



Systeme de la santé et
des services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Report annuel **2004-2005**



Rapport annuel

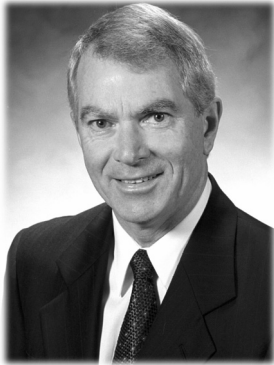
pour l'exercice terminé le 31 mars 2005

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour plus de renseignements concernant ce rapport, communiquez avec nous :
C.P. 2000, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8 CANADA
Téléphone : (902) 368-5272 Télécopieur : (902) 368-4969
ou consultez notre site Web, à www.gov.pe.ca



Message du ministre



À l'honorable J. Léonce Bernard
Lieutenant-gouverneur de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le lieutenant-gouverneur,

J'ai l'immense privilège de vous présenter le Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2005.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in black ink that reads "J. Chester Gillan". The signature is written in a cursive style.

J. Chester Gillan
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

| | |
|--|----|
| Message du sous-ministre | 1 |
| Rôle et responsabilités du ministère | 3 |
| Notre vision, notre mission, nos principes et nos objectifs | 3 |
| Rôle et responsabilités du ministre | 4 |
| Rôle et responsabilités du sous-ministre | 6 |
| Réseau de la santé et des services sociaux | 8 |
| Structure organisationnelle | 8 |
| Ministère de la Santé et des Services sociaux | 9 |
| Rôle des divisions | 9 |
| Rôles et responsabilités du conseil des régies des services de santé | 11 |
| Régies des services de santé | 13 |
| Membres du conseil des régies des services de santé | 14 |
| Revue de l'année | 15 |
| Faits saillants de l'année | 15 |
| Mieux-être | 15 |
| Développement sain de l'enfant | 23 |
| Accès aux services | 27 |
| Ressources humaines | 34 |
| Technologie de l'information sanitaire | 38 |
| Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé | 39 |
| Résultats obtenus | 42 |
| Objectif n°1 : Améliorer l'état de santé des Insulaires | 42 |
| Objectif n°2 : Accroître la responsabilisation en matière de santé | 51 |
| Objectif n°3 : Améliorer la viabilité du réseau | 61 |
| Objectif n°4 : Accroître la confiance de la population par rapport au réseau ... | 64 |
| Objectif n°5 : Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel . | 65 |
| Responsabilités législatives | 69 |
| Modifications législatives | 70 |
| Annexes | 72 |
| Annexe A - États financiers | 72 |
| Annexe B - Prévisions budgétaires | 73 |

Message du sous-ministre

L'honorable Chester Gillan
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Province de l'Île-du-Prince-Édouard



Monsieur le ministre,

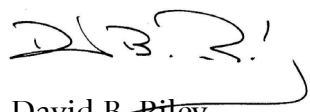
J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel 2004-2005 du réseau de la santé et des services sociaux.

Je suis fier de nos nombreuses réalisations en 2004-2005 et tiens à souligner les suivantes :

- **La Stratégie de lutte contre le cancer pour l'Île-du-Prince-Édouard 2004-2015** a offert des recommandations portant sur la question du cancer, telles que la prévention, le dépistage, le traitement et les soins palliatifs afin d'atteindre trois objectifs principaux.
- La modification du Programme de soins dentaires pour les enfants a permis d'avoir un programme plus viable tout en continuant d'être un des programmes de grande envergure les plus complets au Canada.
- La campagne de vaccination a permis à environ 7000 élèves des écoles Insulaires de participer à une étude portant sur le vaccin contre la coqueluche.
- Le nouveau programme d'adoption avec soutien, qui a été conçu pour encourager et assurer l'adoption d'enfants en difficulté qui sont sous la tutelle de la province.
- Le nouvel **Hôpital du comté de Prince** est entièrement opérationnel depuis le 4 avril 2004.
- Le prix des « Meilleures pratiques » du Conseil canadien de la santé est une réalisation extraordinaire pour le programme PEI Integrated Palliative Care.

Je suis ravi des progrès réalisés par rapport aux objectifs énoncés dans le plan stratégique et impatient de relever les autres défis que nous réserve notre collaboration en vue de l'amélioration de la santé des Insulaires.

