



Rapport destiné à la population néo-brunswickoise



*Fiche de rendement
du système de santé du
Nouveau-Brunswick 2005*



Table des matières

Message du premier ministre.....	1
Message du ministre.....	1
Au sujet de ce rapport.....	3
I. Rapport sur le renouvellement des soins de santé.....	4
Le Plan provincial de la santé.....	4
Nouveaux investissements.....	11
II. Rapport relatif à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé.....	13
III. Rapport sur l'état de la santé et le rendement du système de soins de santé.....	14
État de santé de la population.....	14
Accès aux soins de santé.....	18
Satisfaction des patients.....	20
Efficacité.....	20
IV. Avenir de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick.....	22

Liste des graphiques

Graphique 1 - Nombre de professionnels de la santé complémentaires et parallèles employés au Nouveau-Brunswick selon l'association, de 1999 à 2005.....	8
Graphique 2 - Nombre d'infirmières et d'infirmiers travaillant à temps plein au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005).....	8
Graphique 3 - Nombre cumulatif de nouveaux médecins de plus au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005).....	9
Graphique 4 - Pourcentage de la population ayant un médecin de famille, Canada et provinces (2005).....	10
Graphique 5 - Nombre de nouveaux médecins de plus par année au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005).....	10
Graphique 6 - Investissements en soins de santé et en soins offerts aux aînés 1998-1999 à 2005-2006.....	11
Graphique 7 - Dépenses budgétaires 2005-2006.....	11
Graphique 8 - Modes de vie sains selon le mode de vie chez les hommes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005).....	17
Graphique 9 - Modes de vie sains selon le mode de vie chez les femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005).....	17
Graphique 10 - Degré de satisfaction des patients par rapport aux soins reçus dans les 12 derniers mois, hommes et femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (2005).....	20
Graphique 11 - Taux de survie relatif de 5 ans à certains cancers, chez les femmes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (de 1995 à 1997).....	20
Graphique 12 - Taux de survie relatif de 5 ans à certains cancers chez les hommes, au Canada et au Nouveau-Brunswick (de 1995 à 1997).....	21

Liste des tableaux

Tableau 1 - Mesures par secteur prioritaire.....	4
Tableau 2 - État de santé.....	15
Tableau 3 - Déterminants clés de la santé.....	16
Tableau 4 - Rendement du système de santé.....	19



Message du premier ministre

Je suis très heureux de présenter cette fiche annuelle de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick, la troisième en autant d'années. La santé trône au sommet des priorités de mon gouvernement depuis 1999, et nos investissements en ce sens n'ont cessé de croître depuis notre entrée en fonction. De tels investissements portent leurs fruits, comme en font foi les renseignements contenus dans le présent rapport. Notre priorité renouvelée alors que nous travaillons à faire du Nouveau-Brunswick une province du mieux-être entraînera sûrement d'autres résultats positifs.

Tel que l'indique le présent rapport que ce soit relativement au rendement du système de santé ou à l'état de santé de la population, nous constatons un mouvement dans la bonne direction. L'accès aux services de soins de santé s'est accru grâce aux investissements dans les ressources humaines en santé et dans des technologies médicales plus nombreuses. Les gens du Nouveau-Brunswick fument moins et sont plus actifs. Des

changements définitifs par rapport à de telles habitudes de vie bénéficieront grandement à la population du Nouveau-Brunswick dans les années à venir.

Et mon gouvernement progresse face aux engagements énoncés dans le Plan provincial de la santé *Un avenir en santé*. La *Loi sur les endroits sans fumée* est désormais en vigueur et procure des milieux plus sains à tous les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises. Le gouvernement a dévoilé le plan d'action de sa Stratégie du mieux-être, tôt en 2006, un autre tremplin pour améliorer l'état de santé.

Nous assisterons au renforcement et à la consolidation de ces gains, grâce aux efforts que nous déployons pour faire du Nouveau-Brunswick la « province du mieux-être » un des l'objectifs que j'ai annoncé dans mon discours sur l'état de la province de 2006 – et nous prévoyons d'autre des changements positifs à nos indicateurs de l'état de santé de la population à mesure que nous progressons dans cette visée. Une révision des déterminants clés de la santé indique que les quatre derniers objectifs de nos cinq objectifs pour les cinq prochaines années qui portent sur l'éducation, la croissance économique, la protection de l'environnement et la pauvreté auront aussi d'importantes répercussions sur la santé de la population.

Il y a place à l'amélioration et nous prenons les mesures qu'il faut pour y arriver. Comme l'illustre cette fiche de rendement 2005, nous sommes sur la bonne voie. Lisez ce qui suit et faites-en le constat.



Message du ministre

J'ai le grand plaisir de dévoiler cette troisième Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick, 2005.

Dans notre Plan provincial de la santé, le gouvernement s'est engagé à rendre compte régulièrement et sur une base continue des progrès accomplis face aux priorités énoncées dans le plan, au rendement de notre système de santé, et à l'état de santé globale de la population néo-brunswickoise. Pour rendre compte de l'état de santé de notre population et du rendement de notre système de santé, nous faisons appel à un large éventail d'indicateurs qui aident à suivre nos progrès, lesquels comprennent notamment les mesures dont il est question dans le présent rapport. Pour cette fiche de rendement, nous avons ajouté des mesures et en avons rajusté d'autres, et nous continuerons à raffiner celles utilisées pour renseigner les gens du Nouveau-Brunswick de leur état de santé et du rendement de notre système de soins de santé.

Durant l'exercice 2005-2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'est engagé à verser 2,296 milliards de dollars pour financer le système de soins de santé provincial, soit 893 millions \$ de plus que les sommes dépensées en 1999. Ce montant de financement traduit notre engagement à améliorer les soins de santé pour tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. Conformément à cet engagement continu, le gouvernement a maintenu l'accent sur la mise en œuvre des stratégies énoncées dans le Plan provincial de la santé pour satisfaire les besoins des gens du Nouveau-Brunswick. Chacune de ces stratégies découle de priorités stratégiques définissant les initiatives qu'a lancées le gouvernement et que nous lancerons encore pour arriver à réaliser sa vision d'un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise.

Cette fiche de rendement constitue la base à partir de laquelle on peut mesurer les progrès accomplis. D'autres analyses au fil du temps permettront de brosser un tableau encore plus complet de nos principaux objectifs stratégiques réalisés. Plus important encore, cette fiche de rendement illustre sans équivoque la réalisation de progrès considérables en matière d'accès aux soins, d'aplanissement des disparités en santé et de consolidation du système de soins de santé. Le gouvernement actuel demeure déterminé à trouver dans les prochaines années des façons de maintenir ces nouveaux acquis et de miser à les augmenter.

Au sujet de ce rapport

Comme ce fut le cas au cours des années précédentes, les renseignements de 2005 sur l'état de santé et le rendement du système publiés dans la présente Fiche de rendement du système de santé émanent principalement de données de Statistique Canada, de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Plusieurs de ces ensembles de données ont fait l'objet de mises à jour, mais un certain nombre proviennent de sources nationales qui sont seulement renouvelées aux deux ou trois ans. Pour assurer plus de transparence, ce document présente désormais la date la plus récente de l'information disponible et publiée.

Bien que nous ayons conservé un format quasi identique à celui des fiches de rendement antérieures, ce document contient plusieurs modifications. Des indicateurs présentent maintenant l'information selon le sexe. Comme la fiche de rendement de 2004 contenait un ensemble de données « étalons », le compte rendu 2005 fait largement état des progrès réalisés par la mise en œuvre du Plan provincial de la santé, par rapport à l'année repère. De plus, la fiche de rendement rend compte des progrès dans les secteurs suivants :

- Renouvellement des soins de santé
- Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé
- État de santé de la population
- Rendement du système de santé

Contexte

Même si la démographie et plusieurs caractéristiques de l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick n'ont pas changé de façon appréciable depuis la publication de la dernière fiche de rendement, on note des progrès considérables dans la mise en œuvre d'initiatives stratégiques découlant du Plan provincial de la santé. On s'attend à ce que ces initiatives aient des incidences positives sur la santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et sur le fonctionnement du système de santé.

Le plan de santé commandait aussi la création de nouveaux comités d'intervenants pour passer en revue divers aspects du système de santé et formuler des recommandations (Comité sur les services de soutien non cliniques, Comité directeur des programmes provinciaux, Comité de collaboration sur les soins primaires, et Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques). Ces comités sont en fonction et en pleine phase d'exécution de leur mandat, et les membres dont ils sont constitués proviennent d'importants regroupements d'intervenants, des régies régionales de la santé et du ministère de la Santé.

Les régies régionales de la santé ont chacune présenté leur premier Plan régional de santé et d'affaires au ministre pour étude, conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le plan décrit les moyens qu'envisage chaque régie pour réaliser les priorités régionales du plan de santé ainsi que celles spécifiques à chaque région en se fondant sur les besoins en santé de la population locale.

On note aussi des percées significatives au plan fédéral-provincial-territorial (FPT), notamment des accords relatifs aux points repères pour des délais d'attente jugés acceptables au plan médical, pour diverses chirurgies, et des plans d'action sur les ressources humaines en santé. Le Nouveau-Brunswick a assuré la coprésidence provinciale du groupe FPT sur les enjeux liés à la santé pour l'année 2005-2006.

I. Rapport sur le renouvellement des services de santé

Le Plan provincial de la santé

Les mesures adoptées par le Nouveau-Brunswick depuis la dernière Fiche de rendement sur le système de santé s'inscrivent dans la vision de renouvellement des soins que poursuit l'actuel gouvernement depuis son entrée en fonction en 1999.

En juin 2004, le gouvernement a adopté son programme *Un avenir en santé*, une stratégie échelonnée sur quatre ans qui assurera la stabilité et la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick pour l'avenir.

Vision d'un système de soins de santé du Nouveau-Brunswick

Un système provincial unique et intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient, offrant des services de santé dans la langue officielle choisie, à un coût abordable pour la population néo-brunswickoise.

Priorités du Plan provincial de la santé

- 1. Amélioration de la santé de la population** – améliorer l'état de santé de la population néo-brunswickoise.
- 2. Meilleur accès aux soins et services** – Assurer des services sûrs et une utilisation efficace des fournisseurs de services de santé.
- 3. Renforcement des ressources humaines en santé** – Disposer de suffisamment de professionnels de la santé formés dans les disciplines requises.
- 4. Responsabilité et prise de décision en fonction des résultats** – favoriser l'amélioration continue de la qualité et assurer la viabilité financière.

