



Premier rapport du Comité permanent des soins de santé

Deuxième session de la
57^e législature du
Nouveau-Brunswick

Novembre 2011



Premier rapport du Comité permanent des soins de santé

Deuxième session de la
57^e législature du
Nouveau-Brunswick
Novembre 2011

Membres du comité

L'hon. Madeleine Dubé, présidente,
députée d'Edmundston–Saint-Basile

Serge Robichaud,
député de Baie-de-Miramichi–Neguac

Sherry Wilson, vice-présidente,
députée de Petitcodiac

Troy Lifford,
député de Fredericton-Nashwaaksis

Dorothy Shephard,
députée de Saint John Lancaster

Bill Fraser,
député de Miramichi–Baie-du-Vin

Ryan Riordon,
député de Nepisiguit

Donald Arseneault,
député de Dalhousie–Restigouche-Est



Novembre 2011

Assemblée législative du Nouveau-Brunswick

Monsieur le président,

J'ai le plaisir de présenter ci-joint le premier rapport du Comité permanent des soins de santé. Le rapport est le fruit des consultations publiques et des délibérations du comité au sujet de la délimitation des régies régionales de la santé, du découpage électoral des régions ainsi que des règles électorales applicables.

Je tiens à remercier, au nom du comité, les particuliers et les groupes qui ont comparu devant le comité ou présenté des mémoires. Je remercie en outre les membres du comité pour leur contribution à l'exécution de notre mandat.

Le comité demande à présenter un autre rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

La présidente du comité,

L'hon. Madeleine Dubé, députée

Premier rapport du Comité permanent des soins de santé

**Deuxième session de la
57^e législature du
Nouveau-Brunswick**

Novembre 2011

Publié par :

Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1

Imprimé au Nouveau-Brunswick

CNB 8368





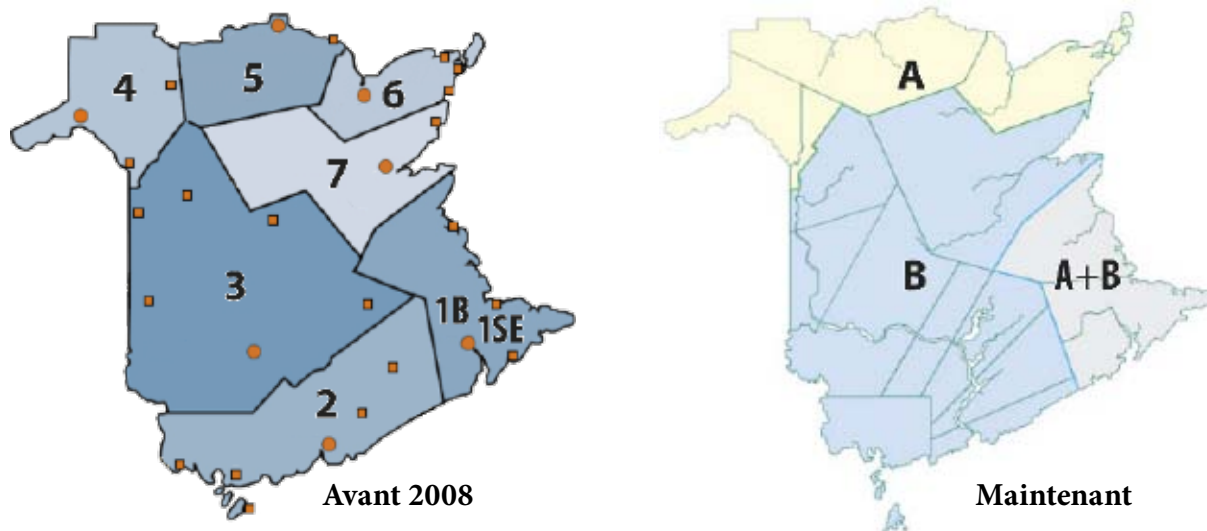
Table des matières

Contexte	1
Résumé des recommandations	3
Partie I : Recommandations sur la délimitation des RRS A et B.	4
Partie II : Recommandations sur les sous-régions des RRS	7
Partie III : Recommandations sur les règles applicables aux élections et aux vacances de poste.	13
Annexe A : Motion 93.	15
Annexe B : Témoignages et mémoires	17
Annexe C : Carte recommandée des sous-régions des RRS	19

Contexte

En 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick réorganise les 8 régions de la santé et les constitue en 2 régions régionales de la santé (RRS) :

la RRS A, qui fonctionne maintenant sous la dénomination « Réseau de santé Vitalité » ;
la RRS B, qui fonctionne maintenant sous la dénomination « Réseau de santé Horizon ».



Les 8 anciennes régions de la santé deviennent dès lors des sous-régions des RRS. Des modifications de la *Loi sur les régions régionales de la santé* délimitent les 2 nouvelles RRS en fonction des anciennes régions. Comme le dispose l'annexe A de la *Loi sur les régions régionales de la santé*, la RRS A se compose des sous-régions 4, 5 et 6 ainsi que de l'ancienne Région 1 (Beauséjour). La RRS B se compose des sous-régions 2, 3 et 7 ainsi que de l'ancienne Région 1 (Sud-Est).

La réorganisation des RRS de 2008 soulève des questions au sujet de la réalisation de l'obligation du gouvernement de favoriser le développement culturel, économique et social des communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick. Notamment, le groupe d'intérêts francophone Égalité santé en français N.-B. inc. intente une action en justice. Une consultation des membres de la communauté francophone sur les façons d'améliorer les services de santé et la gouvernance des soins de santé pour les francophones donne lieu à un rapport intitulé *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*. En réponse au rapport, des modifications sont apportées à la *Loi sur les régions régionales de la santé* et à la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*. Parallèlement, le gouvernement s'engage à examiner la délimitation de chacune des régions de la santé, en consultation avec les collectivités locales.

Dans le cadre des réformes de 2008, les conseils élus des régions de la santé sont remplacés par des conseils dont les membres sont nommés. Dès 2010, les grands partis politiques de la province s'entendent pour dire qu'il faut rétablir l'élection des membres des conseils de RRS.

Le 7 juin 2011, l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick adopte la motion 93, dont le texte constitue l'annexe A du présent rapport.