Le tout respectueusement soumis,



David B. Riley
Sous-ministre

Rôle et responsabilités du Ministère _____

Vision

Des services de qualité dont le but est de promouvoir la santé et l'autonomie grâce à des relations fondées sur la confiance et le partage des responsabilités.

Mission

La mission du réseau de la santé et des services sociaux est de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé et l'autonomie des Insulaires.

Principes

Mieux-être

Notre priorité est le mieux-être et la santé des enfants.

Viabilité

Nous distribuerons les ressources de façon à répondre aux besoins changeants et à assurer un accès continu à des programmes et à des services de qualité.

Responsabilisation

Nous allons mesurer notre rendement et les résultats atteints, puis en rendre compte.

Objectifs

- Améliorer l'état de santé
- Accroître la responsabilisation en matière de santé
- Améliorer la viabilité du réseau
- Accroître la confiance du public dans le réseau
- Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
- Maintenir les acquis

Rôle et responsabilités du ministre

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable devant l'Assemblée législative de l'Île-du-Prince-Édouard de la qualité du réseau provincial de la santé et des services sociaux et de ses répercussions sur la santé et le mieux-être des Insulaires. Le ministre, en collaboration avec les régies des services de santé*, est responsable de l'orientation des stratégies, des plans et des politiques à l'échelle du réseau. Il se charge aussi de communiquer les besoins et préoccupations des régies des services de santé et des Insulaires au Conseil exécutif ainsi qu'à l'Assemblée législative. Le ministre s'occupe d'allouer les ressources aux régies des services de santé de manière juste et équitable, surveille le rendement du réseau et les résultats obtenus, puis en rend compte.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :

En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les régies des services de santé, les médecins, les autres ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé et organismes en santé non gouvernementaux :

- La santé des personnes
- La responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé
- L'influence des milieux physique et social sur la santé des personnes
- L'autonomie
- La qualité des logements dans la province
- La qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé des personnes
- La viabilité du réseau provincial de la santé et des services sociaux

En collaboration avec les régies des services de santé, les médecins et les fournisseurs de soins :

- La qualité des services et ses répercussions sur les personnes
- La rentabilité des services de santé et des services sociaux
- La satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- L'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux
- La santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- Le mieux-être en milieu de travail et le moral des fournisseurs et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux
- La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles
- La confiance du public dans le système de la santé et des services sociaux

Le ministre est également responsable des éléments suivants :

- La qualité et le rendement des fournisseurs et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux et régionaux, et la façon dont ils accomplissent leurs tâches
- La confiance des médecins et des fournisseurs de soins dans le système de la santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard
- Les relations avec les autres gouvernements, les intervenants et les organismes
- La qualité de la surveillance des résultats en matière de santé, de même que le rendement des services de santé et des services sociaux
- L'état des installations et de l'équipement du réseau de la santé et des services sociaux
- L'état des finances du réseau de la santé et des services sociaux
- Le respect des lois et des règlements gouvernementaux

- L'application des lois et des règlements pertinents
 - Il doit également assumer les autres responsabilités et obligations qui lui sont de temps à
 - autre assignées par l'Assemblée législative et le Conseil exécutif.
- * On entend par régions des services de santé les quatre régions régionales des services de santé et la Régie provinciale des services de santé (RPSS).*

Rôle et responsabilités du sous-ministre

Le rôle du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux est de faire preuve de leadership en matière d'innovations et d'amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux, et d'offrir des services administratifs et de réglementation de grande qualité au réseau de la santé et des services sociaux et aux Insulaires.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :

La qualité des conseils, de l'aide, de l'information et du leadership offerts au ministre et, au besoin, aux régies des services de santé et à leur personnel, et aux fournisseurs de soins de santé publics et privés, par rapport à des questions touchant :*

- L'élaboration et l'application des politiques
- L'élaboration et l'adoption de normes en matière de résultats
- La surveillance des résultats en matière de santé et de l'état de santé de la population
- L'élaboration de cadres et de processus de planification
- L'allocation des ressources
- La planification des projets d'investissement
- Les stratégies de communication
- La planification et le développement des ressources humaines
- La planification des systèmes de technologie de l'information
- La gestion des questions
- L'élaboration et l'interprétation des lois et des règlements, ainsi que leur respect
- L'interaction avec les autres gouvernements
- La diffusion des connaissances scientifiques et des données comparatives
- Tous les domaines compris dans l'énoncé de mission du réseau de la santé et des services sociaux

La qualité de l'administration et des services primaires :

