'évaluation de leur rendement.
15. Que les conseils d'administration relèvent de la Ministre quant à leur rendement du point de vue des buts et objectifs établis.
16. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires examine les comités consultatifs actuels afin de s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité.

L'examen des organismes, conseils et commissions du gouvernement a donné suite au contenu de la recommandation 16. Aucun changement n'a été recommandé.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

17. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un Conseil de la recherche sur la santé du Nouveau-Brunswick.
18. Que la composition du Conseil comprenne des représentants des comités consultatifs, des conseils d'administration des régies régionales de la santé, du milieu universitaire et d'autres milieux, s'il y a lieu.
19. Que l'on confie au Conseil le mandat initial de fournir à la Ministre l'information pertinente sur les tendances et enjeux liés au système de soins de santé dans une perspective d'établissement des buts.
20. Que le Conseil, dans une seconde étape, assume le mandat de l'évaluation du système de soins de santé de façon permanente et qu'il fasse des recommandations à la Ministre en vue d'apporter des changements fondés sur les résultats.
21. Que le Conseil assume, en particulier, la responsabilité et l'obligation de rendre compte à l'égard de ce qui suit :
 - Mesurer l'état de santé de la population;
 - Mesurer le rendement du système de soins de santé;
 - Publier les taux de rendement des régies régionales de la santé.

22. Que le Conseil favorise une amélioration constante de la qualité en agissant à titre de centre de diffusion des résultats d'une recherche pertinente en appuyant le travail des défenseurs locaux.
23. Que l'on examine la possibilité d'établir des liens entre le Conseil de la recherche sur la santé du Nouveau-Brunswick et le Conseil de la santé de l'Atlantique proposé.
24. Que des liens soient établis, lorsqu'on le juge pertinent, avec d'autres entités gouvernementales ayant une responsabilité à l'égard des déterminants de la santé, soit le Comité spécial du Cabinet sur le renouvellement de la politique sociale.
25. Que la province adopte un modèle de « mieux-être » en matière de soins de santé en mettant sur pied un vaste réseau d'organismes de prestation de services, tels que les centres de soins communautaires, dont l'un des principaux éléments du mandat visera la prévention et l'éducation du public.
26. Que le gouvernement mobilise tous les secteurs de la politique gouvernementale en faveur de la bonne santé en assurant une coordination par le biais d'un comité des sous-ministres dont le mandat consistera à assurer une surveillance constante de l'incidence des politiques nouvelles et anciennes sur les déterminants de la santé.
27. Que le gouvernement rehausse le profil de l'éducation du public et de la promotion de la santé en augmentant les ressources affectées à cette fin.
28. Que le gouvernement favorise la bonne santé en mesurant les extrants plutôt que les intrants de la santé.
29. Que divers centres de soins communautaires soient mis sur pied au Nouveau-Brunswick. La structure des services de soins de santé primaires au palier local ne devrait pas faire l'objet de contraintes et elle devrait être adaptée aux besoins locaux.
30. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise la gestion efficace des maladies chroniques en adoptant une structure de centres de soins communautaires où on pourrait faire intervenir les services de consultation externes, l'éducation du public et les démarches au niveau individuel.
31. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires de même que les services de santé communautaires fassent appel aux connaissances et à l'enthousiasme des personnes faisant partie des groupes de soutien pour les maladies chroniques, afin de faciliter davantage la gestion et le traitement de ces maladies.
32. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore un plan visant à transférer la responsabilité des soins de santé primaires des hôpitaux vers les collectivités.
33. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que l'Hôpital extra-mural constitue une composante essentielle des centres de soins communautaires.

34. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour s'assurer que les soins hospitaliers sont spécifiquement ciblés sur la prestation des procédures de diagnostic et traitements spécialisés et hautement spécialisés.
35. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures actives pour appuyer le recours à des technologies et des pharmacothérapies novatrices permettant aux gens de demeurer au sein de leur collectivité ou d'y retourner le plus rapidement possible.
36. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réinvestisse dans le développement de centres de soins communautaires les économies générées par la redéfinition des rôles.
37. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise son Plan directeur afin de tenir compte du changement de modèle.
38. Que l'on permette le développement des services de soins tertiaires uniquement là où les principes de prise de décisions en fonction des résultats, la masse critique et les services linguistiques sont respectés.
39. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires initie le public à l'utilisation des centres de soins communautaires, là où il y a lieu de le faire.

À partir de la recommandation 40, les préoccupations soulevées ont trait aux services actuellement offerts et aux problèmes perçus. Des recommandations sont proposées dans le but d'améliorer l'accès des clients et des patients, d'accroître l'efficience et de mieux utiliser les ressources en place en fournissant les soins dans des lieux moins coûteux.

8.2 Soins de courte durée

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

40. Que les régies régionales de la santé améliorent la planification des congés et la planification des congés au palier interrégional, de sorte que des services pertinents soient offerts aux patients requérant des soins de courte durée à leur sortie d'un établissement de soins actifs.
41. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires établisse un protocole pour un système de soutien des soins de courte durée.

Les soins de courte durée complètent la prestation des soins actifs à domicile assurée par le Programme extra-mural. Le service extra-mural permet de quitter l'hôpital plus rapidement, et certaines personnes ont besoin, en plus du service de santé, de services hôteliers tels que l'entretien ménager et la préparation de repas.

La disponibilité de services de soutien continue de préoccuper le Conseil, car les soins de longue durée accaparent une énorme part de la capacité dans le domaine. Le Conseil convient que les régies régionales de la santé doivent renforcer leurs services de soins à domicile. En particulier, dans le cas des congés interrégionaux, la communication avec la collectivité dans laquelle la personne retourne est un aspect à traiter.

Les services à domicile devraient être élargis pour englober les personnes qui, à la suite d'un problème de santé temporaire, ont besoin d'aide à domicile de nature non médicale mais qui, à l'heure actuelle, ne sont pas admissibles à de l'aide si l'incident dure moins de trois mois.

8.3 Soins de longue durée

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

42. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires simplifie et rationalise le processus d'évaluation du Programme d'entrée unique (PEU) tout en s'assurant de consulter les travailleurs pertinents des soins de santé. Le processus devrait être équitable, perçu comme étant équitable et uniformisé dans l'ensemble de la province.
43. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore un processus de réévaluation intégré au PEU étant donné que l'état des patients âgés et des personnes souffrant d'une affection chronique peut s'aggraver avec le temps.
44. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mesure effectivement le travail requis pour dispenser des soins adéquats aux patients des foyers de soins, des foyers de soins spéciaux et des foyers communautaires et paie en fonction du niveau de service requis.
45. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise les montants alloués pour les menues dépenses et l'allocation de vêtements, de façon à ce que ce montant permette de combler les besoins de base des pensionnaires.
46. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le niveau de financement pertinent pour les pensionnaires ayant des « droits acquis » dans les foyers de soins spéciaux et verse le montant requis pour dispenser les soins
47. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires verse un salaire adéquat aux auxiliaires familiales, c'est-à-dire, un salaire leur permettant tout au moins de toucher un revenu annuel dépassant le seuil de pauvreté de la province.

De nombreux changements ont eu lieu dans les soins de longue durée depuis le rapport de l'Étude sur les services de santé.

Le ministère des Services familiaux et communautaires a également pris des mesures concernant les outils d'évaluation du point d'entrée unique. Un outil plus court et plus simple est à l'essai dans la région de Moncton et devrait être étendu à l'échelle de la province durant l'année financière en cours.

Les montants accordés aux personnes en foyer de soins spéciaux (110 \$ par mois) ou en foyer de soins (88 \$ par mois) pour les menues dépenses et l'allocation de vêtements n'ont pas changé. Le Conseil comprend que, parfois, les choix des pensionnaires diffèrent de ce qui est fourni par les foyers et il convient que les pensionnaires qui veulent autre chose devraient payer. En revanche, les sommes accordées en fonction du lieu de placement ne tiennent pas compte de la diversité des pensionnaires, qui peuvent être des personnes âgées, des personnes handicapées physiquement mais compétentes mentalement ou des personnes handicapées mentalement, ni de leur besoin, par exemple, de rendre visite à leur famille, de participer aux activités offertes par le foyer ou de sortir lorsque l'occasion se présente. Trop souvent, il ne reste rien de la somme de 88 \$ pour les vêtements de base, et encore moins pour de telles activités. Le Conseil recommande que l'examen se poursuive et que le soutien soit augmenté dans le but de satisfaire de manière appropriée aux besoins des pensionnaires, tout en admettant la nécessité d'avoir des soins de santé abordables.