Tableau 1	
Mesures par secteur prioritaire	
<p>N° 1 Santé de la population</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie de mieux-être 2. Stratégies de gestion des maladies chroniques 3. Stratégie de contrôle du cancer 4. Immunisation 5. Intervention d'urgence 	<p>N° 2 Accès et prestation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réseau des CSC 2. Cliniques d'exercice de la profession en collaboration 3. Autres options de soins de santé primaires 4. Programmes cliniques en milieu hospitalier 5. Programmes provinciaux 6. Programme de soins cardiaques 7. Lits d'hôpitaux 8. Services ambulanciers-améliorations 9. Programme d'assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques 10. Méthadone 11. Dialyse 12. Mesures de cybersanté 13. Réseau de soins chirurgicaux 14. Amélioration des soins à domicile
<p>N° 3 Ressources humaines du secteur de la santé</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie de ressources humaines du secteur de la santé 	<p>N° 4 Obligation de rendre des comptes et faits</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise de décision en fonction des faits 2. Cadre de responsabilisation 3. Instaurer le PPS avec les intervenants 4. Recherche en santé 5. Investissements et économies

Le gouvernement a enclenché plusieurs initiatives clés découlant de chacun des quatre secteurs prioritaires, qui assureront la stabilité et la viabilité du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick dans l'avenir. Celles qui suivent sont les initiatives clés du PPS amorcées durant l'exercice 2005-2006.

N° 1 – Améliorer la santé de la population

- **Stratégie du mieux-être.** Investissement de 2,25 millions \$ dans des initiatives sur le mieux-être faisant partie de la Stratégie pluriannuelle du mieux-être. La Stratégie du mieux-être prévoit des initiatives visant à accroître l'activité physique, promouvoir la bonne alimentation et les bonnes habitudes alimentaires, prévenir et réduire le tabagisme, et favoriser la santé mentale et le ressort psychologique chez les enfants et les jeunes, tout en encourageant le mieux-être physique et émotionnel de tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises.
- **Immunisation.** Investissements 3,864 millions \$ dans des vaccins subventionnés par l'État à l'intention des enfants et des adolescents, dont un nouveau pour prévenir chez les enfants sept variétés de bactéries pneumococciques pouvant causer la méningite, la pneumonie, de graves infections de la circulation sanguine et des otites de l'oreille moyenne.
- **Intervention en matière d'urgence sanitaire.** Investissement de 210 000 \$ envers des mesures d'intervention en matière d'urgence sanitaire, notamment :
 - ▶ appuyer la mise en œuvre de plans d'intervention d'urgence des régies régionales de la santé dans toutes les régions;
 - ▶ dresser l'inventaire des fournitures de la Réserve nationale de secours (RNS) se trouvant dans divers entrepôts situés partout dans la province;
 - ▶ préparer une séance de formation (hôpital d'urgence) à l'intention des bénévoles;
 - ▶ participer à un certain nombre d'exercices d'urgence nationaux;
 - ▶ élaborer l'ébauche finale du plan d'établissement d'un centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé;
 - ▶ superviser l'élaboration continue du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la pandémie d'influenza;
 - ▶ participer à une séance de planification d'un forum concernant la pandémie d'influenza.
- **Stratégies de gestion des maladies chroniques.** Continuer l'élaboration de stratégies pour améliorer les soins du diabète et des accidents vasculaires cérébraux et l'accès à ces soins.
- **Stratégie de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.** Investissement de 2,5 millions \$ envers le Réseau de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Embauche de codirecteurs pour diriger le Réseau dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.

N° 2 – Assurer un meilleur accès aux soins et aux services

- **Services ambulanciers.**

- ▶ investissement de 1,2 million \$ envers la formation du personnel ambulancier afin d'améliorer les niveaux de compétence;
- ▶ abolition des frais d'ambulance en cas d'urgence en vigueur depuis le 1^{er} avril 2005, ce qui représente un investissement de 2,3 millions \$;
- ▶ investissement de 1,9 million \$ pour prolonger les heures d'ouverture des services ambulanciers dans les régions de la province qui en ont le plus besoin.



- **Soins à domicile.** Investissement de 4,8 millions \$ pour améliorer les soins à domicile, notamment :
 - ▶ 22 nouveaux postes à temps plein de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'inhalothérapeutes et d'infirmières pour des services de réadaptation à domicile offerts aux patients des soins actifs et des soins palliatifs. Ceci s'ajoute aux 32 postes à temps plein pour les infirmières, les travailleurs sociaux et les inhalothérapeutes annoncés en 2004-2005.
 - ▶ 700 000 \$ pour élargir l'effectif de personnel chargé des services de soutien à domicile à court terme aux patients des soins actifs et palliatifs.
- **Autres options de prestation de soins de santé primaires.** Montant de 700 000 \$ pour répondre aux besoins en matière de service à domicile des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises ayant des problèmes de santé mentale, notamment :
 - ▶ augmentation de la capacité du système d'intervention en cas de crise en santé mentale, grâce à l'ajout de 13 nouveaux postes à temps plein;
 - ▶ meilleur accès aux services psychiatriques dans les régions rurales grâce à la mise en œuvre d'un programme de télésanté mentale, afin d'offrir l'évaluation psychiatrique aux patients dans leur collectivité.
- **Dialyse.** Investissement de 3 millions \$ envers l'ouverture d'unités satellites de traitement de dialyse au centre de santé de Sussex, au centre de santé communautaire Saint-Joseph de Dalhousie, à l'hôpital Northern-Carleton de Bath (jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital à Waterville), et à l'hôpital de Tracadie-Sheila.
- **Programme de traitement d'entretien à la méthadone.** Investissement de 1,2 million \$ pour l'exécution de programmes de traitement d'entretien à la méthadone à Saint John, à Moncton, à Fredericton et à Miramichi.
- **Centres de santé communautaires (CSC).** Investissements de 8 millions \$ pour l'exploitation de nouveaux CSC à Dalhousie et à Caraquet.
- **Cliniques d'exercice de la profession en collaboration (CEPC).** Investissement de 1,468 million \$ envers l'exploitation de la première CEPC à ouvrir ses portes à Fredericton.

- **Gestion de l'accès aux soins chirurgicaux et Services cliniques en milieu hospitalier.**

Investissement de 7,805 millions \$ pour améliorer la gestion de l'accès aux soins chirurgicaux, notamment :

- ▶ 500 000 \$ dans la création du réseau d'accès aux soins chirurgicaux pour assurer aux gens du Nouveau-Brunswick l'accès aux services de chirurgie en temps utile;
 - ▶ 3,855 millions \$ dans un troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque et dans les autres régions régionales de la santé ailleurs dans la province (en plus des 2,45 millions \$ de financement dans les immobilisations);
 - ▶ investissement de 1 million \$ pour les rénovations nécessaires à l'ajout d'un troisième laboratoire de cathétérisme au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, à Saint John. On prévoit que ce troisième laboratoire ouvrira en avril 2006. Investissement additionnel de 2,45 millions \$ pour équiper le nouveau laboratoire;
 - ▶ début de la planification en vue du déploiement des services d'électrophysiologie cardiaque et du perfectionnement des services de réadaptation cardiaque.
- **Programme d'assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques.** Participation aux discussions des ministres de la Santé fédéral-provinciaux-territoriaux relatives à une démarche visant à élaborer, évaluer et établir des options de coûts d'une assurance-médicaments pour les coûts catastrophiques découlant de la Stratégie nationale pour les produits pharmaceutiques.
 - **Cybersanté.** Investissement de 6 millions \$ dans l'élaboration et la mise au point des initiatives de cybersanté, dont la gestion de l'accès aux soins chirurgicaux, le système de renseignements sur les médicaments, les réclamations de l'Assurance-maladie, le registre de la clientèle, les Services de traitement des dépendances, les services de soins de santé à domicile, l'imagerie diagnostique, le registre des fournisseurs et la surveillance des maladies transmissibles.



N° 3 – Augmentation des ressources humaines en santé

Stratégies de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé complémentaires et parallèles

En mars 2005, le ministre de la Santé a annoncé 500 000 \$ de nouveaux fonds pour mettre en œuvre une nouvelle stratégie de recrutement de professionnels de la santé complémentaires et parallèles qui s'adresse principalement, mais non exclusivement, aux professions de la santé pour lesquelles on annonce des pénuries supérieures à dix pour cent.

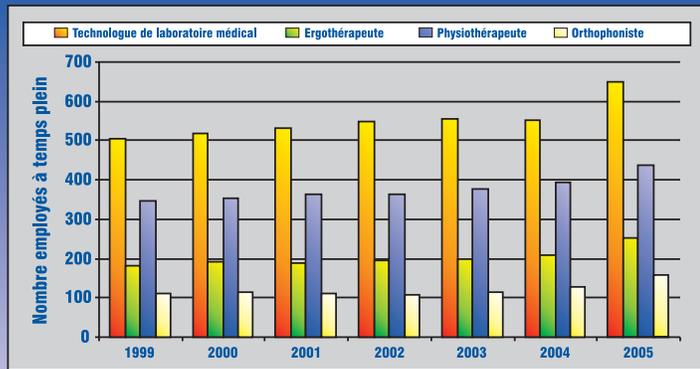


La stratégie prévoit, pour le recrutement et le maintien en poste, les mesures incitatives suivantes :

- **Programme provincial de bourses pour la santé.** Trente-trois bourses totalisant 172 500 \$ ont été offertes dans les professions de la santé pour lesquelles le nombre de postes vacants est réputé élevé ou pour lesquelles on prévoit une forte pénurie, selon le modèle prévisionnel Fujitsu.