- Enregistrement, perception des primes, paiement des fournisseurs et autres services de paiement des médecins
- Obtention de services de santé à l'extérieur de la province et paiements connexes
- Contrôle de la tuberculose, des MTS et des autres maladies transmissibles
- Contrats avec les services ambulanciers et politiques connexes
- Contrats avec les services transfusionnels
- Systèmes de technologie de l'information
- Consultations avant et après l'adoption
- Contrats avec les organismes provinciaux non gouvernementaux
- Programmes sur l'autisme
- Ressources d'information sur la santé

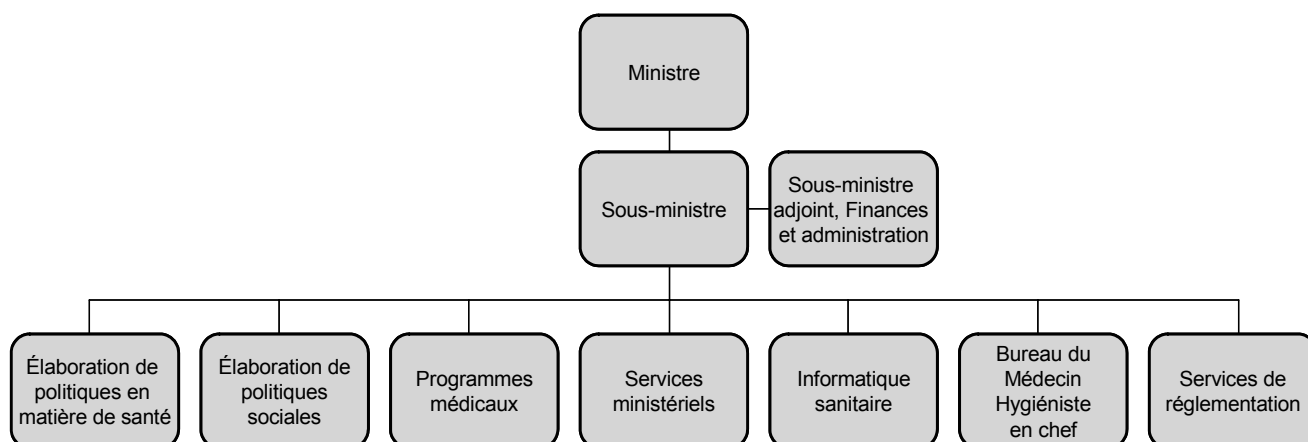
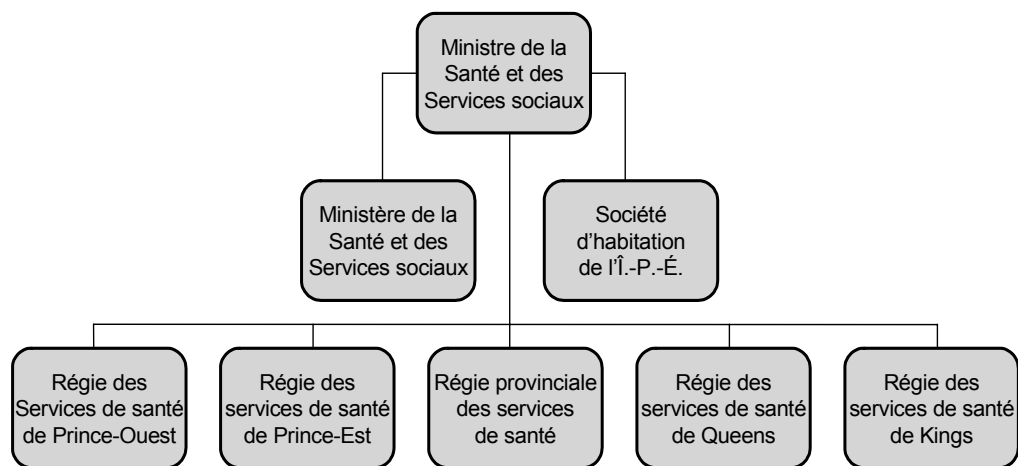
Le sous-ministre est également responsable des éléments suivants :

- La qualité de la législation relative à la santé et aux services sociaux et l'application des lois et des règlements pertinents
- La qualité de la surveillance des résultats provinciaux et régionaux en matière de santé
- La satisfaction de la clientèle et des fournisseurs de soins