À la suite de la recommandation 46, un tarif de 36 \$ est entré en vigueur le 1^{er} avril 1999. D'autres mesures sont proposées dans les constatations de l'examen des soins de longue durée mené par le ministère des Services communautaires et familiaux.

En 1999, le tarif versé aux organismes de soins à domicile a augmenté de 1 \$ l'heure, ce qui a fait passer le tarif de 9,50 \$ à 10,50 \$. On s'attendait à ce que les auxiliaires familiales reçoivent au moins 0,85 \$ de cette hausse.

En transférant la responsabilité du programme des soins de longue durée du ministère de la Santé et du Mieux-être au ministère des Services familiaux et communautaires, le gouvernement a montré qu'il reconnaît que certaines personnes ont besoin à la fois de services de santé et de services sociaux. Le ministère des Services familiaux et communautaires a été prié d'envisager de nouvelles politiques qui tiennent compte de la distinction entre les besoins des personnes handicapées, les besoins des personnes âgées et les besoins des personnes atteintes de maladie mentale ce que le Conseil voit comme une démarche positive. De plus, le Conseil voit les soins à domicile et les soins infirmiers comme partie très intégrante du continuum des services de santé. Pour tenir compte de cette responsabilité partagée, le Conseil recommande que l'élaboration des politiques, le financement et certaines autres fonctions centrales demeurent au ministère des Services familiaux et communautaires, mais que la prestation des services devienne la responsabilité continue des régies régionales de la santé. De cette façon, chaque personne peut passer rapidement et facilement d'un traitement en établissement à des soins à domicile ou en foyer de soins, où les soins appropriés peuvent être facilement organisés. Pour assurer des soins opportuns et homogènes au moyen d'une évaluation et d'un transfert efficaces, la gestion des ressources des soins de longue durée au niveau local doit être confiée à l'équipe de soins de santé qui gère aussi les autres services de soins de santé primaires.

Le Conseil recommande, puisqu'ils constituent un élément essentiel du système des soins de santé, que les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins en foyer de soins deviennent un service assuré.

Une telle recommandation sera étayée par les constatations de l'étude sur les besoins de dotation en personnel dans les foyers de soins menée par la direction et les syndicats au sujet des difficultés relatives à la capacité et aux niveaux de soins requis. Le Conseil recommande aussi que le temps consacré aux soins aux patients passe immédiatement de 2,5 heures à 3 heures par jour. D'autres augmentations devraient être accordées à la lumière des constatations de l'étude.

Pour ajouter à l'orientation suivie jusqu'à présent par le ministère des Services familiaux et communautaires, le Conseil met de l'avant d'autres suggestions à prendre en considération dans l'intégration au nouveau système de santé des services de soins de longue durée.

Le Conseil recommande :

- Que les directeurs régionaux aient la possibilité d'approuver le financement de services dont le coût excède le plafond de 2 040 \$ pour aider les personnes qui traversent une période de crise, de façon à empêcher le placement peut-être prématuré en foyer de soins.
- Que tous les établissements résidentiels reçoivent le mandat non seulement de fournir des soins de qualité, mais aussi d'offrir aux pensionnaires des possibilités d'accès à des activités propices à leur mieux-être social, spirituel, physique et affectif.

En ce qui concerne les foyers de soins, le Conseil recommande :

- Que la formule de financement actuelle établie en fonction des normes de dotation en personnel infirmier pour les heures de soins soit révisée de façon à ce que la disposition de la Loi sur les foyers de soins exigeant qu'au moins une infirmière ou un infirmier immatriculé soit de garde sur les lieux en tout temps puisse être suivie sans perturber de façon indue les horaires de travail.
- Qu'un plan de recrutement de personnel infirmier qui incorpore les éléments suivants soit élaboré :
 - Accent mis sur les défis et les perspectives d'avenir pour le personnel infirmier immatriculé qu'offrent les soins infirmiers gériatriques et les soins de longue durée, en particulier dans les foyers de soins.
 - Programme d'alternance travail-études entre le secteur des foyers de soins et les universités afin d'accroître les expériences cliniques en foyer de soins de la population étudiante.
 - Établissement d'un programme officiel d'emplois d'été pour la population étudiante de première et de deuxième année en soins infirmiers.
 - Soutien financier et souplesse des horaires de travail pour le personnel infirmier des foyers de soins qui désire suivre la formation additionnelle nécessaire pour assumer un rôle élargi.
 - Recrutement stratégique d'infirmières praticiennes.
- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être, en collaboration avec les régies régionales de la santé et les foyers de soins, élabore une stratégie visant les services de médecin pour assurer des soins médicaux appropriés dans les foyers de soins.

- Que le gouvernement provincial clarifie le mandat des foyers de soins et reconnaisse ces foyers comme les dispensateurs primaires des personnes requérant des soins infirmiers de niveaux 3 ou 4. En conséquence, les foyers de soins doivent recevoir un financement suffisant qui leur permet d'assurer le milieu physique et le personnel nécessaires à la prestation adéquate de ces soins très complexes.

En formulant cette recommandation, le Conseil garde à l'esprit le besoin de souplesse. Il y a des pensionnaires de foyers de soins spéciaux dont l'état se détériore après leur placement qui préfèrent y rester en raison de leurs liens avec les autres pensionnaires et l'exploitant. Des mesures raisonnables seront prises pour satisfaire le désir du pensionnaire.

Le Conseil recommande :

- Que la partie financière du processus d'évaluation soit entamée dès les débuts de l'évaluation des besoins en matière de soins, et que les familles soient informées très tôt des documents à présenter. Le ministère des Services familiaux et communautaires devrait aussi déterminer d'autres mesures qui pourraient être appliquées de façon à alléger le fardeau financier des foyers de soins dans les cas où l'évaluation financière est encore en cours, alors que le placement de la personne a été approuvé.
- Que les visites d'inspection relatives à la délivrance des permis de foyer de soins soient coordonnées à l'avance avec les foyers de soins. L'évaluation relative au permis devrait prendre en considération les conditions d'agrément auxquelles le foyer de soins répond.

8.4 Services d'ambulance

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

48. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette au point des indicateurs de rendement à l'égard des dispensateurs de services d'ambulance afin d'assurer des niveaux de services adéquats et uniformes à tous les résidents de la province.
49. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires augmente les normes des services d'ambulance, de façon à assurer la présence d'un technicien en mesures d'urgences 2 (TMU2) pour tous les appels d'urgence.
50. Que les frais des services d'ambulance soient établis en fonction du revenu du bénéficiaire du service à l'aide d'un mode de droit de participation en fonction de l'évaluation du revenu.

Le service d'ambulance est un élément essentiel du nouveau système, et le chapitre sur le système de santé proposé en discute longuement.

8.5 Produits pharmaceutiques

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

51. Que la directive à l'égard de la carte d'assistance médicale soit révisée, afin que l'accès à cette carte ne constitue pas un facteur de dissuasion à l'égard d'un emploi lucratif.
52. Que le seuil du faible revenu soit utilisé comme point de repère pour permettre à un travailleur à faible revenu d'avoir accès à une carte d'assistance médicale.
53. Que la politique du Plan de médicaments sur ordonnance soit révisée, afin que les personnes touchant un revenu restreint qui sont atteintes d'une maladie chronique entraînant des frais pharmaceutiques élevés obtiennent l'accès à un régime de protection particulier à ce type de client, incluant toutes les fournitures requises pour traiter leur maladie.
54. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur le développement futur du rôle du pharmacien.
55. Que les hôpitaux mettent l'accent sur des soins pharmaceutiques uniformes en prévoyant des services de counselling aux patients/clients à leur sortie de l'hôpital de même que sur l'information après l'hospitalisation à l'intention des dispensateurs de soins de santé à l'extérieur de l'hôpital, y compris les pharmaciens locaux.
56. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens et l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, détermine le moyen à mettre en œuvre pour régler les problèmes de polypharmacie.