- **Programmes de stage et de résidence.** Établissement de nouveaux programmes de résidence en pharmacie et en psychologie fondés sur les possibilités et besoins recensés.
- **Programme de formation clinique du Nouveau-Brunswick.** Parrainage de plus de 200 étudiants inscrits dans les programmes d'audiologie, de pharmacie, de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie offerts à l'extérieur de la province, qui reviennent au Nouveau-Brunswick pour terminer leur placement clinique.
- **Réseau des chefs de file des services cliniques.** Début de l'élaboration d'un nouveau réseau des chefs de file des services cliniques, en collaboration avec les employeurs et les groupes de travailleurs pour offrir des occasions de formation continue et d'avancement de carrière aux cliniciens de première ligne qui sont reconnus pour adopter très tôt les meilleures pratiques et pour faire preuve d'innovation dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients.
- **Formation et perfectionnement.** Création de 15 places dans un nouveau programme de formation conjoint de langue française en technologie appliquée à la cardiologie et à l'électroneurophysiologie au CCNB, campus de Campbellton.

Nombre de professionnels de la santé complémentaires et parallèles employés au Nouveau-Brunswick selon l'association, de 1999 à 2005

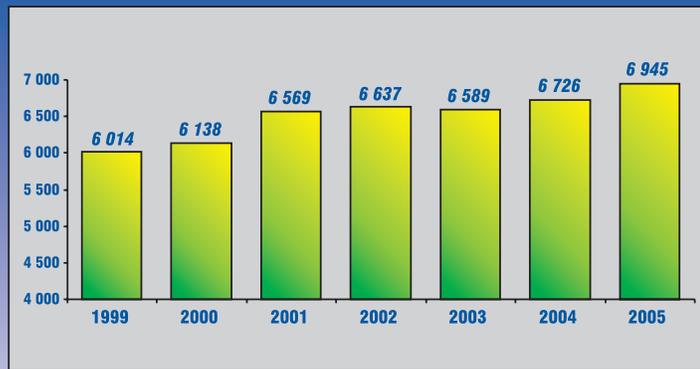


Stratégie en matière de ressources infirmières

Pour s'assurer qu'à l'avenir les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises aient accès à des ressources infirmières suffisantes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a poursuivi en 2005 les initiatives suivantes :

- **Programme d'emplois d'été pour les étudiants et étudiantes infirmières.** Programme instauré en 2001-2002, grâce auquel 150 étudiantes infirmières, soit 120 dans les hôpitaux et 30 dans les foyers de soins, ont obtenu des emplois d'été. Une somme de 270 000 \$ est mise de côté chaque année pour cette initiative.
- **Remboursement des frais de scolarité des programmes de recyclage.** Sept infirmières immatriculées et infirmières auxiliaires autorisées qui ont réintégré la profession ont obtenu le remboursement de leurs frais de scolarité.
- **Mentorat en soins infirmiers.** En 2005, le Nouveau-Brunswick a pu conserver 86 p. 100 de ses infirmières et infirmiers diplômés de 2004, comparativement à 74 p. 100 en 1999, en partie grâce au programme de mentorat en soins infirmiers. En place dans les huit régions régionales de la santé, ce programme vise à intégrer avec succès des infirmières nouvellement embauchées dans le milieu de travail.
- **Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick.** Ce programme est offert dans les deux langues officielles à 52 infirmières et infirmiers tous les ans. Un investissement

Nombre d'infirmières et d'infirmiers travaillant à temps plein au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005)



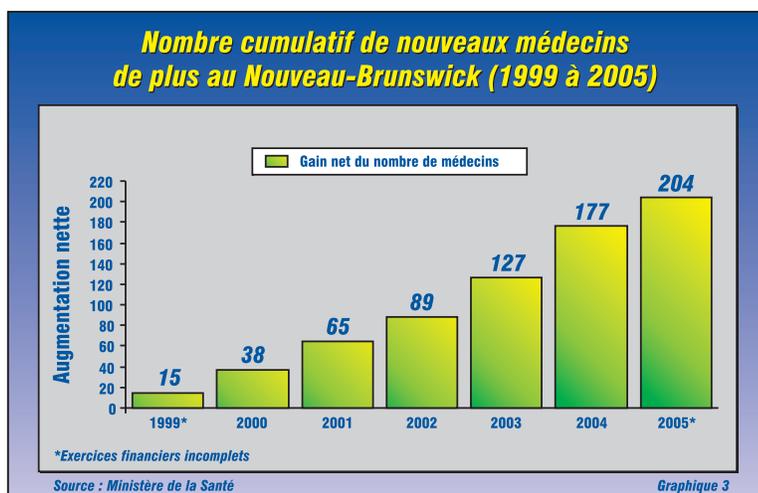
de 1 million \$ par an permet de satisfaire aux difficiles exigences de recruter du personnel dans les unités de soins intensifs.

- **Comité consultatif sur les ressources en main-d'œuvre infirmière.** Pour donner suite à la mise à jour du Plan de gestion des ressources et des services infirmiers (2005-2010) destinée à aider à orienter le développement et la gestion des ressources infirmières et à faciliter la prestation de services infirmiers de qualité, le Comité consultatif sur les ressources en main-d'œuvre infirmière a continué à coordonner la mise en œuvre de ce plan.
- **Nouvelles places en sciences infirmières.** Approbation de 95 nouvelles places en sciences infirmières dans les universités du Nouveau-Brunswick dont 42 ont été ajoutées en 2005. De celles-ci, 85 sont des places au niveau du baccalauréat, et dix au niveau de la maîtrise pour devenir infirmier ou infirmière praticien. L'ajout de 95 nouvelles places représente un investissement de 1,4 million \$ annuellement.
- **Programme de subventions pour les infirmiers et infirmières praticiennes.** En tout, 43 infirmiers et infirmières inscrits ou cours de formation des infirmières et infirmiers praticiens ont reçu une subvention de formation. Ce programme offre le remboursement des droits de scolarité et des livres aux membres de la profession infirmière exerçant au Nouveau-Brunswick qui poursuivent des études pour devenir infirmier ou infirmière praticien. Ceci représente un investissement de plus de 128 000 \$.
- **Infirmiers et infirmières praticiennes.** Ajout de dix nouveaux postes d'infirmier ou infirmière praticien pour un total de 27 actuellement en fonction et prodiguant des soins à la population du Nouveau-Brunswick.

Recrutement et maintien en poste de médecins

Au 31 mars 2005, le Nouveau-Brunswick avait enregistré un gain net de 177 médecins, et au 30 novembre 2005, ce chiffre augmentait à 204. Cette réussite est due en bonne partie aux mesures suivantes :

- **Numéros de facturation.** En tout, 20 numéros de facturation ont été attribués à des médecins, ce qui porte le total à 45 depuis la présentation du Plan provincial de la santé. Cette mesure a représenté un investissement de 15,09 millions \$ pour le financement de ces nouveaux médecins.
- **Stratégies de recrutement.** En juillet 2005, le gouvernement provincial a créé un nouveau partenariat avec l'Université de Sherbrooke. L'Université de Sherbrooke offrira maintenant au Nouveau-Brunswick son programme de formation médicale à l'extérieur des centres universitaires traditionnels. Cela signifie que 24 étudiants francophones en médecine du Nouveau-Brunswick pourront commencer et terminer leur programme de formation médicale de quatre ans à Moncton. Des plans pour une approche similaire, avec un programme de langue anglaise de formation à l'extérieur des centres universitaires traditionnels, ont été aussi dévoilés pour Saint John, d'ici à l'année 2007.
- **Programme de subvention d'emplacement.** Au 30 novembre 2005, en tout 295 subventions avaient été attribuées, depuis la création du programme en 2004. Dorénavant, la subvention sera aussi offerte aux médecins résidents qui en sont à leurs deux dernières années de résidence. La mesure propose une subvention aux médecins et aux spécialistes nouvellement arrivés qui acceptent de pratiquer dans des régions où il est difficile d'attirer des recrues, ou dans des régions où il y a pénurie de services.



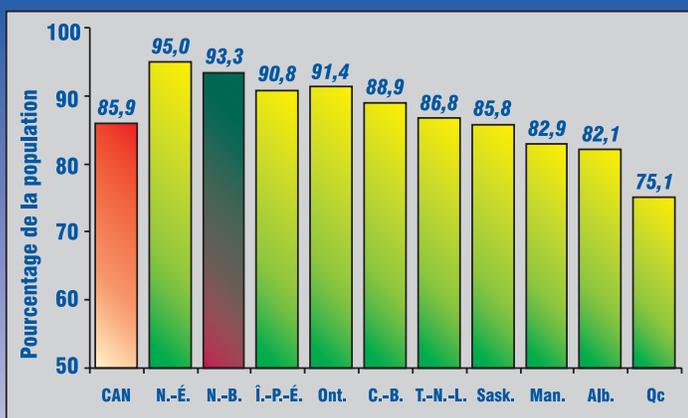
- **Subvention d'affaires.** Lancé en 2005, ce programme offre une subvention de 15 000 \$ aux médecins de famille admissibles à la subvention d'emplacement qui établissent un cabinet d'exercice et qui sont payés à l'acte. Au 30 novembre 2005, sept subventions ont été attribuées par l'entremise de ce programme.

- **Revenu minimum garanti.** Lancé en 2005, ce programme garantit aux médecins de famille qui ont reçu la subvention d'emplacement, qui établissent un cabinet d'exercice à 40 km à l'extérieur des centres urbains de Moncton, de Fredericton ou de Saint John et qui sont payés à l'acte, un revenu minimum garanti de 175 000 \$ pour leur première année d'exercice dans la province. Au 30 novembre 2005, quatre médecins de famille ont eu recours à cette mesure.

- **Programme estival de préceptorat en milieu rural.** Durant l'été 2005, ce programme, qui offre aux étudiants en médecine de première et deuxième années une expérience de travail pratique en milieu rural, a accueilli 68 étudiants en médecine pour un total de 372 semaines d'expérience de travail.

- **Programme de bourses pour étudiants et étudiantes en médecine.** Remise de bourses de 6 000 \$ à 40 étudiants et étudiantes en médecine qui ont accepté de signer un accord de retour de service avec la province.
- **Programme de résidence surnuméraire.** Parrainage de 35 médecins résidents, par l'entremise de ce programme, qui a pour but d'offrir des occasions additionnelles de formation en résidence pour les médecins dans les régions où une pénurie s'annonce. En échange, les participants au programme acceptent de pratiquer la spécialité au Nouveau-Brunswick durant au moins un an pour chacune des années subventionnées.
- **Diplômés en médecine formés à l'étranger.** Suivant la recommandation du ministre de la Santé, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a émis des permis d'exercice restreints à quinze médecins formés à l'étranger. Conformément à la nouvelle mesure adoptée, les médecins formés à l'étranger qui ne satisfont pas aux critères justifiant l'octroi du permis d'exercice ont reçu de la formation additionnelle pour leur permettre d'établir un cabinet. À la fin de l'année 2005, trois médecins ont complété la formation et établi leur cabinet d'exercice, et un quatrième a été admis au programme.