La motion 93 charge le Comité parlementaire permanent de la santé de formuler des recommandations en vue du rétablissement de l'élection de membres aux conseils des 2 RRS de la province, à temps pour les élections municipales et les élections aux conseils d'éducation de district à venir en mai 2012.

Afin d'aider le comité dans l'exécution de son mandat, le ministère de la Santé publie un document de travail en juillet 2011. Le comité examine ce document et convient de consulter la population par le truchement d'Internet, de mémoires et de comparutions aux sept audiences publiques prévues dans la province. En tout, les gens du Nouveau-Brunswick de diverses régions présentent 33 mémoires sous diverses formes, qui sont énumérés dans la liste constituant l'annexe B du présent rapport.

Compte tenu du document de travail et des consultations à son sujet, le comité se donne comme mission d'approfondir trois grandes questions :

1. Le cas échéant, comment les limites des RRS A et B devraient-elles être modifiées?
2. Étant donné que huit membres du conseil seront élus pour chaque RRS, comment les nouvelles circonscriptions (les sous-régions) devraient-elles être organisées?
3. Quelles règles devraient régir l'éligibilité aux postes en question, et comment les vacances de poste devaient-elles être pourvues?

Bien que le mandat du comité en matière de consultations soit d'une portée limitée et soumis à un échéancier serré afin de permettre la formulation de recommandations à temps pour y donner suite au printemps 2012, les audiences publiques donnent effectivement aux gens du Nouveau-Brunswick l'occasion d'exprimer leurs opinions sur des questions d'intérêt général au sujet des soins de santé. Des interventions sont directement liées aux travaux indiqués dans la motion 93. Par ailleurs, après la levée de chaque audience proprement dite, les membres du comité rencontrent sans formalisme des gens du Nouveau-Brunswick. Peu importe le cadre des échanges, l'expression de l'intérêt et de l'engagement à l'égard de soins de santé de qualité dans la province encourage et aide le comité dans la réalisation de sa mission. Les membres du comité témoignent leur gratitude à ceux et celles qui ont pris le temps d'écrire, d'envoyer des courriels, de téléphoner et d'assister aux audiences publiques.

L'un des messages sans équivoque mis de l'avant dans de nombreuses interventions publiques est que, même si les modalités d'élection ont leur importance, le vrai dialogue doit porter sur le système de soins santé tel quel, et il faut, dans l'étude et la mise en oeuvre de réformes du genre, tenir compte des aspects pratiques de la prestation des soins de santé. Le comité est unanime à vouloir que de telles priorités soient une constante de premier plan, et ce, tant dans les recommandations de son présent rapport que dans la poursuite de sa mission. Par ailleurs, cependant, il est apparu évident au comité que des intervenants se méprennent fondamentalement au sujet de l'obtention de services de santé. Plus précisément, des gens se font une idée fautive en présumant que la langue de travail des RRS implique leur langue de service. Les deux RRS sont explicitement chargées de fournir les services dans les deux langues officielles, pour que tous les gens du Nouveau-Brunswick puissent recevoir, n'importe où dans la province, les services de santé dans la langue officielle de leur choix. S'il est fait abstraction de cette importante réalité, la discussion du dossier de la santé suscite de l'anxiété et des conflits inutiles. Le comité tient donc à le souligner, à louer les efforts déployés pour améliorer les services bilingues dans la province et à encourager les deux RRS à continuer de progresser sur cette voie.

Résumé des recommandations

Voici les recommandations du comité.

Partie I : Recommandations sur la délimitation des RRS A et B

1. Que la délimitation actuelle de la RRS A et de la RRS B ne soit aucunement modifiée.
2. Que soient respectés l'intégrité et le caractère essentiels des RRS en tant qu'entités régionales.
3. Que les centres médicaux et les communautés linguistiques de la région qu'ils servent demeurent sous l'égide de la RRS qui a compétence sur leur territoire.

Partie II : Recommandations sur les sous-régions des RRS

4. Que chaque RRS se compose de 8 sous-régions créées par la division de chacun de ses 4 secteurs en 2 sous-régions.
5. Le droit de voter et de se présenter aux élections, dans chacune des sous-régions, ne devrait être consenti qu'aux personnes dont la résidence principale se trouve dans cette sous-région.
6. Les personnes qui demeurent dans l'ancienne double Région 1 (Beauséjour et Sud-Est) devraient être habilitées à choisir la RRS pour laquelle elles exerceront leur suffrage.

Partie III : Recommandations sur les règles applicables aux élections et aux vacances de poste

7.
 - a) Pour poser sa candidature à un conseil de RRS, il devrait être obligatoire d'occuper sa résidence principale et permanente dans la sous-région à représenter.
 - b) Un membre de conseil qui cesse d'occuper sa résidence principale dans sa sous-région pour s'installer ailleurs à demeure ou qui ne peut ou ne veut plus exercer ses fonctions devrait être tenu de rendre son siège vacant.
 - c) Une vacance devrait être pourvue sur la nomination, par le ou la ministre de la Santé, d'une personne dont la résidence principale se trouve dans la sous-région dont le siège est vacant.
 - d) Les membres du personnel des RRS et de celui du ministère de la Santé, les membres du conseil et le personnel du Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé, les personnes qui détiennent des privilèges dans un hôpital au Nouveau-Brunswick ainsi que les membres du Sénat, du Parlement ou de l'Assemblée législative devraient être inéligibles aux conseils des RRS.

Partie I : Recommandations sur la délimitation des RRS A et B

1. Que la délimitation actuelle de la RRS A et de la RRS B ne soit aucunement modifiée.

La question de la délimitation des deux RRS, plus que toute autre examinée par le comité, fait intervenir le sujet délicat qu'est la langue.

La discussion part directement de la transaction (« règlement hors cour ») au sujet de la poursuite en justice introduite par Égalité santé. En 2008, lorsque le gouvernement procède à la réforme du système de gouvernance des soins de santé et fait passer le nombre de RRS de 8 à 2, des gens se préoccupent du fait que les limites des anciennes régions sont adoptées sans consultations suffisantes et sans porter une attention acceptable aux besoins des francophones de la province. Un rapport de Gino LeBlanc, *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*, est commandé et mène à la déclaration que prononce l'hon. M^{me} Schryer, ministre de la Santé d'alors, à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick le 8 avril 2010. Cette déclaration, assortie de modifications de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et de la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*, énonce l'engagement suivant :

une révision des régions géographiques actuellement assignées à chaque régie de la santé sera aussi réalisée en consultation avec les collectivités desservies

[L'hon. Mary Schryer, déclaration de ministre à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, le 8 avril 2010.]