La question de l'accès à des produits pharmaceutiques non inscrits au recueil provincial pour le traitement de la sclérose en plaques a été longuement discutée. Des mesures ont été prises. Depuis, le Nouveau-Brunswick est devenu un joueur de premier plan dans les efforts visant à établir un processus d'approbation commun des produits pharmaceutiques pour l'ensemble des Canadiens, ou du moins parmi les provinces de l'Atlantique. Le Conseil voit ces efforts comme une démarche positive et constructive et encourage le gouvernement à continuer.

La question de l'accès à une carte d'assistance médicale est de nouveau à l'étude au ministère des Services familiaux et communautaires, qui examine les facteurs de dissuasion à l'égard du travail. Le Conseil encourage le gouvernement à explorer plus en profondeur les besoins de tous les petits salariés, pas seulement ceux des bénéficiaires d'aide, de façon à ce que, au fur et à mesure que les ressources le permettent, la protection actuelle puisse être élargie.

Dans la mise en place du dossier médical électronique, on devrait accorder la priorité aux médicaments (une personne pour un profil pharmaceutique) dans tous les points de prestation des soins de santé. Les réussites et les avantages de tels systèmes ont été démontrés dans d'autres provinces et pays.

Le Conseil recommande que l'approbation de l'ajout de médicaments au recueil des régies régionales de la santé et au recueil provincial des médicaments sur ordonnance soit un processus de collaboration.

Des gens qui pourraient obtenir leur congé sont gardés à l'hôpital au lieu d'aller dans d'autres lieux de prestation de soins ou de retourner chez eux afin de continuer à recevoir des médicaments qui ne sont pas couverts par les différents recueils. Cette dépense supplémentaire inutile est une conséquence de décisions prises dans l'isolement par différents programmes, sans égard aux besoins des patients et du système dans son ensemble. D'autres problèmes du genre existent du fait que de nouveaux neuroleptiques pour le traitement de personnes atteintes de maladie mentale et le traitement des symptômes de la maladie d'Alzheimer et autres démences ne sont pas encore approuvés.

En plus de pleinement appuyer les recommandations concernant les produits pharmaceutiques, le Conseil recommande :

- Que des mécanismes soient instaurés entre le Plan de médicaments sur ordonnance et les régies régionales de la santé en vue d'harmoniser les recueils pour éviter l'interruption de la protection lorsque le patient passe d'un service à un autre, par exemple de l'hôpital au foyer de soins.
- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être détermine les groupes de citoyens qui n'ont actuellement aucune assurance-médicaments (environ 18 % de population) et explore la faisabilité d'étendre la protection. Une telle protection fera en sorte que les gens auront accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin. Le rôle des médicaments dans le maintien ou le rétablissement de la santé et dans la réduction du recours à des services de santé plus coûteux a été démontré.

8.6 Services aux Premières nations

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

57. Que les services de santé actuellement offerts dans chacune des réserves du Nouveau-Brunswick soient examinés afin de s'assurer que des programmes de santé adéquats et uniformisés, offerts par tous les niveaux de gouvernement, sont accessibles à tous. Une fois l'étude terminée, il faudra se pencher sur les besoins de services, s'il y a lieu, et envisager la mise en place de nouveaux systèmes assurant la prestation de ces services par le biais des soins de santé communautaires.
58. Que les relations entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et la Première nation soient améliorées afin de favoriser un partenariat dans la prestation des services et de permettre l'accès à des programmes de santé. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick exercera un rôle de leadership dans cet exercice.
59. Que les fonctionnaires provinciaux pertinents du domaine de la santé rencontrent le personnel des différentes bandes afin d'établir un processus permettant aux membres de la Première nation de conserver leur carte d'assurance-maladie malgré la nature transitoire de leur mode de vie. L'utilisation des structures actuelles, comme les bureaux de la bande, dans le but de coordonner cette administration s'est révélée efficace par le passé.

Les peuples des Premières nations du Nouveau-Brunswick ont accès à des services de soins de santé assurés. Des services sont également offerts dans la plupart des communautés autochtones, mais on se préoccupe de leur maintien en raison de la décision du gouvernement fédéral de se retirer de la prestation directe. Les régies régionales de la santé devront voir comment elles peuvent aider ou compléter les services fournis.

Le gouvernement fédéral transfère des fonds destinés aux soins de santé pour chaque personne autochtone, mais les services ne sont pas fournis de manière uniforme partout dans la province. Les responsabilités du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des communautés des Premières nations ne sont pas clairement définies.

Le Conseil recommande :

- Que le comité tripartite actuel, composé de représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des Premières nations, se réunisse chaque trimestre. Le comité devrait aider à définir les rôles du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des Premières nations dans la prestation de soins de santé aux peuples des Premières nations.

Au cours des dernières années, des changements positifs ont eu lieu dans la prestation de services de santé aux Premières nations, dont :

- La perception du Programme extra-mural comme un service qui amène l'expertise vers les clients.
- L'établissement de comités de liaison des Premières nations avec la plupart des corporations hospitalières régionales, ce qui a atténué les obstacles et les préoccupations.
- La tenue de séances de sensibilisation transculturelle dans certaines régions sanitaires. De nombreux dispensateurs de soins de santé ne connaissent pas les services offerts dans les communautés des Premières nations aux fins de planification du suivi ou de la sortie. L'information communiquée aux médecins, au personnel infirmier et aux pharmaciens commence à porter fruit, mais on pourrait et on devrait en faire plus.
- L'échange d'expertise dans les domaines de l'entretien ménager et des services alimentaires, des soins à domicile et des services de gestion entre les corporations hospitalières régionales et les centres de santé des Premières nations a amélioré la reddition de comptes et renforcé la prestation de services dans certains centres de santé des Premières nations.

Le gouvernement provincial fournit une carte d'assurance-maladie à tous les résidents du Nouveau-Brunswick, y compris les autochtones qui vivent dans des communautés des Premières nations. Les autochtones du Nouveau-Brunswick ont la double citoyenneté et peuvent traverser à leur gré la frontière entre le Canada et les États-Unis. Pour conserver sa carte d'assurance-maladie, la personne doit résider au Nouveau-Brunswick. En conséquence, cette carte tend à être annulée chaque fois qu'une personne autochtone quitte la province durant une période prolongée. Le processus à suivre pour rétablir la carte est lourd. Une adresse permanente est exigée, et il arrive que les autochtones n'aient pas d'adresse fixe.

Le Conseil recommande :

- Qu'un mécanisme soit mis au point pour régler la question de la carte d'assurance-maladie pour tous les gens du Nouveau-Brunswick qui n'ont pas d'adresse permanente au Nouveau-Brunswick.
- Par l'entremise du comité tripartite, le ministère des Services familiaux et communautaires devrait travailler avec les conseils de bande pour trouver une solution à la question de la carte d'assurance-maladie des personnes qui reviennent dans la province pour habiter dans une communauté des Premières nations.

Les comités de liaison des Premières nations ont entraîné des résultats positifs pour les soins de santé des autochtones. La compétence de ces comités se limite toutefois aux soins hospitaliers et aux services d'urgence. Les régies régionales de la santé, dont la gamme de programmes et de services est plus vaste, offriront l'occasion d'élargir la discussion pour englober tous les soins de santé primaires.

Le Conseil recommande :

- Que des comités de liaison des Premières nations soient établis entre les communautés des Premières nations et les régies régionales de la santé et que ces comités tiennent des réunions régulières. Ces comités doivent avoir accès à une instance supérieure au palier provincial pour faire part de leurs préoccupations communes et traiter les questions d'intérêt provincial. Outre la carte d'assurance-maladie, d'autres questions sont pressantes, notamment les statistiques sur les soins de santé dispensés aux autochtones, les services de santé mentale, la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance, l'augmentation du nombre de non-autochtones qui vivent dans des communautés des Premières nations et l'accès à des services de réadaptation tels que la physiothérapie et l'ergothérapie.