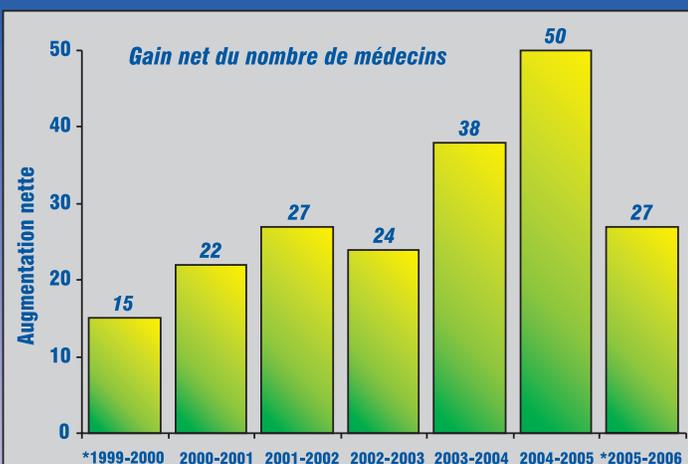
Pourcentage de la population déclarant disposer d'un médecin de famille, Canada et les provinces (2005)



Source : Statistique Canada

Graphique 4

Nombre de nouveaux médecins de plus par année au Nouveau-Brunswick (de 1999 à 2005)



*Exercices financiers incomplets

Graphique 5

N° 4 – Obligation de rendre compte et prise de décisions fondées sur des faits

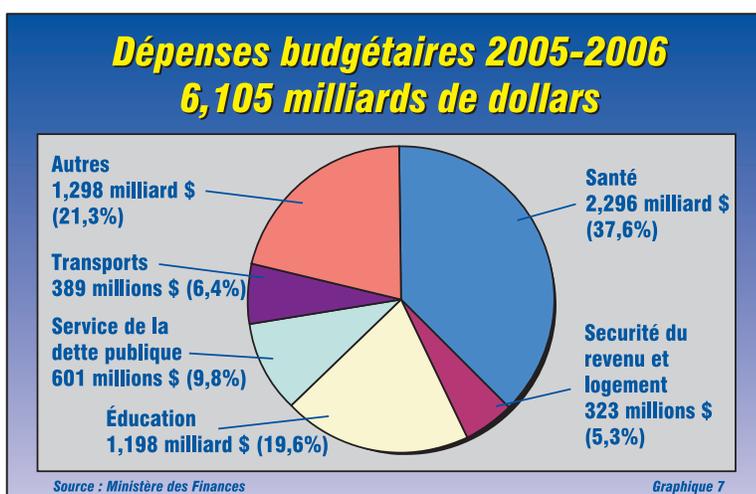
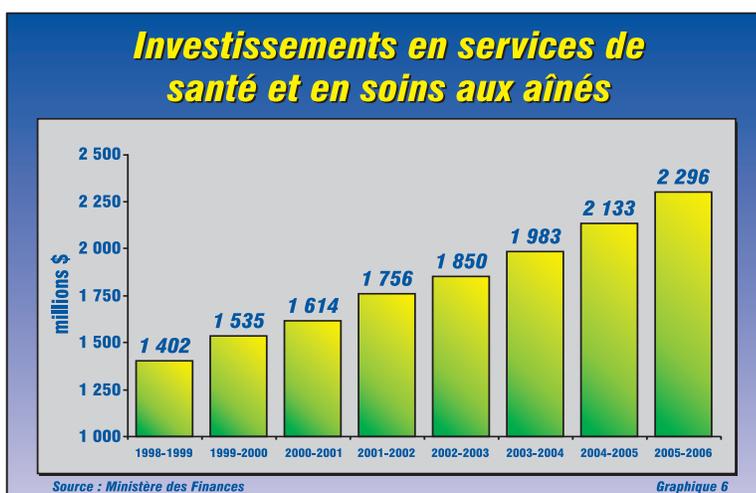
- **Cadre de responsabilisation.** Début de l'élaboration d'un cadre de responsabilisation.
- **Participation des intervenants à la mise en œuvre du Plan provincial de la santé.** Les comités suivants ont été mis sur pied et ont tenu plusieurs rencontres pour amorcer l'exécution de leur mandat respectif :
 - ▶ Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques
 - ▶ Comité de collaboration sur les soins primaires
 - ▶ Comité sur les services de soutien non cliniques
- **Recherche en matière de santé.** Les appels de demandes de bourses du Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick et de subventions du Fonds Wordel pour la recherche sur le rein ont été publiés en 2005. Près de 130 000 \$ ont été attribués pour le concours 2005-2006.

Nouveaux investissements

Pour l'année 2005-2006, le gouvernement s'est engagé à verser 2,296 milliards de dollars pour financer le système provincial des soins de santé et des soins aux aînés, soit 893 millions \$ de plus que les sommes dépensées en 1999. Une telle somme représente 37,6 p. 100 des dépenses totales du gouvernement provincial qui vont vers les programmes et les services liés aux soins de santé. Depuis 1999, 76 p. 100 de toutes les nouvelles dépenses nettes engagées par le gouvernement, ou 3,351 milliards de dollars, ont été affectées aux services de santé.

Depuis 1999, le financement a augmenté dans tous les domaines du secteur de la santé, y compris :

- ▶ Assurance-maladie : augmentation de 174,7 millions \$
- ▶ Services hospitaliers : augmentation de 397,4 millions \$
- ▶ Foyers de soins et soins de longue durée : augmentation de 167,1 millions \$
- ▶ Plan de médicaments sur ordonnance : augmentation de 83,2 millions \$



Immobilisations et équipement

Depuis 1999, le gouvernement provincial a investi plus de 235 millions \$ dans de nouveaux projets de construction et de l'équipement pour le système de santé, dont 95 millions \$ au cours de l'exercice financier 2005-2006, soit une hausse de 38,3 millions \$ ou de 66,6 p. 100 par rapport à 2004-2005. Voici un aperçu :

- 29 millions \$ pour terminer la planification et commencer la construction d'un nouvel hôpital de 70 lits dans la vallée du haut Saint-Jean. L'hôpital servira un bassin de quelque 40 000 citoyens et citoyennes du haut Saint-Jean, en plus d'offrir aux patients des services nouveaux et améliorés, tels l'échocardiographie, l'ostéodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique (mobile), la psychologie et un service satellite de dialyse rénale. L'ouverture du nouvel hôpital est prévue en juillet 2007 et représentera un investissement total de 79 millions \$;
- 10,7 millions \$ pour terminer la construction du Centre de réadaptation Stan-Cassidy et laboratoire intégrés à l'hôpital régional Dr Everett Chalmers de Fredericton. L'établissement de soins tertiaires s'adresse à tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises qui ont besoin de services de réadaptation d'ordre neurologique. Au total, le nouveau centre a fait l'objet d'investissements de 28 millions \$;
- 10 millions \$ pour commencer à construire les nouvelles installations des services des urgences, des soins ambulatoires et des services de laboratoire au Moncton Hospital. Ce projet doit être achevé en janvier 2008 et représentera un investissement total de 47 millions \$;
- 3 millions \$ pour commencer la construction d'un nouveau bloc opératoire à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst. L'achèvement de ce projet est prévu en juin 2007 et représentera un investissement total de 11,5 millions \$;
- 1,5 million \$ pour terminer la construction des nouvelles installations des Services de traitement des dépendances à Campbellton. L'établissement de 18 lits a ouvert ses portes en septembre 2005 et représente un investissement total de 3 millions \$;
- dans la foulée de l'Initiative de renouvellement des soins de santé primaires, investissement de 1,665 million \$ dans des rénovations aux centres de santé communautaires St. Joseph (Saint John), de Lamèque, de Minto et de Doaktown;
- afin d'améliorer l'infrastructure et d'étendre la vie utile des hôpitaux, des investissements de 4,4 millions \$ ont été effectués dans une série de projets d'amélioration d'immobilisations de plus de 100 000 \$;
- investissements de 35,5 millions \$ dans de l'équipement diagnostique et d'autres équipements médicaux.

En conséquence des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé en 2003 et 2004, de nouveaux investissements en équipement médical et de diagnostic ont pu être réalisés grâce aux Fonds pour l'équipement diagnostique et médical du gouvernement fédéral. Depuis la création de ces fonds en 2003 et en 2004, le gouvernement provincial a attribué 47,3 millions \$ supplémentaires envers de l'équipement diagnostique et médical.

II. Rapport relatif à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé – Plan décennal pour consolider les soins de santé

Le 16 septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'un Plan décennal pour consolider les soins de santé, c'est-à-dire d'un plan d'action qui établit clairement l'engagement partagé par toutes les provinces et les territoires envers des résultats pour les Canadiens et Canadiennes quant à la réduction des délais d'attente et à un accès amélioré aux services de santé. Conformément à ce plan, les premiers ministres ont accepté d'accroître le nombre de professionnels de la santé en fonction de leur propre évaluation des lacunes, et de rendre publiques leurs intentions, notamment en ce qui concerne les objectifs en matière de formation, de recrutement et de maintien en poste des professionnels, au plus tard le 31 décembre 2005. Le document intitulé *La planification des ressources humaines en santé prend de l'ampleur – Le cheminement du Nouveau-Brunswick*, publié en décembre 2005, honore cet engagement.

En décembre 2005, les premiers ministres ont convenu d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement. À partir de ces repères, fondés sur la recherche et des preuves cliniques, les provinces et les territoires visent les cibles suivantes :

- radiothérapie moins de quatre semaines après que le patient est jugé apte à recevoir son traitement;
- réparation des fractures de la hanche en moins de 48 heures;
- arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines;
- arthroplastie du genou en moins de 26 semaines;
- ablation des cataractes en moins de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé;
- examen de dépistage du cancer du sein tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans;
- examen de dépistage du cancer du col utérin tous les trois ans pour les femmes âgées de 18 à 69 ans après deux tests ayant donné des résultats normaux.