Les discussions sur la question mettent nettement en relief les opinions divergentes entre les francophones de la province quant à l'accent que la RRS A devrait mettre, le cas échéant, sur son rôle d'institution de culture francophone plutôt que juste sur celui de fournisseur de soins. Quelques intervenants préconisent la suppression des limites entre les RRS et l'institution de la dualité dans le système de santé selon le modèle du secteur de l'éducation. Une forte majorité rejette ce point de vue.

Le comité constate que les collectivités sont unanimes à désirer des soins de santé de qualité supérieure. Les opinions exprimées dans la plupart des interventions sont nuancées, étoffées et réalistes ; elles tiennent compte de la symbiose entre la langue et les soins de santé. Les interventions émanant des deux communautés linguistiques marquent un appui au rehaussement des institutions qui donnerait aux collectivités une plus grande contribution directe aux décisions qui touchent leurs soins de santé. Tout le monde comprend l'importance de pouvoir obtenir dans sa langue officielle des services de santé de qualité. En conséquence, les interventions prônent fortement un plus grand bilinguisme à tous les points de soins directs.

Forcément, l'unanimité ne se forme pas au sujet de tous les aspects de la symétrie optimale des rôles qu'assument les RRS en tant que, d'une part, fournisseurs de services et, d'autre part, centres communautaires. On s'accorde largement pour dire que les deux rôles sont très importants. L'équilibre doit être atteint dans un esprit de rationalité et d'ouverture, et ce, en tenant compte des réalités financières de la province.

Un des mots que je ne vais pas utiliser aujourd'hui, surtout pas, c'est le mot « division ». En effet, chaque fois que l'on parle de division linguistique, on abuse de ce mot-là en colportant des faussetés, et les mots qui m'intéressent le plus sont « convergence » et « collaboration ».

[Jean-Marie Nadeau, président de la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick, témoignage, Campbellton, le 14 septembre 2011.]

La question des changements de délimitation a surtout été liée à la suggestion, formulée par Égalité santé, que Neguac, Rogersville et Baie-Sainte-Anne soient intégrées au Réseau de santé Vitalité. Ce point de vue est en partie fondé sur la conviction d'Égalité santé que l'intégration de ces collectivités à la RRS A est le meilleur moyen de donner aux francophones voix au chapitre pour ce qui est de leurs services et donc d'améliorer la prestation des soins de santé aux francophones. Cependant, les représentants de ces collectivités s'opposent farouchement à toute suggestion de transfert hors la RRS B. Leur principale préoccupation est qu'une telle mesure mènerait inéluctablement à la diminution du bassin géographique de l'Hôpital régional de Miramichi et abaisserait par conséquent le niveau de services à cet hôpital. Contrairement à l'idée que les gens de ces endroits, en tant que francophones, seraient peu susceptibles de recevoir des soins de santé de qualité d'un établissement relevant de la RRS B, ces gens font état de fierté et de satisfaction à l'égard des succès réalisés dans la prestation de tels services. Ils sont fermement de l'avis que l'intégration à la RRS A serait un retour en arrière quant aux résultats cliniques dans leurs collectivités.

Le comité juge important le fait que personne d'un territoire donné n'a demandé d'être intégré à l'autre RRS. Les intervenants et intervenantes, plutôt, expriment une loyauté indéfectible à leur région, en fonction non pas de la langue mais de leur arrimage géographique. Pour ces gens du Nouveau-Brunswick, brandir à répétition le spectre de leur intégration à une autre RRS provoque de l'incertitude et menace de diviser un ensemble démographique linguistiquement uni.

Il se dégage de la majeure partie des interventions la profonde conviction que la prestation de soins de santé de qualité devrait l'emporter sur la structure organisationnelle et que les soins de santé de qualité passent par la prestation de services bilingues à l'échelle locale plutôt que par une forme de dualité de leur organisation.

Les gens du Nouveau-Brunswick ne s'identifient pas à l'une ou l'autre des RRS. Ils sont pour le rapprochement des RRS et des soins de santé à l'échelle locale ainsi que des centres de soins spécialisés.

Nous pensons qu'il est temps d'adopter une vision globale du système de santé basée sur les valeurs préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa stratégie « Vers l'Unité Pour la Santé » qui sont la qualité des services, l'équité à l'accès aux services, la pertinence et l'efficacité de celles-ci

[Aurel Schofield, Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, mémoire.]

Le comité reconnaît aussi les avantages que présente le maintien de la délimitation actuelle pour ce qui est de dissiper les confusions, de faciliter les élections, de compiler au fil du temps les statistiques sur la santé de la population ainsi que de favoriser la stabilité de l'organisation des services de santé ainsi que la capacité à les gérer et à les améliorer.

2. Que soient respectés l'intégrité et le caractère essentiels des RRS en tant qu'entités régionales.

L'importance des droits linguistiques est bien connue et admise, explicitée dans des lois – dans certains cas, constitutionnalisées – et imbriquée dans l'exceptionnel tissu social du Nouveau-Brunswick. Les réformes de 2010 ont confirmé ce fait en apportant des éclaircissements quant à la langue de travail des RRS et en la consacrant. Le comité a pu constater l'engagement absolu des gens du Nouveau-Brunswick à l'égard de l'appartenance à leur communauté, qui prend sa source dans leur enracinement dans le milieu où ils vivent, travaillent et élèvent leurs familles et qui s'étend à un sens profond d'identité et de communion avec la province dans son ensemble. Les gens du Nouveau-Brunswick comprennent que les services de santé sont un facteur important dans la viabilité de leurs collectivités. Conscients que le bassin démographique et les ressources de la province sont limités, ils savent tout de même que proximité des services rime avec accessibilité.

La nette préférence est que les RRS soient carrément placées sous le signe de la régionalité de la prestation des soins de santé.