8.7 Services de santé publique

Le Conseil reconnaît l'important apport des Services de santé publique à la santé de la population du Nouveau-Brunswick. Dans le but de renforcer ces services, le Conseil recommande :

- Que les régies régionales de la santé reçoivent du ministère de la Santé et du Mieux-être le financement destiné au développement communautaire et aux programmes visant à aider les enfants, les adultes et les personnes âgées à élargir leurs choix de modes de vie pour y inclure l'activité physique, des habitudes alimentaires saines, une utilisation appropriée des médicaments, la participation communautaire, la réduction de l'usage de tabac et d'alcool, l'établissement d'un milieu familial sûr pour les enfants et les personnes âgées, l'incitation à une utilisation appropriée à l'âge des véhicules motorisés et le port d'équipement de protection dans la pratique d'activités sportives.
- Que les régies régionales de la santé reçoivent du ministère de la Santé et du Mieux-être le financement destiné à la prestation de services de santé complets aux enfants, y compris :
 - les soins prénatals et postnatals;

- une évaluation à domicile de tous les nouveau-nés dans les trois jours suivant leur sortie de l'hôpital;
 - des conseils et du soutien pour l'allaitement maternel;
 - le développement de la petite enfance et la maturité scolaire;
 - la santé à l'école;
 - des services de dépistage des troubles de la vue, de l'audition et de la parole et des services d'hygiène dentaire;
 - une formation en compétences parentales et en aptitudes à la vie quotidienne;
 - une évaluation et des conseils en matière de nutrition;
 - des cliniques de vaccination et des cliniques destinées aux bébés et aux enfants d'âge préscolaire;
 - l'évaluation cognitive des enfants d'âge préscolaire;
 - une aide financière suffisante pour soutenir les besoins de base des enfants;
 - une aide financière suffisante pour soutenir la participation des parents au plan de soins.
- Que les services de santé sexuelle fournis par les centres de santé sexuelle soient offerts à tous les adultes, quels que soient leur âge et leur état matrimonial. À l'heure actuelle, les services sont limités aux adolescents et aux adultes célibataires âgés de 20 à 24 ans.

Un approvisionnement fiable en eau potable sûre est important pour la santé de tous les Néo-Brunswickois. Les graves incidents qui ont lieu récemment à Walkerton, en Ontario, nous ont rappelé de façon pénible que la consommation d'eau insalubre peut entraîner de graves problèmes de santé ou la mort. Environ 40 % de la population du Nouveau-Brunswick habite dans de petites villes ou en région rurale, où la principale source d'approvisionnement en eau est le puits domestique. Le coût minimum des analyses d'eau à l'été 2001 était de 40 \$, ce qui n'est pas à la portée de tous les Néo-Brunswickois. Un projet d'analyse de l'eau des puits domestiques mené durant l'été 2001 et parrainé par le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux a révélé qu'un très faible pourcentage de propriétaires se prévalent du service, même parmi ceux qui ont les moyens de payer.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et le ministère de la Santé et du Mieux-être élaborent aux fins de considération par le gouvernement des propositions de programmes visant à assurer l'analyse au moins annuelle de l'eau des puits domestiques. Les Néo-Brunswickois qui en ont les moyens paieraient pour le service.

8.8 Services de santé mentale

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

60. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires et les comités consultatifs locaux poursuivent des campagnes de sensibilisation du public visant à familiariser davantage le public avec les particularités de la maladie mentale.
61. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour informer et éduquer tous les travailleurs de première ligne en contact avec les personnes atteintes de maladie mentale ou leur famille sur la nature de la maladie mentale et les besoins qui s'y rattachent.
62. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que le Plan des ressources médicales comprenne des stratégies visant à attirer et à conserver le nombre de psychiatres requis pour combler les besoins de la province.
63. Que les régies régionales de la santé s'assurent que le personnel de leurs salles d'urgence ont facilement accès à des services de santé mentale pour s'occuper des patients/clients qui se présentent en situation de crise.
64. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que les collectivités rurales ont un accès adéquat aux services de santé mentale.
65. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine la faisabilité d'une extension de la protection de l'Assurance-maladie au counselling psychologique.
66. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires modifie le recueil de médicaments thérapeutiques, afin d'y inclure la nouvelle génération des neuroleptiques.
67. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires entame des discussions avec le ministère du Développement des ressources humaines du NB, afin d'étudier la possibilité de modifier l'utilisation de la carte d'assistance médicale.
68. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réduise la charge de travail des travailleurs de la santé mentale afin de permettre une gestion de cas plus active auprès des clients à risque.
69. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le rôle des pharmaciens dans les collectivités locales dans une perspective de participation à l'équipe de gestion de cas.
70. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires amorce des discussions avec le ministère des Municipalités et de l'Habitation afin d'examiner l'accès et les normes en matière de logement à l'intention des personnes souffrant d'une maladie mentale.
71. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne les mesures nécessaires pour augmenter les possibilités d'accès à des programmes de formation professionnelle et de soutien à l'emploi.

72. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse une analyse de l'outil et du processus d'évaluation du Point d'entrée unique afin de s'assurer de leur pertinence dans le cas des personnes atteintes d'une maladie mentale.
73. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires explore des moyens et des façons d'élargir la gamme actuelle des services de relève.
74. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que les consommateurs et les intervenants sont consultés régulièrement selon un calendrier établi.
75. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur l'écart apparent entre sa perception de la situation des services de santé mentale et celle des personnes qui travaillent dans ce domaine.

Les Services de santé mentale jouent un rôle crucial dans la santé et le bien-être de la population. À bien des égards, les personnes qui travaillent dans le domaine des services de santé mentale doivent composer avec des problèmes plus importants que le problème énoncé; les solutions doivent donc relever d'une approche holistique. Pour y parvenir, il est nécessaire que la prestation des services prenne en considération l'environnement général de la personne.

Une fois qu'il est accédé aux services, ceux-ci sont de qualité et très utiles, d'après ce que disent les Néo-Brunswickois. Toutefois, le défi pour bon nombre est d'avoir accès aux services en temps opportun. Étant donné les ressources limitées, l'accent est mis sur les problèmes de santé les plus aigus, et peu d'importance est accordée à l'intervention précoce ou à la prévention. De plus, la gamme et la quantité de services offerts varient grandement d'un endroit à un autre. Le programme actuel des Services de santé mentale est perçu comme le seul mécanisme public grâce auquel la population du Nouveau-Brunswick peut avoir accès au soutien et aux services requis pour prévenir, traiter et contrôler les problèmes affectifs ou la maladie mentale.

À la lumière des discussions tenues avec les dispensateurs et les intervenants, le Conseil recommande ce qui suit :

8.8.2 Accès

Qu'une importance accrue soit accordée à la prévention, à la promotion, à l'éducation ainsi qu'à l'établissement du diagnostic. Les méthodes de travail doivent être fondées sur une orientation claire et uniforme. Les mesures de la charge de travail et le temps consacré aux plans d'intervention devraient correspondre aux normes provinciales établies, et les méthodes de planification et de gestion de cas devraient être surveillées à l'aide de pratiques exemplaires pour assurer l'utilisation la plus efficace des ressources. Des rôles élargis pour les cliniciens devraient être explorés, et d'autres possibilités de soutien communautaire pour les clients qui ont besoin d'aide entre les consultations et une approche uniforme et holistique des interventions devraient être envisagées.

Le Conseil sait que certains de ces domaines font actuellement l'objet d'un examen et que des normes sont déjà en vigueur. Cependant, à la lumière de la proposition d'intégration plus large des services de santé et d'un nouveau modèle de prestation des services, une analyse en profondeur de la prestation des services de santé mentale devrait avoir lieu. Le Conseil recommande que la mise en œuvre de la nouvelle approche de la prestation des services offre des possibilités de rationalisation et de raffinement à cet égard. En particulier, la durée du traitement, la charge de travail et l'accès (temps d'attente) semblent varier d'un endroit à l'autre. Ces éléments devraient être plus uniformes partout dans la province. Le Conseil reconnaît aussi que le traitement des maladies mentales est complexe, et les recettes préétablies de traitement ne sont pas toujours pertinentes. Il y a toutefois des mesures et des approches qui peuvent être systématiquement appliquées pour assurer les meilleurs résultats possible.

8.8.2 Réseaux et partenariats

Les spécialistes en santé mentale devraient participer à l'élaboration et au raffinement des politiques publiques favorisant la santé dans tous les secteurs qui sont considérés comme un prolongement des services de santé mentale. Par exemple, pour ce qui est de l'amélioration des services et des choix en matière d'établissements résidentiels, des spécialistes en santé mentale devraient participer à la planification et à la détermination du genre et du besoin d'établissements résidentiels pour assurer des choix adéquats et de qualité aux personnes ayant une déficience mentale ou affective. Ils devraient aussi être consultés dans la modification des politiques qui contribuent à dissuader les gens de participer à des programmes d'emploi ou d'éducation visant à accroître l'autosuffisance et l'autonomie, par exemple par crainte de perdre leur carte d'assistance médicale.