Trois repères sont prévus pour les pontages coronariens :

- patients au premier degré en moins de deux semaines;
- patients au deuxième degré en moins de six semaines;
- patients au troisième degré en moins de 26 semaines.

Pour établir des repères, il faut s'entendre sur des mécanismes de mesure. Le délai d'attente commence dès la réservation d'un service, lorsque le patient et le médecin approprié conviennent d'un service et que le patient est prêt à le recevoir. Le médecin approprié est celui qui est investi de l'autorité de déterminer le service qui est requis. Le délai d'attente prend fin au début de la prestation du service.

Les premiers ministres ont aussi pris l'engagement de donner suite à leur propre stratégie d'amélioration de l'accès à ces services et traitements de telle sorte qu'ils puissent, d'ici à la fin de 2007, fixer des objectifs pluriannuels d'application des repères.

D'autres repères seront élaborés au fur et à mesure que de nouvelles preuves seront avancées.

III. Rapport sur l'état de la santé et le rendement du système de soins de santé

Comment mesure-t-on le rendement?

Conformément aux deux fiches de rendement sur le système de santé précédentes, deux ensembles de mesures ont permis d'étudier à la fois la santé de la population et le rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick. L'examen des indicateurs dans chacun de ces deux secteurs nous aide à établir l'état de fonctionnement du système de santé du Nouveau-Brunswick et son incidence sur la santé globale de notre population.

Dès cette année, 19 indicateurs ont fait l'objet d'une ventilation additionnelle selon le sexe, et de ceux-ci, 18 ont été actualisés par rapport à la fiche de rendement 2004.

Un système de classement a permis d'évaluer le rendement global du Nouveau-Brunswick dans chaque secteur. Chaque mesure a obtenu une cote, soit « ☺ » (bon rendement), « ☹ » (rendement satisfaisant), ou « ☹ » (rendement à améliorer). Ces cotes ont été établies en fonction des trois facteurs suivants (en ordre d'importance) :

- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement à son résultat précédent;
- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement aux dernières moyennes affichées par les autres provinces de l'Atlantique;
- dernier résultat du Nouveau-Brunswick comparativement à la moyenne canadienne.

État de santé de la population

Comme en 2004, les indicateurs sur l'état de santé de la population sont présentés en trois catégories. Les indicateurs de l'**état de santé global** donnent des mesures générales de la longévité et du mieux-être. La partie traitant des **comportements sains** indique la proportion de Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois ayant des comportements qui favorisent une bonne santé. La partie sur les **principales causes de décès prématuré** indique les années potentielles de vie perdues en raison de maladies spécifiques ou de troubles médicaux particuliers chez les personnes qui meurent avant l'âge de 75 ans.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer des résultats?

De façon générale, les données révèlent que le Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises, bien qu'ils soient confrontés à plusieurs défis par rapport à leur état de santé général, ont entrepris certaines démarches pour y remédier. Notre état de santé, comme chez les autres Canadiens de l'Atlantique, se classe en dessous de la moyenne canadienne dans la plupart des indicateurs, mais on commence à observer des changements par rapport aux comportements sains, lesquels, si la tendance se maintient et s'améliore, se traduiront par des changements dans la santé de la population en général. L'engagement pris par le gouvernement du Nouveau-Brunswick d'encourager de tels changements – grâce aux multiples volets du Plan provincial de la santé – pourrait bien, déjà, contribuer à ce vent de changements positifs.

Tableau 2

État de santé

	Nouveau-Brunswick		Plus récente ¹ Autres Atlantique		Évaluation sur l'ensemble
	Précédente	Plus récente	Canada		
État de santé global					
Espérance de vie (années de vie moyennes) - Femmes	81,9 ⁽²⁰⁰⁰⁻²⁰⁰²⁾	82,0 ⁽²⁰⁰³⁾	81,4	82,4	☺
Espérance de vie (années de vie moyennes) - Hommes	76,2 ⁽²⁰⁰⁰⁻²⁰⁰²⁾	76,4 ⁽²⁰⁰³⁾	76,1	77,4	☺
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé – Femmes (années en parfaite santé)	s/o	70,9 ⁽²⁰⁰¹⁾	70,3	70,8	☺
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé – Hommes (années en parfaite santé)	s/o	67,4 ⁽²⁰⁰¹⁾	67,2	68,3	☺
Autoévaluation de la santé (% qui considère leur santé très bonne ou excellente) - Femmes	53,4 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	55,3 ⁽²⁰⁰⁵⁾	62,6	59,6	☺
Autoévaluation de la santé (% qui considère leur santé très bonne ou excellente) - Hommes	55,0 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	55,0 ⁽²⁰⁰⁵⁾	59,2	60,4	☹
Poids insuffisant à la naissance (% des nouveau-nés) ≥ 500 g et ≤ 2500 g)	5,1 ⁽²⁰⁰⁰⁻²⁰⁰²⁾	5,1 ⁽²⁰⁰³⁾	5,4	5,7	☺
Autoévaluation de la santé mentale (% qui considère leur santé mentale très bonne ou excellente) - Femmes	62,5 ⁽²⁰⁰²⁻²⁰⁰³⁾	71,2 ⁽²⁰⁰⁵⁾	77,4	74,4	☺
Autoévaluation de la santé mentale (% qui considère leur santé mentale très bonne ou excellente) - Hommes	65,2 ⁽²⁰⁰²⁻²⁰⁰³⁾	69,1 ⁽²⁰⁰⁵⁾	75,8	74,7	☺
Comportement sain					
Non-fumeuses (%) - Femmes	74,2 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	80,7 ⁽²⁰⁰⁵⁾	78,9	80,2	☺
Non-fumeurs (%) - Hommes	72,6 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	74,8 ⁽²⁰⁰⁵⁾	77,5	77,1	☺
Active physiquement (%) - Femmes	35,6 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	42,3 ⁽²⁰⁰⁵⁾	41,1	45	☺
Actif physiquement (%) - Hommes	42,5 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	48,6 ⁽²⁰⁰⁵⁾	46,5	50,1	☺
Poids corporel sain (%) - Femmes	45,3 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	41,6 ⁽²⁰⁰⁵⁾	41,2	51,8	☹
Poids corporel sain (%) - Hommes	35,5 ⁽¹⁹⁹⁹⁻²⁰⁰³⁾	31,9 ⁽²⁰⁰⁵⁾	33,2	40,1	☹
Consommation responsable d'alcool (% qui boit modérément ou pas du tout) - Femmes	89,3 ⁽²⁰⁰¹⁻²⁰⁰⁴⁾	91,6 ⁽²⁰⁰⁵⁾	89,1	90,8	☺
Consommation responsable d'alcool (% qui boit modérément ou pas du tout) - Hommes	71,9 ⁽²⁰⁰¹⁻²⁰⁰⁴⁾	69,0 ⁽²⁰⁰⁵⁾	67,4	75,4	☹
Chlamydie génitale (taux par 100 000 habitants) - Femmes	239,6 ⁽²⁰⁰⁰⁻²⁰⁰²⁾	255,4 ⁽²⁰⁰³⁾	s/o	258	☺
Chlamydie génitale (taux par 100 000 habitants) - Hommes	89,6 ⁽²⁰⁰⁰⁻²⁰⁰²⁾	109,6 ⁽²⁰⁰³⁾	s/o	114	☺
Alimentation saine (% qui consomme 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour) - Femmes	37,7 ⁽²⁰⁰¹⁾	39,3 ⁽²⁰⁰³⁾	35,5	48,2	☺
Alimentation saine (% qui consomme 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour) - Hommes	24,9 ⁽²⁰⁰¹⁾	27,4 ⁽²⁰⁰³⁾	25,7	34,5	☺
Principales causes de décès					
Taux de mortalité due à un cancer du poumon, colorectal ou du sein (taux par 100 000 habitants) - Femmes	74,7 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	72,9 ⁽²⁰⁰¹⁾	75,4	74,4	☺
Taux de mortalité due à un cancer du poumon, colorectal ou de la prostate (taux par 100 000 habitants) - Hommes	134,4 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	132,7 ⁽²⁰⁰¹⁾	131,5	114,3	☺
Taux de mortalité par crise cardiaque (taux par 100 000 habitants) - Femmes	42,2 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	36,2 ⁽²⁰⁰¹⁾	41,3	36,1	☺
Taux de mortalité par crise cardiaque (taux par 100 000 habitants) - Hommes	89,8 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	77,7 ⁽²⁰⁰¹⁾	73,9	72,9	☺
Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral (taux par 100 000 habitants) - Femmes	37,5 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	37,6 ⁽²⁰⁰¹⁾	35,8	31,7	☹
Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral (taux par 100 000 habitants) - Hommes	42,9 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	42,3 ⁽²⁰⁰¹⁾	44,5	37,3	☺
APVP ² par des blessures non intentionnelles de 0 à 75 ans - Femmes	332,5 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	316,5 ⁽²⁰⁰¹⁾	327,8	298,3	☺
APVP par des blessures non intentionnelles de 0 à 75 ans - Hommes	1 221,9 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	1 348,9 ⁽²⁰⁰¹⁾	968,0	868,2	☹
APVP par suicide de 0 à 75 ans - Femmes	147,8 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	170,1 ⁽²⁰⁰¹⁾	71,0	173,8	☹
APVP par suicide de 0 à 75 ans - Hommes	844,0 ⁽¹⁹⁹⁸⁻²⁰⁰⁰⁾	685,8 ⁽²⁰⁰¹⁾	488,1	621,9	☹

Remarques :

¹La plus récente période d'évaluation pour « Autres Atlantique » et « Canada » est la même que celle du Nouveau-Brunswick.

²Les APVP (années potentielles de vie perdues) correspondent au nombre d'années avant l'âge de 75 ans où une personne décède. Par exemple une personne qui meurt à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP présentées ci-dessus correspondent au nombre total d'années de vie perdues par 100 000 habitants en raison de chacune des causes.