- L'exercice de son influence sur les décisions des autres gouvernements, ministères et organismes liés à la santé, au besoin
- La qualité des relations avec les autres gouvernements, les régies des services de santé et leur personnel, les ministères, les organismes, les associations, les fournisseurs et les entrepreneurs.
- La qualité, le rendement, le moral et la conduite du personnel ainsi que la santé et la sécurité au travail
- La confiance de la population dans le réseau de la santé et des services sociaux
- Les coûts et la rentabilité
- L'état des finances et des actifs du Ministère
- Le respect des lois et des politiques du gouvernement au sein du Ministère
- Les autres tâches et obligations qui sont de temps à autre assignées par le ministre

**La qualité englobe la fiabilité, l'utilité, la quantité, les délais, le coût, l'attitude et la confidentialité.*

Structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux _____



au 1avril 2004

Ministère de la Santé et des Services sociaux _____

Le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux consiste à appuyer le travail des régies des services de santé et de la RPSS en faisant preuve de leadership en matière d'innovations et d'amélioration continue, et à offrir des services administratifs et de réglementation de grande qualité.

Rôle des divisions _____

Élaboration de politiques en matière de santé

La Division de l'élaboration de politiques en matière de santé est responsable de l'orientation des politiques, de l'élaboration de programmes, de l'évaluation et du soutien des politiques en matière de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies, la politique sur les soins prolongés (soins à domicile, soins de longue durée, soins palliatifs et soins communautaires), la politique sur les soins de santé primaires, la politique sur la santé dentaire, la politique sur les soins infirmiers, la gestion des maladies chroniques, la santé de la population et la recherche en matière de santé. La Division est également responsable de l'élaboration de politiques dans un certain nombre de domaines, dont les suivants : réduction du tabagisme, stratégie en matière de saine alimentation, stratégie en matière de modes de vie sains, dépistage du cancer du col utérin, restructuration des soins de santé primaires, initiatives relatives au diabète, ainsi que soins à la mère et au nouveau-né.

Élaboration de politiques sociales

La Division de l'élaboration de politiques sociales est responsable de l'orientation des politiques, de l'élaboration de programmes, des services et programmes spécialisés, ainsi que des politiques fédérales, provinciales et territoriales dans les domaines suivants : programmes de services sociaux à l'enfance, programmes nationaux de prestations pour enfants, protection de l'enfant, placement en famille d'accueil, adoption, développement du jeune enfant, services aux enfants autistes d'âge préscolaire, services aux jeunes, aide sociale, amélioration de l'emploi et de l'aptitude à l'emploi, soutien et services à la famille, prévention de la violence familiale, services aux personnes handicapées, santé mentale, traitement des dépendances, logement social, ainsi que services de santé et services sociaux d'urgence.

Programmes médicaux

La Division des programmes médicaux est responsable de la gestion des services de santé, tel que prévu par la *Drug Cost Assistance Act*, la *Health Services Payment Act*, la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, la *Hospitals Act*, la *Human Tissue Donation Act*, la *Medical Act* et la *Public Health Act*. Les services et programmes médicaux comprennent le régime d'assurance-maladie provincial, les services reçus d'un médecin, les négociations et les consultations avec un médecin, de même que le paiement et l'évaluation des factures des médecins. La Division est également responsable des services ambulanciers, des services d'évacuation aérienne d'urgence, des services transfusionnels canadiens, du programme de liaison pour les services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province, des autorisations pour les services de santé offerts à l'extérieur de la province, du recrutement de médecins, de l'évaluation des technologies de la santé et des programmes provinciaux de médicaments.

Services ministériels

La Division des services ministériels offre des conseils, de l'aide et de l'information dans les domaines suivants : élaboration de politiques, planification stratégique, mesure des résultats, communications, gestion et politiques liées à la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, relations externes et intergouvernementales, gestion des ressources humaines, services en français et législation.

Informatique sanitaire

La Division de l'informatique sanitaire cherche, planifie, conçoit, met en oeuvre et soutient des solutions de technologie et de gestion de l'information pour le réseau de la santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, et ce, en collaboration avec les régies des services de santé et les clients du Ministère, et dans le cadre de la stratégie en matière de technologie de l'information mise en oeuvre par le réseau et le gouvernement provinciaux.

Bureau du médecin hygiéniste en chef

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef est responsable de la gestion de la *Public Health Act*, de la supervision des programmes de santé publique connexes, ainsi que de la surveillance et du contrôle des maladies.