Il est temps d'examiner les méthodes d'orientation et de suivi par d'autres ministères dont le travail a des conséquences sur l'utilisation des services de santé mentale. Ainsi, les systèmes juridiques et correctionnels comptent sur ces services pour la réalisation des évaluations et la prestation des traitements ordonnés par la cour. Le Conseil a entendu que la révision des protocoles actuels d'orientation et de suivi pourrait mener à des améliorations.

8.8.3 Recours à la technologie

Servir les régions rurales et isolées de la province demeure un défi. La satisfaction systématique des besoins exige des méthodes créatrices et innovatrices. De telles méthodes sont actuellement possibles grâce à la télépsychiatrie, et elles devraient être largement appliquées pour compenser la disponibilité limitée des ressources spécialisées.

8.8.4 Intervention en situation de crise

Les professionnels de la santé doivent pouvoir orienter les personnes en crise dans les meilleurs délais. Plusieurs modèles efficaces sont en vigueur dans la province. Cependant, certaines régions continuent à être privées d'un accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qui est crucial. Le Conseil insiste fortement sur la nécessité de mettre en œuvre de manière uniforme partout dans la province des pratiques exemplaires en matière d'intervention en cas de crise pour assurer un accès uniforme et efficace aux services lorsqu'il y a lieu.

8.8.5 Liens entre les dépendances et la santé mentale

À l'heure actuelle, les services de santé mentale et les services de traitement des dépendances sont fournis selon des mécanismes distincts. La santé mentale est la responsabilité du ministère de la Santé et du Mieux-être, tandis que le traitement des dépendances relève des corporations hospitalières régionales. Le Conseil propose de regrouper les deux services sous l'autorité des régies régionales de la santé pour faciliter le soutien des clients qui reçoivent les deux genres de services.

Le Conseil propose également ce qui suit :

- Élargir les liens entre les services de traitement des dépendances et les services de santé mentale pour permettre une formation croisée des professionnels et favoriser l'innovation dans les stratégies de prévention et de promotion visant les personnes qui reçoivent les deux genres de services.
- Poursuivre l'expansion du modèle de traitement pour les jeunes dans le cadre des services de traitement des dépendances afin d'assurer leur accès partout dans la province et dans toutes les écoles. Il se pourrait qu'on puisse élargir la portée des stratégies actuelles de prévention et de promotion visant les jeunes en planifiant en commun et en optimisant l'utilisation des ressources actuelles parmi les stratégies des services de traitement des dépendances et le stratégies des Services de santé mentale.

8.8.6 Changements récents

La directive récente du gouvernement visant la création d'un cadre stratégique distinct pour les personnes handicapées qui ont accès aux services par l'entremise du programme des soins de longue durée aura des répercussions positives pour les personnes atteintes de maladies mentales chroniques. Ce changement permettra l'utilisation d'un meilleur outil d'évaluation qui tient compte des besoins spéciaux et des capacités des personnes atteintes de maladie mentale.

8.8.7 Participation des organisations communautaires

Les régies régionales de la santé doivent travailler de près avec le personnel et les organisations de service bénévoles qui œuvrent auprès des personnes atteintes de maladie mentale et avec le personnel des Services de santé mentale. Les efforts et le potentiel énormes de ces organismes communautaires doivent être soutenus.

8.9 Services de réadaptation

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

76. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires confie aux audiologistes le mandat de desservir la population des foyers de soins.
77. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires confie aux audiologistes le mandat d'offrir des services de réadaptation dans le cadre de leur pratique normale.
78. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour permettre aux audiologistes d'offrir davantage de services de prévention et d'éducation.
79. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mandate des emplacements choisis pour offrir des services diagnostiques spécialisés, comme les épreuves de dépistage des troubles auditifs centraux, et ce, pour l'ensemble de la province.
80. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires modifie le plan des ressources en matière de services de réadaptation pour tenir compte de ces besoins.
81. Que le plan des services de réadaptation soit modifié pour permettre aux orthophonistes d'offrir davantage de services d'éducation et de prévention.
82. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des dispositions pour s'assurer que, dans toute la mesure du possible, les orthophonistes puissent exercer dans leur domaine de spécialité.
83. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour garantir sur une base permanente l'approvisionnement adéquat d'un équipement moderne destiné à soutenir les activités de réadaptation.
84. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne les dispositions nécessaires pour que le plan des services de réadaptation détermine le nombre d'ergothérapeutes en fonction des besoins relatifs à leurs services.
85. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour s'assurer que le plan des services de réadaptation tienne compte du nombre de physiothérapeutes requis pour assurer la prestation d'un service adéquat.
86. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réévalue le plan des services de réadaptation et prenne des mesures pour mettre en œuvre les stratégies en suspens.
87. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures correctives relativement à la prestation d'un soutien administratif à l'intention des services de réadaptation.
88. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires reconnaisse le travail accompli par les membres du Comité consultatif sur la réadaptation et prenne des mesures pertinentes pour donner suite à leurs propositions.

Le renouvellement du système de santé demande une approche très différente de la prestation des services par rapport à ce que l'on connaît aujourd'hui. La prestation des services de réadaptation devra donc subir des rajustements importants aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire afin d'être pleinement intégrée à un système de soins homogène.

Dans son évaluation, le Conseil a fait une distinction entre les services de réadaptation visant le rétablissement des fonctions perdues à la suite d'une incapacité ou d'une blessure, et les services de soutien visant à maximiser les capacités quotidiennes ou à répondre à des besoins de formation professionnelle. Le Conseil s'est penché sur le premier aspect.

Dans un système de services de réadaptation modifié, le Conseil recommande :

- Que le milieu hospitalier soit doté d'un personnel professionnel en réadaptation suffisant et approprié pour être en mesure de fournir sur place les interventions immédiates nécessaires.
- Que deux démarches soient possibles selon l'étendue et la complexité des activités de rétablissement dont la personne a besoin pour atteindre son potentiel maximum :
 - À sa sortie, la personne peut avoir accès au système de soins primaires dans un centre de santé communautaire, ce qui assurera l'exécution d'un plan de réadaptation approprié. Les services de réadaptation ambulatoires actuellement offerts dans les hôpitaux seraient intégrés au système de soins primaires. Les centres de santé communautaires seraient chargés de répondre aux besoins de la population scolaire, de la population des foyers de soins, de la population des foyers de soins spéciaux et des personnes qui obtiennent leur congé d'un établissement de soins secondaires ou tertiaires.
 - Une personne dont les besoins sont complexes et multiples à la suite d'une blessure ou d'une incapacité grave sera traitée dans un établissement provincial de réadaptation tertiaire. Le Conseil appuie la nécessité d'un établissement de soins tertiaires provincial moderne et félicite le gouvernement pour avoir fait part de son intention d'y accorder la priorité. Le nouvel établissement doit être doté de ressources spécialisées et avoir la capacité de fournir des services et du soutien externes aux établissements de soins primaires et secondaires.

Les dispensateurs de services de réadaptation savent que des interventions précoces mènent à de meilleurs résultats. À l'heure actuelle, les listes d'attente à tous les niveaux du système ne cessent de s'allonger. De plus, d'importants besoins de réadaptation de certains groupes de clients ne sont pas satisfaits, notamment les personnes âgées en foyer de soins. Traiter ces besoins atténuera la pression exercée sur d'autres parties du système. Par exemple, voir aux besoins en réadaptation des pensionnaires des foyers de soins entraînerait une diminution du nombre d'heures de soins requis en empêchant la détérioration des aptitudes à la vie quotidienne.

Les services de réadaptation vont au-delà des services habituellement fournis par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les audiologistes et les orthophonistes. Tous les professionnels de la santé jouent un rôle dans la réadaptation, en particulier les inhalothérapeutes, les diététistes, les psychologues, les travailleurs sociaux et le personnel infirmier. Le Conseil reconnaît le plan directeur des services de réadaptation du ministère de la Santé et du Mieux-être, paru en 1994. L'Étude sur les services de santé a déterminé la nécessité de mettre le plan à jour.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être réalise un examen exhaustif du plan directeur des services de réadaptation en tenant compte des modifications exigées par le renouvellement du système de santé que propose le Conseil.
- Dans le cadre de l'examen du plan directeur des services de réadaptation, que les liens possibles avec le Centre de rééducation professionnelle de Grand Bay soient explorés.