État de santé global

L'état de santé de la population repose sur un nombre de facteurs, dont plusieurs ont très peu en commun avec le traitement d'une maladie. Comme l'illustre le tableau des déterminants de la santé, les facteurs socioéconomiques ont une incidence marquante, tout comme l'éducation, le développement des enfants en santé et l'environnement physique. L'état de santé global de la population du Nouveau-Brunswick a très peu varié depuis la dernière période visée. L'espérance de vie a augmenté légèrement, les femmes ayant désormais une espérance de vie de 82 ans, et les hommes de 76,4 ans. Ni l'une ni l'autre des variations n'a d'importance au plan statistique. Ces niveaux d'espérance de vie se comparent toujours favorablement aux autres provinces de l'Atlantique, bien que les hommes du Canada atlantique en général aient une espérance de vie légèrement plus courte que la moyenne canadienne de 77,4 ans.

L'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé (EVAES) indique le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre de vivre en parfaite santé, par opposition à l'espérance de vie globale. Bien que les données pour les femmes du Nouveau-Brunswick se comparent favorablement à celles des provinces de l'Atlantique ainsi qu'à la moyenne canadienne, les hommes du Canada atlantique, y compris ceux du Nouveau-Brunswick, accusent un retard d'une année par rapport à la moyenne canadienne.

Les nouvelles données sur l'état de santé autodéclaré démontrent qu'environ 2 p. 100 de plus de Néo-Brunswickoises se *considèrent* en très bonne ou en excellente santé par rapport aux périodes d'évaluation antérieures, tandis que ce taux chez les hommes est demeuré le même. Pour cet indicateur, tant les femmes que les hommes accusent un retard par rapport à ceux du Canada atlantique et à la moyenne nationale. On note une amélioration frappante dans un autre indicateur autodéclaré : les hommes comme les femmes montrent une amélioration notoire de leur santé mentale. Bien que se situant toujours en dessous des moyennes atlantique et canadienne, la tendance est à l'amélioration.

Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises continuent d'afficher un bon rendement pour ce qui est de l'insuffisance de poids à la naissance; moins de bébés avaient une insuffisance de poids à la naissance comparativement aux moyennes canadienne et atlantique.

Déterminants clés de la santé

Revenu et statut social

La fortune et le statut social ont une incidence sur la santé en déterminant le niveau de contrôle qu'exercent les gens sur des circonstances telles l'habitation, l'alimentation et l'activité physique.

Réseaux de soutien social

Le soutien des familles, des amis et de la communauté aide les gens à faire face à des situations difficiles et à maintenir une sensation de contrôle sur leur vie.

Études

Les études procurent les connaissances et les compétences nécessaires aux activités quotidiennes et à l'emploi.

Emploi et conditions de travail

La possibilité de décrocher un emploi intéressant, assorti d'une stabilité économique dans un environnement sain, est aussi liée à la bonne santé.

Environnement physique

La qualité de l'air et de l'eau, le logement et la sécurité communautaire ont une incidence importante sur la santé.

Facteurs biologiques et génétiques

Certaines personnes ont une prédisposition génétique à certaines maladies, par exemple le diabète.

Habitudes personnelles saines et capacités d'adaptation

Savoir s'adapter avec efficacité permet aux personnes de résoudre les problèmes et d'améliorer leur santé.

Développement d'enfants en santé

Les expériences prénatales et celles vécues durant la petite enfance ont des conséquences à vie sur la santé.

Services de santé

L'accès adéquat à des services de santé préventifs et primaires joue un rôle essentiel propice à la bonne santé.

Tableau 3

Comportement sain

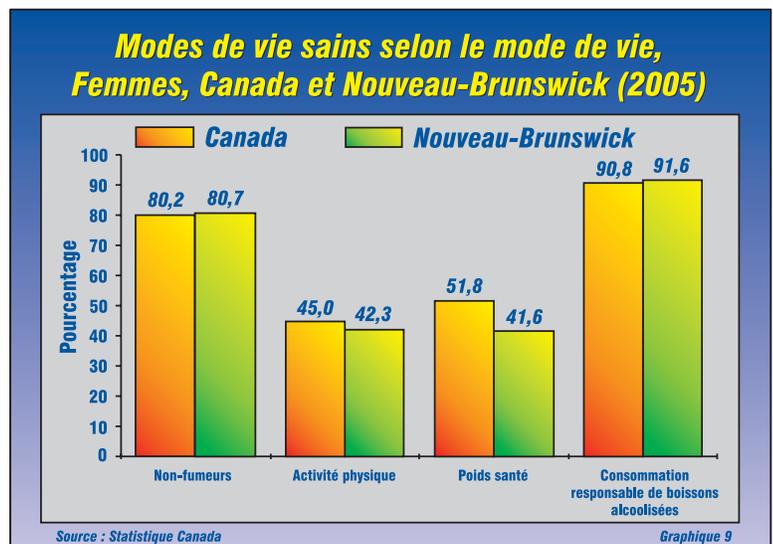
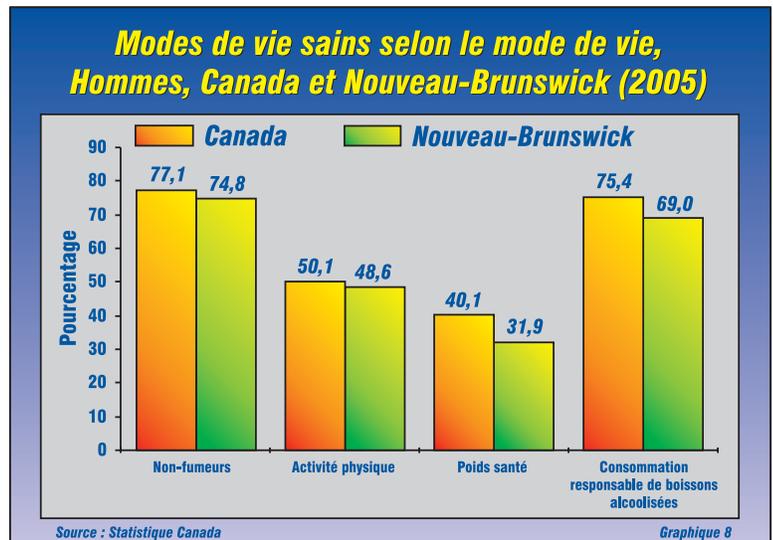
Même si des indicateurs objectifs de l'état de santé illustrent dans l'ensemble une tendance qui se maintient ou qui s'améliore, le tableau est plus ambigu pour ce qui est des comportements sains. Les nouvelles données révèlent que plus de personnes au Nouveau-Brunswick sont non-fumeuses (80,7 p. 100 de femmes et 74,8 p. 100 d'hommes). Il sera intéressant d'observer l'évolution de ces tendances qui évoquent les effets de la *Loi sur les endroits sans fumée* de 2004.

Les taux d'activité physique se sont aussi améliorés depuis la dernière période visée, passant à 42,3 p. 100 et à 48,6 p. 100 pour les femmes et les hommes respectivement. Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises sont désormais plus actifs que les autres Canadiens de l'Atlantique, et bien qu'il faille encore s'améliorer pour égaler la moyenne canadienne, la tendance indique que nous sommes sur la bonne voie. On pourrait s'attendre à ce que cette tendance, jumelée à de meilleures données sur le nombre de non-fumeurs, aura à la longue une incidence sur les taux de maladie et les pressions sur le système de soins.

Fait peut-être paradoxal, l'amélioration en matière d'activité physique doit encore se traduire par de meilleurs résultats au chapitre du poids santé. Un recul dans ces indicateurs appuie le fait que l'activité à elle seule ne peut contrôler le poids corporel – il faut aussi pratiquer une saine alimentation. Comme c'est le cas avec tous les indicateurs « autodéclarés », il peut exister des écarts entre le poids corporel réel d'une personne et ce qu'elle déclare à un chercheur. La variation à cet égard peut indiquer une sensibilité accrue au phénomène de l'obésité, plutôt qu'une augmentation *réelle* de l'obésité.

La consommation responsable autodéclarée de boissons alcoolisées (pourcentage des personnes qui boivent modérément ou pas du tout) s'est améliorée chez les femmes du Nouveau-Brunswick depuis la dernière période visée, car nous affichons désormais de meilleurs chiffres que la moyenne canadienne. Les hommes, par contre, montrent pour cet indicateur une baisse de presque trois points de pourcentage; il s'agit encore d'un meilleur score que pour les hommes du Canada atlantique, mais d'un retard de près de 5,4 points sur la moyenne canadienne.

Le taux d'infection à la chlamydia est monté en flèche entre la période visée de 2000-2002 et celle des plus récentes données. Bien que le Nouveau-Brunswick soit toujours en deçà des taux d'infection canadiens, l'écart important, caractéristique des années précédentes, aujourd'hui se resserre. Comme on n'a pas observé de changement notable dans les comportements sexuels, une plus proche corrélation des données nationales et provinciales semble indiquer que les données précédentes sont le résultat de la sous-déclaration.



Il n'y a pas de nouvelles données sur les principales causes de décès, sauf que celles communiquées dans la Fiche de rendement sur le système de santé de 2004 sont maintenant ventilées selon le sexe. Tel qu'on l'expliquait déjà dans ce document, les données du Nouveau-Brunswick sont inquiétantes relativement aux conséquences des accidents et du suicide. Les années potentielles de vie perdue en raison de blessures accidentelles sont d'environ une fois et demie celles de la moyenne canadienne chez les hommes, ce qui rend compte à la fois du taux d'accidents mortels et du jeune âge des nombreuses personnes touchées. Les années potentielles de vie perdue en raison du suicide n'illustrent pas une disparité aussi marquée, quoique le taux chez les hommes demeure considérablement supérieur à ceux des moyennes atlantique et canadienne, et que le taux chez les femmes est plus du double de celui des femmes ailleurs au Canada atlantique.

Rendement du système de santé

Le tableau 4 présente trois catégories d'indicateurs du rendement du système de santé. Les indicateurs de l'**accès aux services de santé** font état de la capacité du système de santé à assurer des soins et des traitements adéquats au moment opportun selon les besoins. Les indicateurs de **satisfaction** permettent d'évaluer la capacité du système de santé à répondre aux attentes et aux besoins des patients. Les mesures de l'**efficacité** indiquent la réussite des programmes et des services de santé, surtout ceux du réseau hospitalier, dans l'atteinte des résultats cliniques souhaités.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer des résultats?