Finances et administration

La Division des finances et de l'administration a l'entière responsabilité de la gestion financière et budgétaire, des planification et analyse financières, ainsi que de la recherche et du développement dans les domaines liés aux finances et aux politiques.

Services de réglementation

La Division des services de réglementation élabore des programmes et des politiques de réglementation et offre des services de surveillance et de délivrance de permis pour veiller au respect des règlements et des normes établies par la loi qui visent les établissements de soins communautaires et les foyers de soins privés, les ambulanciers et les techniciens d'urgence médicale, les services en diététique et de protection des adultes, ainsi que les tuteurs publics.

La Division aide le médecin hygiéniste en chef à faire appliquer les règlements visés par la *Public Health Act*. De plus, c'est à la Division qu'il revient d'établir les normes de la *Loi sur le tabac* et de la *Smoke-Free Places Act*, de les appliquer et de les promouvoir. Parmi les programmes d'inspection menés par la Division, mentionnons ceux sur la salubrité des aliments, les logements locatifs, la vente de tabac aux mineurs, les abattoirs, les piscines, les terrains de caravaning, les terrains de camping, ainsi que les établissements publics, comme les garderies, les maternelles, les établissements de soins communautaires, les foyers de soins, les hôpitaux et les établissements correctionnels.

La Division est responsable de la collecte, de l'enregistrement et de la mise à jour des renseignements relatifs à l'état civil dans la province. Ces renseignements comprennent les naissances, les décès, les mariages, les adoptions, les divorces, les mortinaissances, les changements de nom et l'enregistrement des ecclésiastiques pour les cérémonies de mariage.

Rôle et responsabilités du conseil des régies des services de santé

Le réseau de la santé et des services sociaux, qui comprend déjà le ministère, compte cinq régies des services de santé, qui comprennent les quatre régions sanitaires (Prince-Ouest, Prince-Est, Queens et Kings) et la RPSS. Chaque région est dirigée par un conseil de santé régional qui a pour mandat d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux dans sa région et qui doit rendre compte au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le conseil consultatif provincial des services de santé offre au chef de la direction de la RPSS des conseils sur toute question touchant les établissements, les programmes et les services sous sa responsabilité.

Le rôle d'un conseil de santé est de définir le plan stratégique de la région sanitaire en se basant sur le plan stratégique provincial; d'évaluer l'état de santé et les besoins de la population en matière de santé et d'en rendre compte; de surveiller le rendement du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que ses répercussions sur les résultats, sur l'état budgétaire et sur le moral et le rendement du chef de la direction et du personnel, puis d'en rendre compte; de collaborer avec d'autres organismes communautaires qui ont une influence sur les déterminants de la santé de leurs résidants; et de conseiller le ministre sur des questions touchant le réseau de la santé et des services sociaux.

Le conseil de chaque régie régionale des services de santé est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans sa région dans les domaines suivants :

En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les médecins, les ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé et les organismes de santé et de services sociaux non gouvernementaux, les régies des services de santé cherchent à :

- Améliorer la santé des résidants de chaque région
- Favoriser la responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé des résidants
- Soutenir l'autonomie des personnes ayant des handicaps physiques ou intellectuels, ou encore des problèmes financiers
- Améliorer la qualité des logements dans chaque région
- Améliorer la qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé dans chaque région
- Assurer la viabilité du réseau de la santé et des services sociaux de chaque région

En collaboration avec les médecins et les fournisseurs de soins de santé, les régies des services de santé cherchent à :

- Assurer la qualité des services de santé et des services sociaux, et ses répercussions sur les personnes
- Veiller à la rentabilité des services de santé et des services sociaux
- Assurer le suivi de la satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- Veiller à l'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux
- Assurer la santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- Maintenir la confiance de la population dans le réseau de la santé et des services sociaux de chaque région

Les régies des services de santé sont également responsables des éléments suivants :

- Le mieux-être en milieu de travail et le moral de leur personnel
- La qualité et le rendement supérieurs du personnel dans la façon dont il accomplit ses tâches
- La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles régionaux
- La confiance des médecins et des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux dans la régie régionale des services de santé
- L'entretien de bonnes relations avec les autres régies régionales des services de santé, le Ministère, les intervenants et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'intérieur et à l'extérieur de la province
- La qualité de la surveillance des résultats en matière de santé, de même que le rendement des services de santé et des services sociaux
- L'état des installations, de l'équipement et des finances de chaque régie régionale des services de santé
- Le respect et l'application des lois et des règlements gouvernementaux

Les soins palliatifs et aux aînés, les soins intensifs et de longue durée, ainsi que les services en santé mentale et de traitement des dépendances sont offerts dans de nombreux établissements et installations de l'Île-du-Prince-Édouard. Les services de soutien aux enfants, aux familles et aux collectivités sont également accessibles dans toutes les régions. Les régies régionales comptent aussi des divisions internes qui sont responsables des initiatives en matière de ressources humaines, de la planification et des politiques, ainsi que des finances et de la technologie de l'information.