Le Conseil souligne les pénuries actuelles et prévues de personnel en réadaptation. Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être prenne des mesures immédiates pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de recrutement et de maintien.

Les services de nos dispensateurs en réadaptation ne sont pas utilisés de la manière la plus efficace. En effet, les plans de réadaptation comprennent des fonctions qui pourraient être assumées par des aides en réadaptation, ce qui libérerait les professionnels, qui pourraient alors consacrer un temps précieux à la satisfaction d'autres besoins.

À cet égard, le Conseil recommande :

- Que des postes d'aide en réadaptation soient créés. La formation consisterait en un programme de soins infirmiers auxiliaires de base auquel s'ajoute un module en réadaptation et des stages en milieu de travail. Au point de services, le rôle de l'aide en réadaptation serait général ou spécialisé.

Le Conseil reprend les recommandations de l'Étude sur les services de santé en ce qui concerne les audiologistes. De plus, le Conseil voit un rôle pour les services d'audiologie dans le système de soins primaires. Ce rôle devra être évalué plus en détail dans la révision du plan directeur des services de réadaptation.

Le Conseil a relevé le besoin d'accroître l'expérience clinique pratique en exposant les stagiaires à des cas de pédiatrie afin de mieux préparer ces dispensateurs à satisfaire aux besoins du Nouveau-Brunswick.

Un certain nombre d'autres recommandations ont émergé de l'évaluation par le Conseil des services de réadaptation, notamment :

- Que l'expertise clinique dans les domaines de la réadaptation soit améliorée à l'échelle provinciale et régionale afin d'aider les gestionnaires et les dispensateurs.
- Que les régies régionales de la santé explorent avec les intervenants clés différentes options visant à satisfaire les besoins des groupes mal servis (par exemple les personnes sourdes ou malentendantes).

- Qu'un programme provincial coordonné de matériel de réadaptation, doté d'un registre central, soit établi et intégré à l'élargissement du programme actuel de recyclage du matériel de réadaptation dispensé par le ministère des Services familiaux et communautaires.
- Que les professionnels en réadaptation reçoivent le mandat de faire de l'éducation et de la prévention à tous les niveaux, c.-à-d. à l'intention de clients individuels, de groupes de clients et de la population en général.
- Que le gouvernement prenne des initiatives de politique publique qui visent la réduction des blessures dans la pratique d'activités de loisirs, au travail et à domicile.

Comme pour tous les services, l'élaboration de normes de service appropriées sera un travail continu.

8.10 Services médicaux

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

89. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec d'autres paliers gouvernementaux, avec le Comité consultatif sur les ressources médicales (CCRM), la Société médicale du Nouveau-Brunswick, les régies régionales de santé, les municipalités, les associations professionnelles et le milieu des affaires, élabore une stratégie globale coordonnée en vue d'assurer le recrutement et la conservation des médecins.
90. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se renseigne sur la perception chez les étudiants des facultés de médecine selon laquelle le Nouveau-Brunswick est « fermé » aux nouveaux médecins et qu'il prenne les mesures pertinentes pour modifier cette perception.
91. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires étende les stages de formation des spécialités aux hôpitaux situés à l'extérieur de Saint John, Fredericton et Moncton, compte tenu de leur infrastructure, afin d'offrir des stages dans des milieux plus ruraux.
92. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine plus attentivement les divers types de rémunération des médecins.

Depuis 1999, le ministère de la Santé et du Mieux-être a pris des mesures pour augmenter le nombre de places dans les écoles de médecine. De plus, il a nommé une agente provinciale du recrutement pour travailler auprès des étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick. De telles questions nécessiteront une attention soutenue.

Les dispensateurs de services de santé sont aujourd'hui l'atout le plus important de notre système. Des médecins de famille ont participé au dialogue sur le renouvellement des soins de santé primaires et sur les défis et les possibilités qu'il pourrait représenter pour les médecins. Les rétroactions recueillies au cours de ces séances ont été communiquées au ministère de la Santé et du Mieux-être. La mise en œuvre des changements proposés par le Conseil ne peut avoir lieu qu'avec la pleine participation de ces professionnels.

Les relations entre le gouvernement provincial et les médecins subissent les contrecoups des tensions et des décisions de la dernière décennie. La pénurie de médecins a aussi accru le fardeau. Il est essentiel de rétablir un dialogue ouvert et honnête entre les deux parties si l'on veut aller de l'avant. Le renouvellement des soins primaires ne doit pas se faire sous la contrainte. Tandis que de nombreux médecins de famille se réjouissent du changement, d'autres sont moins d'accord. Le système doit trouver un moyen de travailler avec les deux groupes.

Pour rétablir les relations et aller de l'avant avec le renouvellement des soins primaires, le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être établisse un comité structuré faisant appel au Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et à la Société médicale du Nouveau-Brunswick dans le but de déterminer les obstacles et des solutions à la réalisation du renouvellement des soins primaires.
- Que le gouvernement provincial explore en détail et instaure d'autres modes de rémunération des médecins. La rémunération à l'acte est un mode que certains médecins continueront de choisir. À cet égard, le barème doit être rajusté pour rémunérer une approche plus holistique de la médecine familiale.

Il existe dans la province de nombreux modèles de pratique complémentaire et de pratique en groupe, au sein desquels les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick. Dans ces modèles, les rôles traditionnels des différents dispensateurs sont, à des degrés divers, modifiés. Cependant, à leur mise en œuvre, ces modèles ne comportaient pas de plan d'évaluation, de sorte qu'on n'a pas de données valides et fiables pour évaluer ces modèles et formuler des constatations crédibles sur les résultats. Le Conseil presse le ministère de la Santé et du Mieux-être d'adopter comme directive l'inclusion d'un plan d'évaluation dans toute nouvelle initiative entreprise dans le cadre du renouvellement des soins primaires.

8.11 Services infirmiers

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

93. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette à jour et applique le Plan de gestion des ressources et des services infirmiers afin qu'à l'augmentation des besoins des patients corresponde une augmentation équivalente des niveaux de dotation en personnel.
94. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur le problème de l'augmentation des emplois occasionnels chez les infirmières et infirmiers exerçant dans les hôpitaux.
95. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires envisage la possibilité de retirer les obstacles administratifs et législatifs restreignant la capacité du système d'élargir le rôle des infirmières et infirmiers et d'utiliser leurs services de façon plus efficiente.

96. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, conformément à la vision proposée en matière de prestation des soins de santé, envisage l'élaboration et la mise en œuvre de projets provinciaux faisant appel à l'intervention d'infirmières de pratique avancée dans certains contextes, dont les services d'urgence et les centres de soins communautaires.
97. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le modèle de prestation de soins infirmiers en cabinet à l'intention des cabinets de médecins du Nouveau-Brunswick, en envisageant la possibilité de verser des salaires ou de consentir une rémunération à l'acte.

Le gouvernement mérite d'être félicité pour avoir créé 300 postes infirmiers à temps plein en 1999 afin de traiter la question de la précarité croissante des emplois en soins infirmiers. Tant le Conseil que le ministère de la Santé et du Mieux-être se sont penchés sur les obstacles qui empêchent le personnel infirmier d'accomplir toutes les fonctions pour lesquelles il est formé. L'élargissement des rôles infirmiers et la légitimation des activités élargies sont également explorés. Ce travail sera approfondi au sein du comité d'intervenants sur l'utilisation des ressources infirmières récemment établi par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Ce comité a reçu le mandat d'offrir des conseils et de présenter des stratégies concernant l'ajout d'infirmières praticiennes au système et de se pencher sur les obstacles qui empêchent le personnel infirmier et le personnel infirmier auxiliaire immatriculé d'exercer leur plein champ d'activité.