Selon les résultats, le système de santé du Nouveau-Brunswick procure un rendement jugé bon ou satisfaisant à 22 des 29 indicateurs. Les cotes de rendement pour sept indicateurs étaient faibles, en comparaison avec d'autres régions, ce qui témoigne du besoin d'améliorations additionnelles. Dans tous les cas, les indicateurs de l'accès aux services affichent une amélioration par rapport à l'année précédente, et si nous nous comparons au reste du Canada, notre rendement est supérieur à tous égards sauf pour trois indicateurs. Les indicateurs du degré de satisfaction des patients révèlent aussi que le Nouveau-Brunswick améliore son rendement dans trois des quatre domaines mentionnés. Toutefois, les indicateurs de l'efficacité font état du besoin d'amélioration dans sept des 15 domaines, surtout ceux d'où émanent les taux de survie aux cancers du poumon et cancers colorectaux.

Accès aux soins de santé

La vaste majorité (95,9 p.100) des femmes a déclaré disposer d'un médecin de famille, un taux légèrement supérieur aux périodes visées précédentes, et de six points plus élevé que la moyenne nationale. Par opposition, seulement 90,6 p. 100 des hommes affirment disposer d'un médecin de famille. Reste que le taux s'est amélioré par rapport à l'année précédente et qu'il se situe au-dessus des moyennes à la fois nationale (81,9 p.100) et du Canada atlantique (81,9 p.100).

Les taux de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui déclarent éprouver des difficultés à obtenir des soins immédiats (19,4 p.100), à obtenir des services de santé routiniers (12,4 p.100) et à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé (16,9 p.100) étaient tous inférieurs à la période précédente. En fait, ces taux affichaient un meilleur rendement que la moyenne nationale et, à l'exception de celui relatif aux renseignements et aux conseils en matière de santé, étaient inférieurs aux moyennes des autres provinces de l'Atlantique. Cette amélioration témoigne du fait que la population du Nouveau-Brunswick continue à recevoir les services de santé dont elle a besoin en temps opportun.

Un nombre plus élevé de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises de 75 ans et plus ont déclaré recevoir des soins à domicile en 2003 comparativement à 2001. En comparaison des moyennes nationales et de celles des autres provinces de l'Atlantique, 25 p. 100 de plus de personnes âgées ont affirmé avoir accès à des soins à domicile.

Tableau 4

Rendement du système de santé

	Nouveau-Brunswick		Plus récente ¹ Autres Atlantique Canada		Évaluation sur l'ensemble
	Précédente	Plus récente			
Accès aux services de santé					
Accès à un médecin de famille (% de femmes de 12 ans + disposant d'un médecin de famille)	95,1 (2001-2003)	95,9 (2005)	94,2	89,8	☺
Accès à un médecin de famille (% d'hommes de 12 ans + disposant d'un médecin de famille)	90,1 (2001-2003)	90,6 (2005)	89,5	81,9	☺
Difficulté à obtenir des soins immédiats (% de la population de 15 ans +)	23,8 (2003)	19,4 (2005)	23,0	21,4	☺
Difficulté à obtenir des services de santé routiniers (% de la population de 15 ans +)	15,5 (2003)	12,4 (2005)	13,3	15,9	☺
Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé (% de la population de 15 ans +)	17,4 (2003)	16,9 (2005)	15,7	15,7	☺
Accès aux soins à domicile (% de la population de 75 ans + recevant des soins à domicile)	20,2 (2001)	21,7 (2003)	16,1	14,6	☺
Communication avec un service de santé par téléphone (% de la population de 15 ans +)	8,9 (2003)	10,3 (2005)	1,3	11,1	☺
Temps d'attente pour la chirurgie (% qui attend > 3 mois)	18,7 (2003)	13,3 (2005)	17,8	19,2	☺
Temps d'attente pour les visites aux spécialistes (% qui attend > 3 mois)	15,5 (2001-2003)	13,1 (2005)	15,2	12,2	☺
Temps d'attente pour les tests de diagnostic (% qui attend > 3 mois)	10,6 (2003)	9,9 (2005)	13,0	11,2	☺
Satisfaction des patients					
<i>(% des personnes de 15 ans et plus « très satisfaites » ou « assez satisfaites » des services reçus au cours de la dernière année)</i>					
Ensemble des soins de santé	86,7 (2001-2003)	90 (2005)	88,6	85,5	☺
Services hospitaliers	85,1 (2001-2003)	84,9 (2005)	86,0	81,2	☺
Soins de médecins	92,8 (2001-2003)	92,9 (2005)	93,8	91,2	☺
Soins de santé communautaires	92,3 (2001-2003)	92,9 (2005)	87,6	82,6	☺
Efficacité					
Pourcentage des patients victimes de pneumonie réhospitalisés à l'imprévu dans l'année	2,6 (1997-1999)	2,8 (2000-2002)	3	3,2 ^a	☺
Pourcentage des patients victimes de crise cardiaque réhospitalisés à l'imprévu dans l'année	s/o*	9 (2001-2003)	8,2 ^b	6,9	☺
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui meurent dans les 30 jours suivant leur admission	12,7 (1999-2001)	12,9 (2000-2002)	12,8 ^b	11,4	☺
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui survivent au moins pendant 1 an - Femmes	88,8 (1997-1999)	91,3 (2000)	90,2 ^c	s/o	☺
Pourcentage des victimes de crise cardiaque qui survivent au moins pendant 1 an - Hommes	91 (1997-1999)	93,1 (2000)	91,8 ^c	s/o	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui meurent dans les 30 jours suivant leur admission	19,2 (1999-2001)	19 (2000-2003)	24,0	18,6	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui survivent au moins pendant 180 jours - Femmes	88,7 (1997-1999)	92,4 (2000)	75,4 ^c	s/o	☺
Pourcentage des victimes d'accidents cérébrovasculaires qui survivent au moins pendant 180 jours - Hommes	88,9 (1997-1999)	87 (2000)	88,0 ^c	s/o	☺
Pourcentage des patients atteints de cancer qui survivent au moins pendant 5 ans après le diagnostic (survie relative ^d)					
• Cancer du poumon - Femmes	15 (1994-1996)	14 (1995-1997)	17,6	17	☺
• Cancer du poumon - Hommes	12 (1994-1996)	12 (1995-1997)	13,9	14	☺
• Cancer colorectal - Femmes	61 (1994-1996)	59 (1995-1997)	60,4	61	☺
• Cancer colorectal - Hommes	59 (1994-1996)	58 (1995-1997)	61,2	59	☺
• Cancer de la prostate	91 (1994-1996)	91,0 (1995-1997)	90,6	91	☺
• Cancer du sein	84 (1994-1996)	85 (1995-1997)	86,2	86	☺
Hospitalisation pour des troubles propices aux soins ambulatoires (taux par 100 000 habitants)	s/o*	708 (2002)	586,2	416	☺

Remarques :

¹La plus récente période d'évaluation pour « Autres Atlantique » et « Canada » est la même que celle du Nouveau-Brunswick.

^aExclut Qué. et Man.

^bExclut T.-N.-L.

^cN.-E. seulement.

^dLa survie relative permet de comparer le taux de survie au sein d'un groupe de patients atteints de cancer au taux de survie qu'afficherait normalement les membres de la population en général qu'on présume pratiquement non atteint du cancer en question. Par exemple, parmi les femmes du Nouveau-Brunswick ayant reçu un diagnostic de cancer du sein de 1995 à 1997, 85 p. 100 (en moyenne) étaient susceptibles de vivre durant encore cinq années par rapport aux femmes de même âge qui n'ont pas le cancer du sein.

* Des normes de codage nouvelles et actualisées adoptées pour le système classification de la CIM-10-CA et de la CCI, ainsi que des modifications à la méthode de calcul de ces indicateurs, ont une incidence sur la comparabilité des taux des années antérieures par rapport à ceux de l'année plus récente.

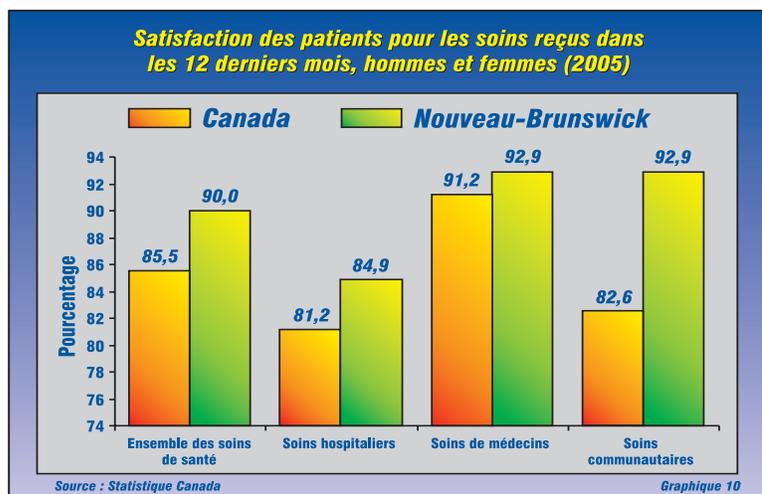
Le pourcentage de gens du Nouveau-Brunswick qui déclarent avoir communiqué avec un service de santé par téléphone ou de télésanté a augmenté considérablement depuis la dernière période, passant de 8,9 p. 100 à 10,3 p. 100, un taux qui, étonnamment, est de 690 p. 100 plus élevé que celui des autres provinces de l'Atlantique.

De 2003 à 2005, le pourcentage de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui affirment devoir attendre plus de trois mois avant d'obtenir une chirurgie non urgente a chuté (soit de 18,7 p. 100 à 13,3 p. 100). Cette tendance correspond aux baisses du nombre de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises qui affirment devoir attendre avant d'obtenir des consultations spécialistes et des tests de diagnostic (soit de 15,5 p. 100 à 13,1 p. 100, et 10,6 p. 100 à 9,9 p. 100 respectivement). Dans tous les cas, ces taux sont préférables à ceux des moyennes nationales et des moyennes des provinces de l'Atlantique.