Régies des services de santé

Régie régionale des services de santé de Prince-Ouest

Formée en 1994, elle est responsable de la gestion de tous les aspects des services communautaires et de santé offerts aux résidants de Prince-Ouest et de la prestation de divers programmes.

Régie régionale des services de santé de Prince-Est

Elle répond aux besoins en matière de soins de santé primaires et de services sociaux des personnes, des familles et des collectivités de Crapaud à Ellerslie. Elle élabore des stratégies visant à améliorer la santé et le mieux-être des résidants de Prince-Est et fait la promotion d'un équilibre adéquat dans tous les aspects des soins, y compris les aspects de promotion, de prévention, de guérison, de réadaptation et de soutien de la santé.

Régie régionale des services de santé de Queens

Elle est responsable de la planification, de l'intégration et de la coordination de la prestation de services communautaires et de santé de qualité dans le comté de Queens, et axe ses efforts sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de programmes qui traitent, gèrent et soutiennent ses clients tout au long de leur vie.

Régie régionale des services de santé de Kings

Elle doit veiller à ce que tous les services offerts soient accessibles et adéquats en assurant leur prestation à l'échelle locale; s'assurer que les services sont dispensés efficacement et gérés à l'échelle régionale; veiller à ce que les services répondent mieux aux besoins des résidants de la région; assurer la surveillance de la qualité des services offerts; et chercher à obtenir les conseils et l'opinion des résidants par rapport aux besoins et à l'efficacité des services et des programmes, contribuant ainsi à accroître le sentiment d'appartenance à la collectivité.

Régie provinciale des services de santé (RPSS)

Elle doit assurer le leadership en matière de prestation de soins intensifs et spécialisés secondaires provinciaux en vue de l'amélioration de la santé et du mieux-être des résidants, et ce, en se concentrant précisément sur la qualité, et l'utilisation et la planification améliorées de ces services, ainsi que l'accès à ceux-ci.

Membres du conseil des régies des services de santé _____

Région sanitaire de Prince-Ouest

Ernest Hudson, président
 Juanita Gaudet, vice-présidente
 Barry Clohossy
 Brenda Doyle
 Maxine Ellis
 Donald G. Stewart
 Eva Rennie

Région sanitaire de Queens

Douglas MacDonald, président
 William Fitzpatrick, vice-président
 Kirsten Connor
 Cheryl Dalziel
 Judy Gillis
 Dr. Bob Johnson
 Garth McCarville
 Dr. Robert Morrison
 Helene Garg