3. Que les centres médicaux et les communautés linguistiques de la région qu'ils servent demeurent sous l'égide de la RRS qui a compétence sur leur territoire.

Selon Égalité santé, il serait peut-être préférable de transférer de la RRS A à la RRS B le Centre communautaire Sainte-Anne, à Fredericton, le Centre Communautaire Samuel de Champlain, à Saint John, et le Conseil communautaire Beausoleil, à Miramichi. Cependant, les représentants de ces centres de santé estiment qu'il s'agirait d'un recul.

C'est dans cet esprit de coopération que nous travaillons avec la Régie de la santé Horizon depuis sa création afin d'améliorer les services de santé aux francophones de nos régions respectives. Qui plus est, la présence de francophones au conseil d'administration de la régie fait en sorte que les hauts dirigeants sont bien conscients des besoins et des responsabilités qu'ils ont envers les citoyens francophones. Cette présence au conseil d'administration et l'esprit d'équipe qui anime nos relations avec la régie nous a permis d'améliorer les services de santé offerts aux communautés francophones [...]. Les directeurs généraux des trois centres communautaires sont heureux de faire partie du comité de liaison de la Régie de la santé Horizon qui assure la mise en oeuvre du plan stratégique sur les langues officielles.

[Thierry Arseneau, directeur général du Centre communautaire Sainte-Anne, Fredericton, le 7 septembre 2011.]

L'accent devrait être mis sur la pleine intégration de centres comme Médisanté à la RRS de leur territoire, ce qui renforcerait les échanges ainsi que la participation des patients et administrations de ces établissements au coeur de la RRS qui leur fournit leurs services étendus. L'intégration favorise aussi une plus grande efficacité de l'acquisition des ressources et de l'affectation des effectifs dans de tels centres de santé communautaires.

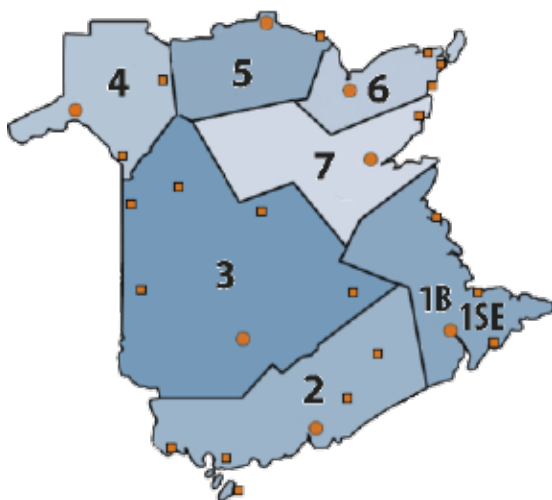
Il est considéré que les avantages évidents d'un découpage simple, par souci de clarté et d'efficacité organisationnelle, l'emportent de loin sur les bénéfices possibles d'un morcellement éparpillé ou « de gruyère » en application duquel des collectivités anglophones actuellement servies par la RRS A seraient intégrées à la RRS B et des collectivités francophones de la RRS B seraient intégrées à la RRS A.

Il faut tenir compte de l'affaiblissement des liens intrarégionaux qui en découlerait, mais aussi du fait que la population de plus en plus bilingue du Nouveau-Brunswick s'attend à ce que les deux RRS fournissent un service bilingue et ne désire pas être divisée en fonction de la démographie linguistique. De plus, chaque changement de délimitation isole des groupes, qui deviennent des minorités localisées. En fait, au Nouveau-Brunswick, notre population est dynamique, solidaire et mobile. Il vaut mieux renforcer la coopération entre les RRS plutôt que de redécouper sans cesse les territoires, dont les limites seront, par leur nature même, fatalement arbitraires à un certain degré.

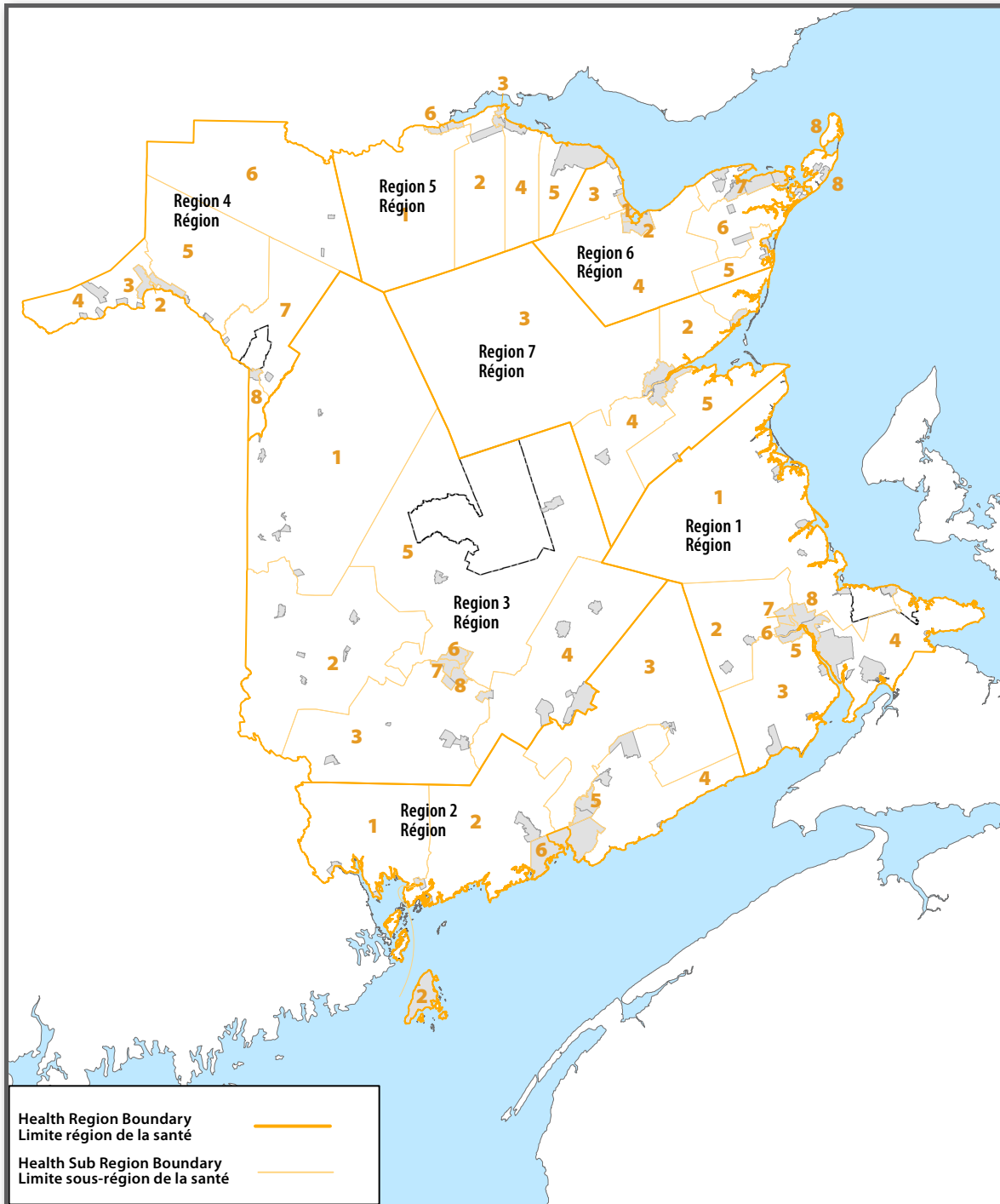
Partie II : Recommandations sur les sous-régions des RRS