Le Conseil appuie la venue des infirmières praticiennes dans le système en tant que membres de l'équipe de prestation des services et veut voir des programmes d'infirmière/infirmier praticien offerts dans les deux langues officielles. De plus, il est nécessaire d'offrir au personnel infirmier en poste qui désire étudier à temps plein pour devenir infirmière ou infirmier praticien un soutien financier et un congé d'études. Le ministère de la Santé et du Mieux-être a déterminé des points de services préliminaires où il serait possible de mettre en place ce nouveau rôle infirmier. Il s'agit notamment des salles d'urgence, des foyers de soins et des centres de santé communautaires. Les lieux d'exercice des infirmières praticiennes seront élargis avec le temps. Les infirmières praticiennes ne remplaceront pas les médecins; elles travailleront en partenariat avec tous les autres membres de l'équipe de prestation des services. Le Conseil presse fortement le ministère de la Santé et du Mieux-être de veiller à la mise en vigueur de stratégies d'évaluation adéquates pour accompagner l'ajout des infirmières praticiennes au système.

Vu les vastes possibilités offertes par la profession infirmière, le Conseil est d'avis qu'un nombre important de membres du personnel infirmier qui travaillent actuellement dans le système ont les compétences, la formation, la capacité et le désir d'exercer leur plein champ d'activité. Pourtant, des obstacles d'ordre législatif, administratif et protectionniste empêchent le personnel infirmier de contribuer pleinement aux soins aux patients. Régler ces obstacles est tout aussi important que l'ajout d'infirmières praticiennes, car leur élimination pourrait avoir les répercussions les plus grandes pour la prestation des services. Les mêmes arguments et la même logique s'appliquent à l'élargissement du champ d'activité du personnel infirmier auxiliaire immatriculé.

Par ailleurs, le renouvellement des soins primaires offrira des possibilités au personnel infirmier expérimenté et lui permettra d'enrichir son champ d'activité en acquérant de nouvelles compétences par une formation additionnelle dans des domaines particuliers (évaluation, pharmacologie, etc.). Les possibilités et le soutien à cet égard doivent être intégrés au système, par exemple des horaires de travail souples et un soutien aux frais de scolarité.

Le Conseil a aussi examiné la question de l'utilisation des services du personnel infirmier auxiliaire immatriculé dans des milieux d'exercice où ces dispensateurs n'avaient pas de rôle traditionnel établi. Les centres de santé communautaires de plus grande taille pourraient effectivement confier au personnel infirmier auxiliaire une série de tâches qu'il est en mesure d'accomplir. L'élargissement du rôle du personnel infirmier auxiliaire pour englober un rôle d'aide en réadaptation est proposé dans la section précédente sur les services de réadaptation. Le Conseil avance que le rôle du personnel infirmier auxiliaire dans les soins à domicile pourrait avoir des effets positifs sur la prestation des services. La question doit être explorée plus en profondeur par le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé, peut-être sous la forme de deux projets pilotes, l'un mené en milieu urbain et l'autre, en milieu rural.

La pratique complémentaire, selon laquelle les médecins et le personnel infirmier travaillent ensemble pour optimiser leur apport aux soins aux patients, est un élément constitutif important du système de soins primaires renouvelé. Le chapitre sur le système de santé en discute plus longuement.

8.12 Autres dispensateurs de services de santé

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

98. Que le ministère du Développement des ressources humaines NB envisage la possibilité d'accorder la petite somme additionnelle requise pour effectuer les rajustements dans le cas des prothèses et de le faire en temps opportun, de sorte que les clients puissent réellement utiliser les prothèses.
99. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires surveille constamment les responsabilités confiées par législation aux personnes offrant des services de soutien technique, de sorte que des redressements puissent être effectués, compte tenu de la formation additionnelle dispensée et, par conséquent, des nouveaux domaines d'expertise qui viennent s'ajouter aux qualifications de ces praticiens.

Le Conseil a appris que des modifications apportées au contrat des prothèses dentaires ont corrigé le problème des rajustements.

Le Conseil recommande que tous les professionnels et paraprofessionnels de la santé puissent exercer au sein du système de santé le plein champ d'activité pour lequel ils sont formés. Le Conseil a examiné plusieurs professions, mais il n'a pas pu mener un examen complet de tous les groupes de professionnels de la santé dans les délais dont il disposait. Le Conseil presse donc le ministère de la Santé et du Mieux-être de poursuivre le travail dans ce domaine, en collaboration avec les groupes de professionnels.

Le Conseil a toutefois tenu des discussions préliminaires au sujet de deux catégories de dispensateurs, soit les aides familiales et les sages-femmes.

Les aides familiales sont vues comme une composante essentielle de la prestation des soins à domicile de courte et de longue durée et de la sortie hâtive de l'hôpital dans les cas appropriés. Ces dispensateurs estiment à l'heure actuelle ne pas être considérés à leur juste valeur dans le système. Le Conseil se préoccupe du manque de formation uniformisée dans la province et de l'absence de normes pour régir le travail dans différents points de services.

À cet égard, le Conseil recommande :

- Qu'un groupe de travail composé de représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, du ministère des Services familiaux et communautaires, des régies régionales de la santé et des organismes de services visés soit établi pour élaborer une stratégie provinciale visant les aides familiales.
- Que les points de vue des aides familiales et des clients qu'elles servent soient pris en considération dans l'élaboration de la stratégie provinciale.

Les sages-femmes ne sont pas des dispensateurs reconnus au Nouveau-Brunswick, bien qu'elles forment une profession réglementée dans d'autres provinces, notamment en Ontario et en Colombie-Britannique. Dans ces provinces, les sages-femmes sont perçues comme partie intégrante de l'équipe des soins primaires, et elles s'occupent des soins prénatals et postnatals et des accouchements à faible risque. Dans des pays comme la Grande-Bretagne, les sages-femmes forment une profession déjà ancienne et respectée.

Le Conseil appuie l'idée de mettre en place des sages-femmes au Nouveau-Brunswick pour assister les médecins dans les grossesses et les accouchements à faible risque. La notion est d'autant plus pertinente si l'on considère la pénurie et l'âge moyen des obstétriciens, le nombre de plus en plus restreint de médecins de famille qui font des accouchements et le soutien des femmes à l'égard du concept.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être réalise une étude de faisabilité sur l'introduction de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick.

8.13 Formation professionnelle

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

100. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine la possibilité de rétablir un certain nombre de places à Memorial University.
101. Que le nombre de places à la faculté de médecine de Dalhousie University soit réduit dans la mesure où cette université n'est pas disposée à envisager des modifications à son programme de formation actuel en vue de mieux répondre aux exigences du Nouveau-Brunswick.
102. Que les facultés de médecine des universités soient invitées à envisager une sélection proactive des étudiants en médecine d'origine rurale.
103. Que l'Université du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton poursuivent leurs efforts en offrant une formation d'infirmières et infirmiers de pratique avancée, particulièrement en ce qui a trait au niveau de l'infirmière praticienne.
104. Que les deux universités étudient la possibilité d'offrir ou de coordonner des cours spécialisés à l'intention des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick désirant accéder à des programmes de formation spécialisés sans quitter la province.
105. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires rétablisse des budgets pour l'éducation permanente et les possibilités de perfectionnement des professionnels des soins de santé, en faisant appel à l'intervention et à la collaboration des diverses associations professionnelles du domaine de la santé.
106. Que les programmes d'éducation permanente soient coordonnés et adaptés aux attentes et aux besoins du système des soins de santé, compte tenu du rôle futur des professionnels des soins de santé.
107. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires assure une offre adéquate de formation à l'intention des infirmières auxiliaires immatriculées, là où il y a un besoin, particulièrement dans les régions francophones de la province.
108. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires envisage la possibilité de subventionner le coût de la formation des auxiliaires familiales.

Le Conseil soutient la formation continue de tous les professionnels des soins de santé, que l'objectif soit de maintenir les compétences actuelles dans son domaine de travail ou d'améliorer sa capacité, ce qui est essentiel pour répondre aux besoins du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé.

En ce qui concerne les études en médecine, le Conseil a noté les démarches du gouvernement en vue d'acheter des places supplémentaires à Memorial University et à l'Université de Sherbrooke. Étant donné la pénurie actuelle de médecins dans la province, le Conseil presse le gouvernement d'augmenter le nombre de places afin de mieux répondre à ses besoins. La province doit également s'assurer que la formation suivie par les étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick répond aux réalités et aux besoins de la province. L'Étude sur les services de santé a exprimé des préoccupations (voir la recommandation 101) concernant la faculté de médecine de Dalhousie University. Ces préoccupations demeurent. Le Conseil presse le gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les investissements du Nouveau-Brunswick sont judicieux, ce qui pourrait impliquer l'achat de places dans d'autres écoles de médecine.