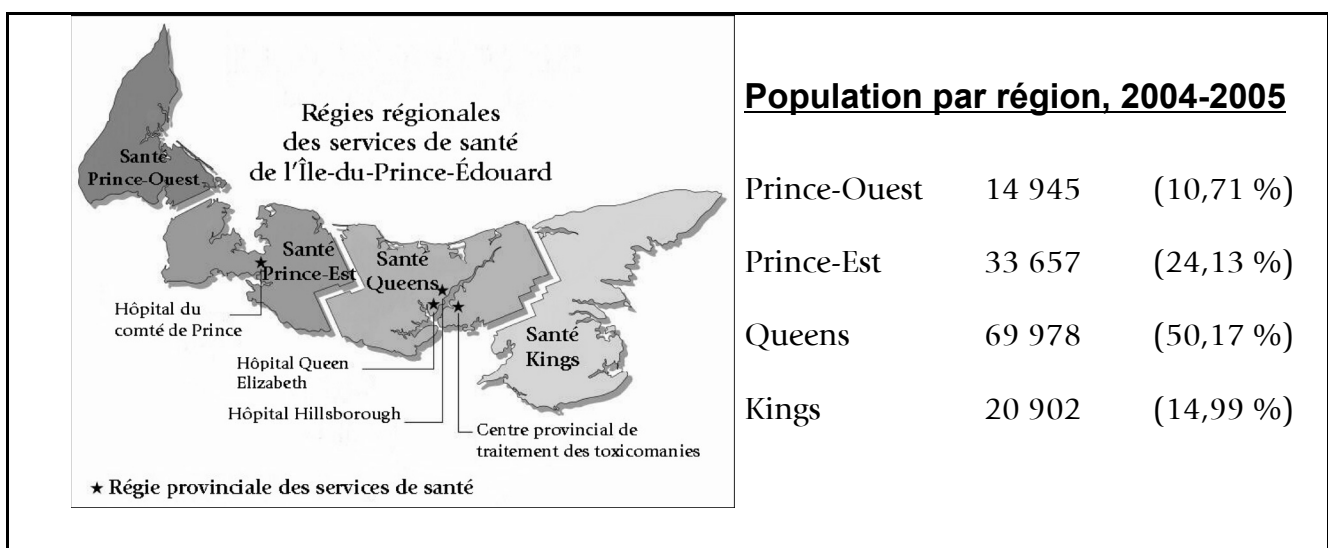
Région sanitaire de Prince-Est

D^r Allen MacLean, président
 Alcide Bernard
 T. Doreen Gunn
 Melinda M. Mulligan
 Carol Peters
 Lorraine Robinson
 Gertrude Trainor
 Leonard Russell
 1 Vacancy

Région sanitaire de Kings

Sherry Kacsmarik, présidente
 Marian Trowbridge, vice-présidente
 Michael Gallant
 Tom Carver
 J. Lloyd Soloman
 Kevin Brothers
 Randy Dingwell

au 31 mar, 2005



Revue de l'année

Mise en oeuvre de la stratégie

Le plan stratégique quinquennal du système des services de santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard a été établi en vue de fournir un cadre pour l'amélioration de la santé des Insulaires et du rendement du système au cours de la période de cinq ans allant de 2001 à 2005.

À la suite de consultations menées auprès des fournisseurs et de la population, le plan a cerné six enjeux majeurs auxquels est confronté le système : les attentes et la demande de la population, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, l'accès approprié aux soins de santé primaires, l'hygiène de vie, la population vieillissante et la prévention des maladies.

Six stratégies permettent d'imprimer la direction suivie par le système en vue d'améliorer les résultats escomptés. Ces stratégies englobent le mieux-être, le développement sain de l'enfant, l'accès aux services, les ressources humaines, la technologie de l'information appliquée à la santé et les partenariats pour agir sur les déterminants de la santé. La section suivante met en lumière les progrès réalisés par le système en 2004-2005 pour ce qui est de chaque stratégie et des enjeux majeurs susmentionnés.

Faits saillants de l'année

Mieux-être

Les initiatives en matière de mieux-être, qui incitent les gens à atteindre et à maintenir le plein épanouissement de leur santé, sont essentiellement axées sur la prévention des maladies et l'amélioration de l'état de santé des Insulaires.

Stratégie de promotion d'un mode de vie sain

La Stratégie de promotion d'un mode de vie sain de l'Île-du-Prince-Édouard a été lancée en juin 2003. Grâce à la stratégie, le gouvernement, les alliances communautaires et les organisations non gouvernementales (ONG) peuvent continuer de travailler ensemble en vue d'inciter les Insulaires à agir sur trois plans pour lutter contre les facteurs de risque communs des maladies chroniques : la saine alimentation, l'activité physique et la lutte contre le tabagisme.

L'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de la stratégie sont coordonnées par l'entremise d'un comité directeur composé de représentants des ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation et des Affaires communautaires et culturelles, du Bureau du procureur général, des commissions scolaires, des administrations régionales des soins de santé, du gouvernement fédéral, des administrations municipales et des organisations non gouvernementales ainsi que de l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É., l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. et l'Alliance pour la lutte contre le tabagisme de l'Î.-P.-É.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, plusieurs initiatives qui ont renforcé la stratégie dans son ensemble ont été amorcées. Elles portaient sur :

Les coordonnateurs de la promotion d'un mode de vie sain

Les coordonnateurs régionaux de la promotion d'un mode de vie sain ont communiqué et travaillé avec les nombreux organismes partenaires et les membres de la collectivité en vue d'améliorer les programmes existants, de créer de nouvelles initiatives et de mettre en place des milieux favorables à un mode de vie sain.