4. Que chaque RRS se compose de 8 sous-régions créées par la division de chacun de ses 4 secteurs en 2 sous-régions.

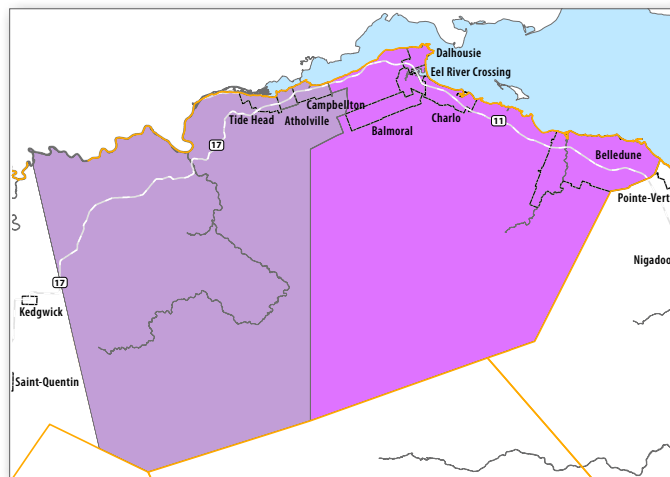
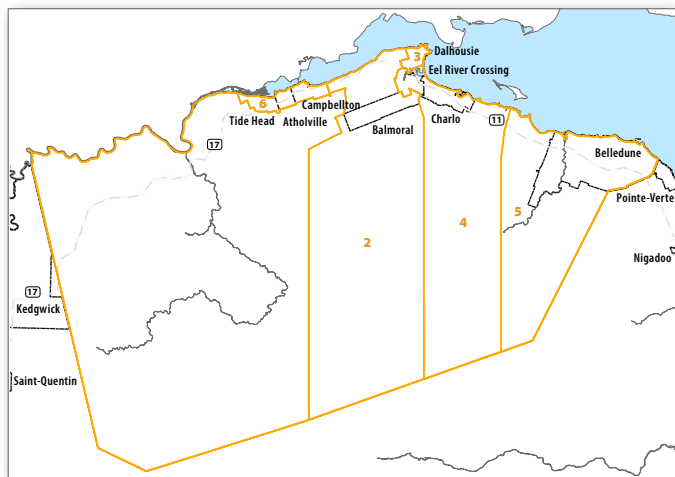
Avant les réformes de 2008, le système de soins de santé de la province était géré par 8 régions régionales de la santé :



Les membres des conseils des 8 régions étaient élus dans des sous-régions :



Le rétablissement des élections aux RRS fait que les gens du Nouveau-Brunswick, qui élisaient des membres à 8 conseils, en éliront maintenant à 2. Les circonscriptions des membres des conseils sont créées par la répartition des anciennes sous-régions d'avant 2008 en de nouvelles sous-régions plus vastes. Résultat : chaque sous-région est subdivisée en 2 sous-régions adjacentes comptant approximativement la même population.



Compte tenu de l'importance qu'accordent les gens du Nouveau-Brunswick à leur communauté, il va de soi de chercher un moyen de structurer le conseil de sorte que la représentation sous-régionale soit forte. Étant donné les prochaines élections qui s'annoncent pour mai 2012, le comité recommande une répartition égale de 2 membres du conseil par sous-région.

Il faut reconnaître que le redécoupage paritaire mène à des différences du rapport population-représentation. Le rétablissement des élections soustrait des responsabilités du ou de la ministre et les remet entre les mains du grand public. Les gens du Nouveau-Brunswick éliront de nouveau la majorité des membres des conseils. Pour que le tout soit couronné de succès, il faut que les collectivités s'arrangent pour que leurs représentants aux conseils soient actifs, bien informés et qualifiés en vue de l'exécution de leur mandat.

Les élections renforceront la représentation sous-régionale, mais même les régionalistes les plus endurcis comprennent la nécessité pour notre système de soins de santé d'être intégré et efficace, administré pour le bien des gens du Nouveau-Brunswick dans leur ensemble. Nous sommes convaincus que les gens du Nouveau-Brunswick useront de jugement afin d'élire des personnes dont l'intérêt pour le système de soins de santé va plus loin que les limites de leur sous-région.

Le ou la ministre s'efforcera de donner une tribune aux groupes minoritaires aux conseils et de voir à ce que ces derniers reflètent l'équilibre et la diversité de la province, même si c'est avec 7 membres nommés à chaque conseil au lieu des 17 de l'ancien système.

Il reviendra à la ministre de la Santé de choisir les sept membres non élus pour rétablir la représentativité régionale et la proportion hommes-femmes, jeunes-âgés et les communautés ethniques et autochtones.

[D' Hubert Dupuis, Égalité santé en français N.-B. inc., Moncton, le 26 août 2011.]