En ce qui concerne la formation infirmière, le Conseil recommande :

- Qu'un cours d'infirmière/infirmier praticien soit offert à l'Université de Moncton le plus rapidement possible.
- Que des ressources soient mises à la disposition de l'Université de Moncton et de l'Université du Nouveau-Brunswick pour permettre la mise en œuvre d'un programme à temps plein d'infirmière/infirmier praticien.

Un élément clé de la formation continue du personnel infirmier, ainsi que d'autres groupes de professionnels, est le mentorat sur les lieux de travail. Étant donné la lourde charge de travail que connaissent la plupart des professionnels en raison du manque de personnel, le mentorat devient de plus en plus difficile à exercer. De plus, l'initiation du nouveau personnel diminue, ce qui donne lieu à des lacunes dans le transfert des connaissances. Dans la vision du système de santé mise de l'avant par le Conseil, les dispensateurs sont valorisés et considérés comme des atouts. En conséquence, il est important que les régies régionales de la santé mettent sur pied un programme d'initiation complet pour les diplômés récents de toutes les disciplines.

Les pénuries que connaissent certaines professions de la santé, par exemple les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens, sont de plus en plus pressantes. Le Conseil reconnaît les initiatives entreprises dans l'élaboration de stratégies de recrutement et de maintien des médecins et du personnel infirmier.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Bien-être établisse des programmes de recrutement et de maintien pour les autres professions de la santé dans lesquelles les pénuries sont préoccupantes.
- Que le ministère de la Santé et du Bien-être prenne des mesures immédiates pour élaborer une stratégie d'éducation visant à accroître l'accès de la population étudiante du Nouveau-Brunswick à des programmes de formation dans des domaines où des pénuries à court et à long terme sont prévues.

Il est important d'établir des liens de communication solides et efficaces entre les employeurs, les associations professionnelles, les universités et le gouvernement provincial afin de faciliter la préparation, la formation et le maintien des professionnels de la santé.

Les établissements d'enseignement doivent être inclus à titre de partenaires dans le renouvellement du système de santé. Le Conseil est d'avis que le gouvernement provincial devrait favoriser un modèle plus interdisciplinaire de la formation pour favoriser une approche d'équipe de la prestation des services.

8.14 Technologie

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

109. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires consulte les principaux intervenants pour déterminer les besoins, les normes et les priorités en matière d'information.
110. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, à la lumière de l'information obtenue lors des consultations, coordonne la planification et la mise en œuvre d'un système d'information entièrement intégré.
111. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore, en collaboration avec les intervenants pertinents, y compris les experts du domaine, un cadre provincial de prise de décisions pour l'acquisition des technologies médicales novatrices.
112. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires établisse une stratégie pour l'entretien ou le remplacement des technologies.
113. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise son plan et accepte d'installer un IRM fixe à la fois à Saint John et à Moncton. Des IRM mobiles devraient être mis à la disposition pour combler les besoins des autres régions.
114. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise l'expansion de l'imagerie radiologique et son intervention dans le système de soins de santé.
115. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse la promotion active de la mise en place de l'imagerie numérique dans l'ensemble du système.
116. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse une promotion active de la télémédecine et de la téléradiologie et que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour éliminer les obstacles à leur utilisation.

Un seul dossier médical par patient devrait être en place dans la province. Le dossier doit assurer la confidentialité des renseignements sur les patients, mais être accessible aux dispensateurs de soins au besoin. Le dossier médical est l'impulsion qui mènera à la création d'un système d'information qui fournira également à la direction les outils lui permettant d'évaluer le système et ses composantes, de comparer le rendement, de fournir des rétroactions aux intervenants grâce au bulletin de santé et, en conséquence, de veiller à ce que les gens du Nouveau-Brunswick obtiennent les services dont ils ont besoin n'importe où dans la province.

Un système d'information intégré devrait favoriser les partenariats avec les organisations qui peuvent fournir l'infrastructure et le savoir-faire technologique. Ce nouveau système améliorera les services actuels de télémédecine et de télésanté.

8.15 Financement

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

117. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette en place un système de planification et de budgétisation sur plusieurs années. Dans le cadre d'un tel système, toutes les économies réalisées par les régies régionales de la santé, dans la mesure où les niveaux de service convenus ont été atteints, devraient être conservées par les régies régionales de la santé. Une comptabilité de gestion et un recueil uniformisé des données sont requis dans le but d'améliorer constamment la gestion des régies régionales de la santé.
118. Qu'avant de mettre en place un système de planification et de budgétisation sur plusieurs années, on rétablisse des budgets équilibrés. Les conseils d'administration doivent exercer un contrôle et assumer en même temps la responsabilité des dépenses générales.
119. Que parallèlement à la mise en place de ce système réorganisé, on mette également en place un système simplifié de compte rendu. On doit s'entendre sur des points de repère et des indicateurs de gestion afin que ces niveaux de service soient définis, et que la responsabilité et le contrôle financier soient respectés. De tels indicateurs constituent le fondement de tout système de compte rendu.
120. Que le traitement des fonds permette une certaine souplesse. Si une régie régionale de la santé réalise des économies, elle devrait avoir la possibilité de reporter ce montant et on devrait lui permettre des déplacements entre les catégories budgétaires et entre les budgets d'exploitation et d'immobilisations. Le transfert de ressources des services communautaires aux hôpitaux devrait être interdit et le transfert de ressources des hôpitaux aux services communautaires encouragé.
121. Que des fonds soient disponibles centralement dans le but de favoriser le recours à des méthodes novatrices au sein du système de soins de *santé*.

Les recommandations du Conseil en ce qui concerne le financement, la gestion des fonds, la priorité accordée aux services communautaires par rapport aux services en établissement et la nécessité de soutenir les idées et la recherche innovatrices sont clairement formulées dans les chapitres sur la reddition de comptes et sur le bulletin de santé et tout au long du présent rapport.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

122. Que la composante politique de la prise de décisions soit reconnue et que des concessions compensatoires soient faites entre les régions touchées par une consolidation des services visant à abaisser le coût unitaire. Le transfert d'emplois d'une région en particulier devrait être compensé par l'emplacement d'un service différent dans la région touchée.

Annexe A - Conseil

Membres et personnel du Conseil

Les membres du Conseil sont :

Michel C. Leger (président)	Shédiac	Avocat et ancien membre du conseil de la Corporation hospitalière Beauséjour
Donna Johnston	Red Bank	VON
Myrna Richards	Hampton	Avocate et ancienne présidente du Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick
Mary E. Jarratt	Fredericton	Médecin de famille, membre du personnel médical actif de l'hôpital Dr. Everett Chalmers
Michelle Tolszczuk	Edmundston	Directrice du service médical des Papiers Fraser et membre du personnel médical de la Corporation hospitalière de la Région 4
Nancy Roberts	Moncton	Directrice des Services régionaux de pharmacie de la Corporation des soins de santé du Sud-Est
Peter Jollymore	Saint John	Retraité, ancien doyen par intérim de la faculté d'administration de UNBSJ
Heather Erb Campbell	Saint John	Directrice générale, Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick
Warren Davidson	Moncton	Consultant en médecine gériatrique, Corporation des soins de santé du Sud-Est
Lynn Kelly de Groot	Dalhousie Junction	Agente de recrutement des médecins
Norma McGraw	Tracadie-Sheila	Directrice du Programme extra-mural, Réseau Santé Nor'est
Gilbert St-Onge	Edmundston	Ancien directeur général de la Corporation hospitalière de la Région 4
Judith Wuest	Stanley	Professeure, faculté des sciences infirmières de l'UNB
Barbara Gagnon-Thériault	Fredericton	Gestionnaire par intérim, Centre de services aux entreprises Canada/N.-B., et mère d'un enfant à besoins spéciaux (s'est retirée au milieu de 2000)

Le personnel :

Mavis Hurley	Sous-ministre
Étienne Thériault	Conseiller en politiques
Norma Dubé	Conseillère en politiques
Jean Finn	Conseiller en politiques
Lise Bellefleur	Conseillère en politiques
Nancy Campbell	Soutien administratif

Notes