Satisfaction des patients

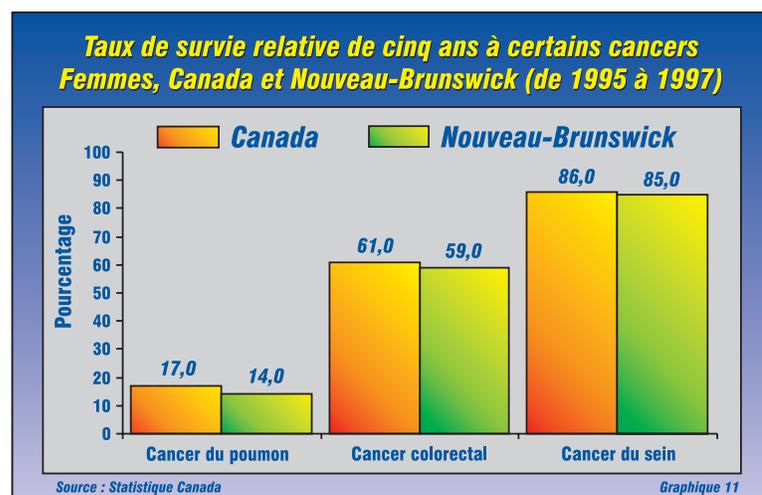
Quatre-vingt-dix pour cent des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises se disent très ou assez satisfaits de la façon dont les services de santé ont été prodigués durant l'année 2005, un taux considérablement élevé par rapport à la moyenne nationale de 85,5 p. 100 et, de même, supérieur à la moyenne de 88,9 p. 100 des autres provinces Atlantique.

Un pourcentage plus élevé de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises que de Canadiens et de Canadiennes en moyenne se sont dits très ou assez satisfaits des soins hospitaliers – soit 84,9 p. 100 au Nouveau-Brunswick comparativement à 81,2 p. 100 à l'échelle du Canada. Environ 93 p. 100 des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises étaient assez ou très satisfaits des soins communautaires qu'ils ont reçus – un taux substantiellement plus élevé que ceux rapportés par les autres Canadiens et Canadiennes. Les résultats révèlent aussi que plus de 90 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick est satisfaite des soins qu'elle reçoit de ses médecins.

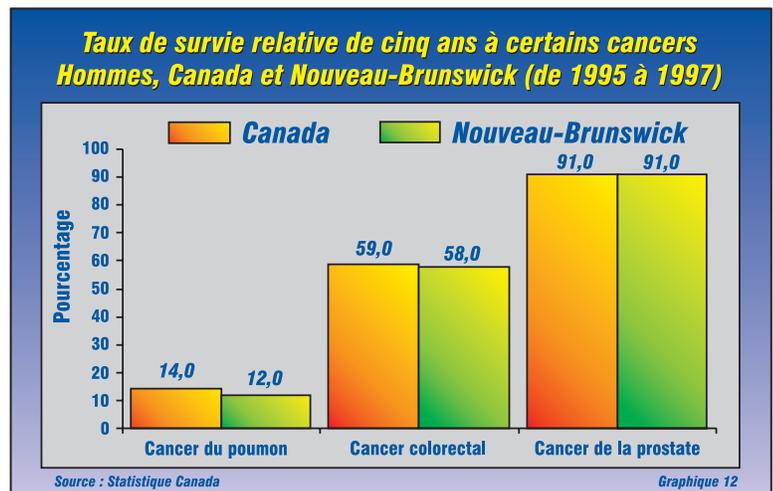


Efficacité

Des taux de survie de cinq ans au cancer indiquent que la détection précoce porte fruit et que le traitement après le diagnostic est efficace. Le taux néo-brunswickois de survie de cinq ans au cancer du poumon a diminué légèrement comparativement à la dernière période, soit de 15 p. 100 à 14 p. 100, bien que le taux de survie chez les hommes soit demeuré inchangé. Les taux de survie au cancer colorectal (femmes et hommes) ont aussi légèrement diminué mais étaient comparables aux moyennes ailleurs au Canada. Le taux de survie de cinq ans aux cancers de la prostate et du sein sont demeurés relativement inchangés par rapport à la dernière période visée et s'apparentaient aux taux moyens des autres Canadiens et Canadiennes de l'Atlantique et à la moyenne nationale.



Les taux de survie d'un an aux crises cardiaques et les taux de survie de 180 jours aux accidents vasculaires cérébraux dépendent de la qualité des soins hospitaliers initiaux, ainsi que de l'efficacité des soins communautaires dispensés de manière soutenue après la sortie de l'hôpital. Les taux de survie nets aux crises cardiaques se sont améliorés depuis la dernière période visée, soit de 91,3 p. 100 et 93,1 p. 100 respectivement, pour les femmes et les hommes. Bien que le taux de survie net pour les femmes victimes d'accident vasculaire cérébral ait augmenté de 3,7 p. 100, celui des hommes a chuté de 88,9 p. 100 à 87 p. 100. Ce dernier représente un taux de 17 p. 100 plus élevé que les taux moyens des autres Canadiens de l'Atlantique.



Les taux de mortalité dans les 30 jours d'hospitalisation due à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral servent d'indicateurs de l'efficacité des soins d'urgence et de la qualité des soins hospitaliers. Les taux néo-brunswickois de 30 jours d'hospitalisation pour les IAM (12,9 p. 100) sont restés stables par rapport à l'année dernière, mais étaient d'environ deux points supérieurs à la moyenne canadienne. Par contre, le taux mortalité due à un AVC a chuté légèrement, de 19,2 p. 100 à 19 p. 100, un taux similaire à celui des autres Canadiens et Canadiennes en moyenne, mais de cinq points en dessous des taux moyens des autres résidents du Canada atlantique.

Les taux de réadmission pour les crises cardiaques et les pneumonies donnent une idée de la qualité et de l'efficacité des soins hospitaliers et communautaires. Le taux néo-brunswickois de réadmission dans la même année pour les crises cardiaques se situait à environ 9 p. 100, comparativement à seulement 8,2 p. 100 et 6,9 p. 100 pour ceux des provinces de l'Atlantique et des autres Canadiens et Canadiennes respectivement. Le taux néo-brunswickois de réadmission pour les pneumonies (2,8 p. 100) a cru légèrement par rapport à l'an dernier et se situait sous la moyenne nationale (3,2 p. 100) et la moyenne issue des autres provinces de l'Atlantique (3 p. 100).

Un meilleur accès aux soins de santé primaires contribue à une plus grande utilisation des soins ambulatoires, à prévenir les hospitalisations inutiles et à améliorer l'état de santé de la population. Les taux d'hospitalisation pour les troubles propices aux services ambulatoires correspondent aux taux d'hospitalisation pour des troubles médicaux pour lesquels des soins ambulatoires appropriés préviennent ou empêchent la nécessité d'une admission à l'hôpital. C'est un indicateur de l'efficacité, de la disponibilité des soins communautaires, et de leur accessibilité. On ne peut éviter toutes les admissions liées à des états propices au traitement ambulatoire, mais cependant, un taux anormalement élevé peut faire état de difficultés d'accès aux soins primaires. Le taux d'hospitalisation néo-brunswickois (par 100 000 habitants) attribuable à des troubles médicaux propices au traitement ambulatoire est de 708 (supérieur à la moyenne des autres provinces de l'Atlantique (586,2 par 100 000 habitants) et au taux national moyen (416 par 100 000 habitants)).

IV. Avenir de la santé et des soins de santé au Nouveau-Brunswick

Dans cette fiche de rendement, on a pu comparer l'état de santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et le rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick avec le rendement des périodes visée par des rapports précédents ainsi qu'avec la moyenne canadienne et la moyenne des autres provinces de l'Atlantique. Bien que ces mesures n'offrent qu'un aperçu sélectif plutôt qu'à long terme, elles brossent tout de même un tableau important du rendement du Nouveau-Brunswick.

Dans l'ensemble, les données de la présente fiche révèlent que le Nouveau-Brunswick s'en tire bien quant au rendement de son système de santé; des améliorations ont été particulièrement remarquées en matière d'accès aux médecins et à d'autres services de santé. Toutefois, le taux d'hospitalisation attribuable aux troubles propices au traitement ambulatoire (que l'on peut considérer comme une mesure découlant des soins de santé primaires) reste une source de préoccupations, surtout lorsque nous nous comparons au reste du Canada.

L'état de santé du Nouveau-Brunswick dans l'ensemble dégage des tendances modestes; les indicateurs tels l'espérance de vie, l'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé, l'insuffisance de poids à la naissance, la santé mentale autodéclarée correspondent en moyenne à ceux du Canada atlantique, ou arrivent en tête. Les comportements sains montrent aussi des signes positifs, alors que l'on voit s'accroître le nombre de non-fumeurs et les taux d'activité physique. Ceci étant dit, ce ne sont pas tous les membres de la société qui en bénéficient, et les Néo-Brunswickoises et les Néo-Brunswickois, comme les autres résidents du Canada atlantique, accusent du retard sur les indicateurs canadiens en matière de poids corporel et de consommation responsable de boissons alcoolisées (chez les hommes).

D'autres indicateurs montrent aussi des secteurs nécessitant plus d'attention. Les taux de chlamydia, qui étaient auparavant inférieurs aux taux moyens canadiens, les équivalent désormais. Les taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral (chez les femmes), et de mortalité due aux cancers du poumon, colorectal et de la prostate (chez les hommes) se classent tous au-dessus des taux moyens canadiens, et les années potentielles de vie perdue en raison de blessures accidentelles (chez les hommes) et du suicide (chez les hommes et les femmes) sont des secteurs où nous devons nous améliorer. Comme le gouvernement provincial n'est qu'un parmi de nombreux acteurs ayant une influence sur les résultats d'ensemble en matière de santé, il s'est engagé à travailler en partenariat envers l'atteinte d'objectifs communs.

Répondre aux besoins grandissants du système de soins de santé de notre province relève d'une tâche complexe, et aucune initiative n'apportera d'elle-même toutes les solutions. Toutefois, les mesures mises de l'avant conformément au Plan provincial de la santé donnent déjà des premiers résultats. Le plan d'action de la Stratégie du mieux-être, que pilotera le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, orientera le Nouveau-Brunswick pour qu'il devienne la « province du mieux-être », un but fixé par le premier ministre Bernard Lord dans son discours sur l'état de la province de 2006. Une hausse du niveau d'activité physique au sein de la population du Nouveau-Brunswick compte parmi les mesures les plus efficaces pour améliorer la santé globale, et incidemment la productivité de même que le sentiment de bien-être.

La présente fiche de rendement montre que nous avons jeté, par l'entremise du Plan provincial de la santé, des fondations solides pour améliorer la santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises et pour accroître la vitalité du système de santé qui leur fournit les services.