Je pense, s'agissant d'élire ou de nommer des représentants, qu'une attention spéciale devrait être portée à bien représenter aux conseils les régions rurales ainsi que les groupes linguistiques minoritaires. Si l'on veut que les deux réseaux, Horizon et Vitalité, offrent des services bilingues, il faut que des membres de l'autre communauté linguistique siègent aux conseils. [Traduction.]

[Georges R. Savoie, Miramichi, le 8 septembre 2011.]

Une carte indiquant les délimitations proposées des sous-régions constitue l'annexe C du présent rapport.

5. Le droit de voter et de se présenter aux élections, dans chaque sous-région, ne devrait être consenti qu'aux personnes dont la résidence principale se trouve dans cette sous-région.

Dans une minorité d'interventions, l'appui est accordé à donner le choix aux électeurs de voter selon la communauté organisée, en fonction de l'endroit où ils demeurent, ou de voter selon la communauté linguistique, en fonction de la langue officielle de leur choix. Dans les autres interventions, le paradoxe d'une telle proposition est signalé, d'abord et avant tout celui-ci : bien que chaque RRS ait sa propre langue de travail, les deux sont absolument engagées à fournir les services dans la langue officielle du choix des patients.

Le comité constate nettement qu'il faut en faire plus pour publiciser, auprès des gens du Nouveau-Brunswick, le caractère bilingue des soins de santé. Dans des interventions, des préoccupations sont soulevées quant à la possibilité que, par exemple, un anglophone de Bathurst soit incité ou même astreint à éviter l'hôpital de l'endroit et à se rendre à Miramichi et à un hôpital de la RRS B. En fait, c'est exactement pour éviter une telle situation que notre système de santé est bilingue.

il est important de se le rappeler : quiconque, quel que soit son lieu de résidence, peut recevoir des services de l'une ou l'autre RRS, et les RRS sont tenues de fournir les services dans la langue officielle du choix de la clientèle [Traduction.]

[Jennifer O'Donnell, présidente de l'Association des orthophonistes et des audiologistes du Nouveau-Brunswick, Bathurst, le 9 septembre 2011.]

une régie de la santé n'est pas un club privé. Tous les services au Nouveau-Brunswick sont là pour tous les gens du Nouveau-Brunswick. [Traduction.]

[Jean-Marie Nadeau, président de la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick, Campbellton, le 14 septembre 2011.]

L'objectif, c'est d'obtenir pour les patients le double avantage de soins de proximité et de soins spécialisés dans un système provincial efficient. Puisque la RRS de l'endroit est le premier fournisseur de soins, c'est dans sa région que le patient ou la patiente devrait voter.

Un trop grand accent sur les différences linguistiques entre les RRS fait perdre de vue le fait que notre système de soins de santé est bilingue et intégré et le fait que la province est une collectivité territoriale de plus en plus étroitement liée et bilingue. Compte tenu de toute la bonne volonté et de tous les progrès réalisés pour fournir les services dans la langue du choix

des patients, ce serait faire un pas en arrière que de suggérer que des électeurs et électrices se séparent de leurs voisins en raison de la différence de langue de travail interne des deux RRS. Peu importe leur fonctionnement interne, les RRS, à proprement parler, sont des fournisseurs de soins bilingues, et ces soins représentent ce qui compte pour l'électorat.

La promotion des minorités linguistiques à l'échelle régionale et un soutien suffisant à leur endroit sont privilégiés. Le désir de les voir non pas marginalisées mais intégrées à leur système de santé régional est au coeur de cet attachement. Tout nous indique que, si le vote interrégional était permis, la plupart des gens ne s'en prévaudraient pas. Certains le feraient, cependant, ce qui diviserait leur communauté minoritaire et limiterait son influence dans leur région.

Un système permettant le vote interrégional entraînerait aussi d'importants coûts supplémentaires dans les procédés d'élection et de dépouillement du scrutin et il compliquerait ces procédés. Il ouvrirait également la possibilité qu'une part de l'électorat – peut-être même prépondérante – réside à l'extérieur de la sous-région du membre du conseil, ce qui mettrait en jeu des questions relatives aux frais de déplacement, à la reddition de comptes et à la représentativité. Pour toutes les raisons invoquées, il est estimé que le meilleur moyen de favoriser un système de représentation viable est que les personnes qui exercent leur suffrage et celles qui font acte de candidature habitent le même territoire.

Le Nouveau-Brunswick est diversifié, et sa population pourrait être catégorisée et représentée d'innombrables façons, y compris en fonction de la langue, du sexe, de l'âge ou de la profession. Le choix du critère géographique résulte de considérations pratiques dans l'organisation des élections et la gestion des soins de santé et reflète l'intérêt de la population pour les services locaux.

Reconnaître que le découpage géographique des circonscriptions est, au bout du compte, plus pratique que les autres solutions n'équivaut pas à diminuer l'importance d'autres facteurs. Par exemple, le comité note que les nouveaux membres des conseils représenteront des secteurs si vastes qu'ils comprendront tant des collectivités rurales que des centres urbains. Cet état de fait ne représente pas une dévalorisation de l'identité comme telle de l'un ou l'autre des groupes ou une dépréciation de l'importance que les deux reçoivent les services. C'est plutôt le reflet la société néo-brunswickoise contemporaine. Nos grandes villes ne sont pas grandes au point d'être déconnectées du monde rural qui les entoure. Nos régions rurales ne sont pas isolées au point que les gens de ces régions n'ont pas de contacts réguliers avec les centres urbains, que ce soit pour le magasinage, le travail ou encore le maillage social. Le mode de vie au Nouveau-Brunswick devrait allier le meilleur des deux mondes en conjuguant les meilleures caractéristiques de l'un et de l'autre. Notre système de gouvernance devrait prendre en compte qu'opposer un groupe à un autre ne sert aucun d'eux.

Le comité apprécie la valeur de conseils de RRS faisant honneur à la diversité de notre province et du dynamisme que la représentation de multiples contextes socioculturels leur imprimera. Il recommande que le gouvernement encourage tous les gens du Nouveau-Brunswick à s'intéresser activement au processus électoral rétabli, à titre tant d'électeurs que de candidats. Tout devrait être mis en oeuvre pour encourager la vaste participation d'un éventail de gens du Nouveau-Brunswick pour ce qui est de la langue, du sexe et des intérêts, ainsi que des milieux socioéconomiques.

Bref, le comité ne recommande pas de permettre aux gens de voter dans la RRS autre que la leur. Nous estimons que l'intérêt potentiel d'offrir un tel choix s'estomperait devant la confusion, les coûts additionnels et l'abîme qui pourrait se creuser entre les électeurs et ceux et celles qui les représentent.

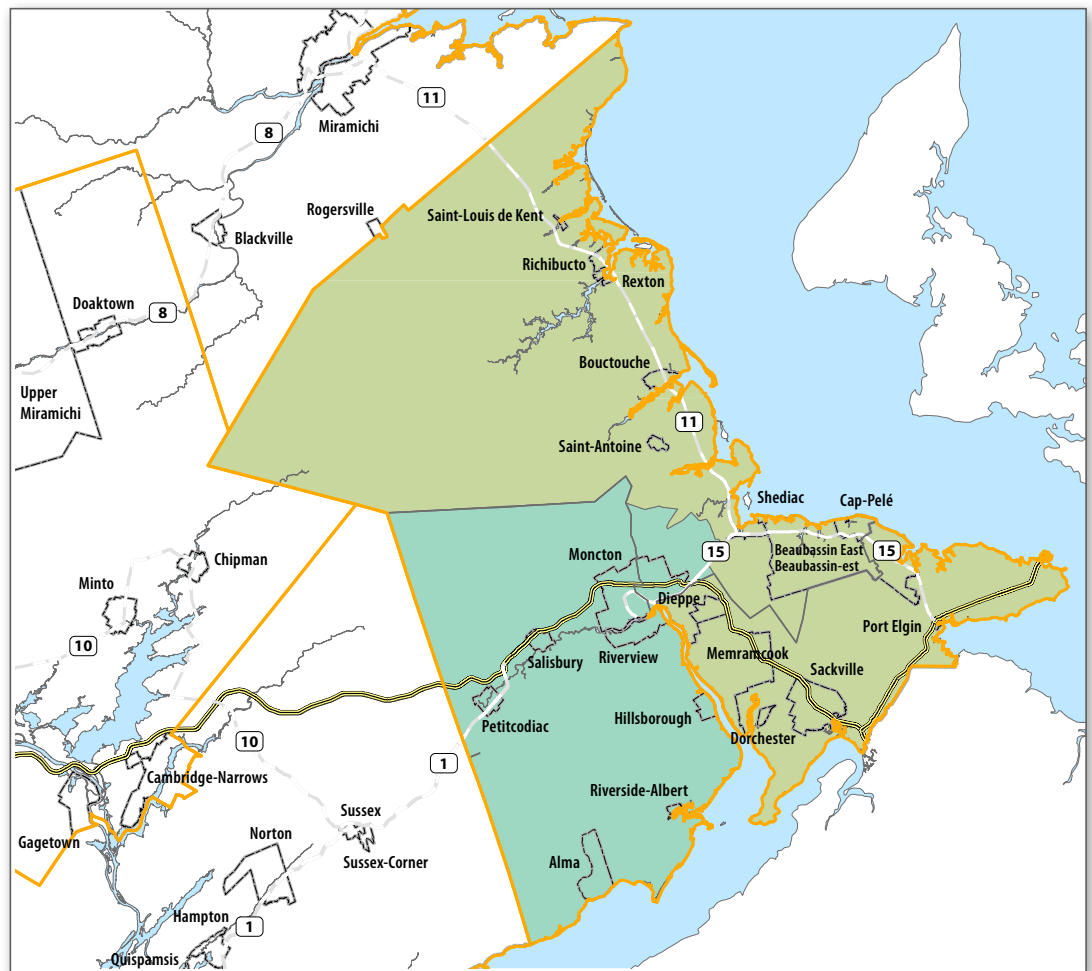
pour représenter les membres de leur communauté, ils [les membres des conseils] doivent être présents et disponibles dans cette communauté. Ainsi, du fait qu'ils habitent la sous-région, ils connaîtraient de près la façon dont les soins de santé sont gérés dans cette sous-région, les questions d'accès qui peuvent se présenter et les besoins précis de la communauté

[Pauline Watt, Association des diététistes du Nouveau-Brunswick, mémoire.]

6. Les personnes qui demeurent dans l'ancienne double Région 1 (Beauséjour et Sud-Est) devraient être habilitées à choisir la RRS pour laquelle elles exerceront leur suffrage.

Les chevauchements de compétences des RRS dans la sous-région 1 reflètent les configurations historique et actuelle des types de peuplement dans la région. Tout comme nous ne sommes pas d'avis qu'il serait utile d'essayer d'étendre la structure de chevauchements de la sous-région 1 à l'ensemble de la province, nous n'estimons pas qu'il serait souhaitable de tenter de séparer les diverses parties de la sous-région 1 dans l'intention douteuse de forcer celle-ci à se modeler sur la structure des autres sous-régions. Les deux RRS assurent le fonctionnement d'hôpitaux régionaux dans la sous-région 1, et, selon les indications, une coopération exemplaire est entretenue entre les deux. Les patients

sont dirigés comme il se doit vers des établissements gérés par l'une ou l'autre des régions, selon leurs besoins médicaux, et reçoivent les services dans la langue officielle de leur choix. Pour éviter le double vote, les gens de la sous-région 1 choisiraient leur bulletin de vote, comme avant les réformes de la santé de 2008.



Partie III : Recommandations sur les règles applicables aux élections et aux vacances de poste

7. a) Pour poser sa candidature à un conseil de RRS, il devrait être obligatoire d'occuper sa résidence principale et permanente dans la sous-région à représenter.
- b) Un membre de conseil qui cesse d'occuper sa résidence principale dans sa sous-région pour s'installer ailleurs à demeure ou qui ne peut ou ne veut plus exercer ses fonctions devrait être tenu de rendre son siège vacant.
- c) Une vacance devrait être pourvue sur la nomination, par le ou la ministre de la Santé, d'une personne dont la résidence principale se trouve dans la sous-région dont le siège est vacant.
- d) Les membres du personnel des RRS et de celui du ministère de la Santé, les membres du conseil et le personnel du Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé, les personnes qui détiennent des privilèges dans un hôpital au Nouveau-Brunswick ainsi que les membres du Sénat, du Parlement ou de l'Assemblée législative devraient être inéligibles aux conseils des RRS.

En général, le troisième volet du mandat est celui qui suscite le moins d'observations de la part des intervenants et intervenantes.

Un ensemble commun de règles pour des élections tenues simultanément présente un avantage évident. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de se sentir obligés d'adopter les mêmes règles dans les cas où une différence serait à l'avantage des RRS. Le bon sens devrait primer.

Le comité a entendu à maintes reprises des observations sur l'important rôle des membres des conseils à titre d'agents de liaison pour le grand public, de porteurs des préoccupations et des intérêts de l'électorat au centre de la prise des décisions. Bien que tout le monde comprenne que les sous-régions des RRS seront nécessairement vastes et diversifiées, la population apprécie encore grandement d'être représentée à son conseil par une personne désignée à cette fin et s'en trouve rassurée.

Tout compte fait, la séparation physique d'un membre de conseil de sa sous-région susciterait immédiatement des préoccupations quant à sa disponibilité et à son interaction avec les gens qu'il est chargé de représenter. Il est recommandé que cet aspect des exigences soit souligné explicitement, de manière à ce que ceux et celles qui songeraient à poser leur candidature en soient bien avertis.

Naturellement, en cas de vacance de siège d'un membre élu, l'élection partielle est proposée, ici et là, pour combler cette vacance. Contrairement à la situation des municipalités, cependant, le vaste territoire de la sous-région de la RRS aurait pour effet d'entraîner des frais et des efforts bien plus substantiels, au point de rendre irréalizable la tenue d'une élection partielle. Le comité recommande qu'une vacance soit pourvue par nomination d'une personne dont la résidence principale se trouve dans la sous-région où il faut suppléer à cette vacance. Le comité signale que, si l'occasion se présente de pourvoir à la vacance en tenant une élection

partielle du fait d'une autre consultation électorale ou populaire coïncidente (un référendum, par exemple), sans coûts additionnels substantiels, il s'attendrait à ce que le gouvernement ouvre cette possibilité à l'électorat.

Enfin, un appui majoritaire est accordé à la limitation de l'éligibilité aux conseils des RRS pour empêcher les conflits d'intérêts et minimiser la partialité dans le processus des élections aux conseils.

Annexe A : Motion 93

attendu que le gouvernement actuel a énoncé dans sa plateforme électorale l'engagement portant qu'il « rétablira l'élection des membres aux régies régionales de la santé à temps pour les élections de 2012 et créera des options pour que les communautés locales aient une voix réelle dans la gestion des soins de santé » ;

attendu que l'Assemblée étudie à l'heure actuelle des modifications de la *Loi sur les régies régionales de la santé* qui changeraient la composition des conseils des régies régionales de la santé de sorte qu'ils comptent huit membres élus et sept membres nommés par la ministre de la Santé, compte tenu des intérêts de notre population ;

attendu que le gouvernement du Nouveau-Brunswick est tenu de mener des consultations au sujet des questions de la délimitation des secteurs électoraux des régies régionales de la santé, du processus électoral et d'un examen des secteurs géographiques et qu'il veut assurer des possibilités de participation à cet égard pour que les opinions des gens du Nouveau-Brunswick soient prises en compte ;

qu'il soit à ces causes résolu que, conformément à l'alinéa 89*d*) du Règlement, la Chambre constitue le Comité permanent des soins de santé et que la question de la délimitation des secteurs électoraux des régies régionales de la santé et du processus électoral de celles-ci ainsi que de l'examen des secteurs géographiques actuellement attribués à chaque régie de la santé soit renvoyée au comité, chargé de faire rapport à l'Assemblée et de lui présenter ses recommandations d'ici au 30 septembre 2011 ;

que, investi des pouvoirs traditionnellement conférés en vertu du Règlement, le comité soit aussi habilité :

- à se réunir pendant les séances de la Chambre et après la prorogation, jusqu'à la session suivante ;
- à tenir séance à divers endroits, au besoin ;
- à s'adjoindre le personnel qu'il requiert ;

que le comité, si l'Assemblée législative est ajournée ou prorogée, soit habilité à rendre public un rapport par le dépôt d'un exemplaire au bureau du greffier de l'Assemblée législative, lequel rapport, après la rentrée parlementaire, sera présenté à l'Assemblée législative par la présidence du comité

et que le comité soit composé de l'hon. M^{me} Dubé, de M^{me} Shephard, de M. Riordon, de M^{me} Wilson, de M. S. Robichaud, de M. Lifford, de M. Fraser et de M. Arseneault.

Annexe B : Témoignages et mémoires

Association Acadienne et Francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick inc.,
Jean-Luc Bélanger

Association des chiropraticiens du Nouveau-Brunswick, D^r Norm Skjonsberg

Association des diététistes du Nouveau-Brunswick, Pauline Watt

Association des orthophonistes et des audiologistes du Nouveau-Brunswick, Jennifer
O'Donnell et Annie Giasson

Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick, Miguel LeBlanc

Blanchard, Louise

Bourque, Claude

Bowes, Elizabeth

Centre communautaire Sainte-Anne de Fredericton, Thierry Arseneau

Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, Aurel Schofield

Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick, Éric Grandmaison

Conseil communautaire Beausoleil Inc., Sylvain Melançon

Diotte, Pauline

Égalité santé en français N.-B. inc., D^r Hubert Dupuis, Jacques Verge et William Laplante

Foran, John

Jackson, Mitch

Jules, Widler

Losier, D^r Gérard

Manuel, Mirielle

McKay, John

Michaud, Nelson

Miramichi Chamber of Commerce, Mike Hill

Robinson, Norma

Savoie, Georges R.

Shannon, Paul

Siddhartha, D^r Sanjay

Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick, Jean-Marie Nadeau, Patrick Clarke et Bruno
Godin

Sokolowski, Wlodzimierz

Syndicat canadien de la fonction publique, section locale 865, Claudette Cavanagh

Thibault, Louise

Village de Neguac, le maire Roger Ward, Jr.

Village de Rogersville, la mairesse Pierrette Robichaud

Ville de Miramichi, le maire Gerry Cormier

Annexe C : Carte recommandée des sous-régions des RRS