Les déterminants de la santé

Le ministère a été très heureux de sa participation en tant que partenaire principal au projet de lutte contre les inégalités et les maladies chroniques à l'Île-du-Prince-Édouard (*Addressing Inequity and Chronic Disease in Prince Edward Island*). Le projet piloté par l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. consistait en une série de cinq forums et avait pour but d'accroître la compréhension des intervenants sur les effets des déterminants culturels de la santé sur les maladies chroniques.

La saine alimentation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a continué de participer activement à la mise en oeuvre de la Stratégie pour une saine alimentation, qui a été élaborée et lancée par l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É. en 2002 en vue d'améliorer les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents de l'île au moyen de l'éducation, de la promotion et de la création de milieux favorables à une saine alimentation.

Plusieurs initiatives ont été amorcées au cours de l'année écoulée en vue de sensibiliser davantage les parents et les enfants à une saine alimentation et d'accroître leurs connaissances en la matière :

- Une séance d'information destinée aux parents (*Growing Up Healthy and Media Wise*), qui visait à les informer du rôle, des messages et de l'influence des médias dans la vie quotidienne, s'est tenue en janvier.
- Dans le cadre de la Semaine de la saine alimentation en mars, plus de 400 enfants et parents ont participé à une baignade gratuite à la piscine et à des collations saines dans le cadre d'une activité aquatique d'hiver tenue dans chacune des quatre régions sanitaires.
- Un nouveau site Web renferme des conseils pour manger sainement, des recettes, des jeux et d'autres renseignements destinés aux parents et aux enfants en vue de favoriser de saines habitudes alimentaires.
- Un nouveau Service de conférences a été créé pour répondre au grand nombre de demandes de conférences et d'expositions présentées par de nombreux organismes communautaires.
- Un manuel ressource sur la saine alimentation à l'école, *Healthy EATS Toolkit*, et un bulletin ont été élaborés en vue d'informer et d'aider les écoles élémentaires et régionales qui veulent apporter des changements en vue de promouvoir une saine alimentation.

- Le Groupe de travail sur l'accès à des aliments sains continue de gérer les programmes des petits-déjeuners et des collations dans les écoles de l'Île. En 2005, il y avait 43 de ces programmes en existence, une augmentation par rapport aux 18 programmes qui existaient en 2003.

L'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É., le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et les associations des foyers-écoles ont travaillé ensemble en vue d'élaborer des politiques pour une saine alimentation dans les écoles élémentaires de la province. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé des fonds à l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É. pour qu'elle s'occupe de cette tâche. L'adoption de ces politiques a été couronnée de succès, marquant une étape importante dans la création de milieux propices à la bonne alimentation pour les enfants de l'Île afin d'accroître leur aptitude générale à apprendre et à faire de bons choix alimentaires à l'école. On a entrepris l'élaboration de politiques semblables pour le niveau intermédiaire.

Lutte contre le tabagisme

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a continué d'être un membre actif de l'Alliance pour la lutte contre le tabagisme de l'Î.-P.-É. Ainsi, il a travaillé en collaboration avec d'autres en vue d'aider les non-fumeurs à ne jamais commencer à fumer, à encourager et à aider les fumeurs à cesser de fumer et à promouvoir des milieux sains en éliminant l'exposition à la fumée des autres.

Les clubs de lutte contre le tabagisme dans les écoles secondaires de l'Île, *Students Working In Tobacco Can Help (SWITCH)*, ont tenu de nombreuses activités de sensibilisation dans les écoles et les collectivités. Ils ont organisé un rassemblement dans le centre-ville de Charlottetown sous le thème « Nous sommes une cible ». La ministre responsable de l'Agence de santé publique du Canada, Carolyn Bennet, les a félicités pour leur travail.

La province continue de montrer la voie en ce qui concerne la fourniture d'un soutien complet aux gens qui veulent cesser de fumer au moyen de la ligne d'aide *PEI Quitline*, au 1 888 818-6300, et du programme *Quit Care* des Services de toxicomanie de la province.

Taux d'usage du tabac

| Taux d'usage du tabac déclarés chez les fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus, ESUTC, de 1999 à 2004 | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Î.-P.-É. | 26 | 26 | 26 | 23 | 21 | 21 |
| Canada | 25 | 24 | 22 | 21 | 21 | 20 |
| Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 1999-2004 | | | | | | |
| L'Île-du-Prince-Édouard a connu une diminution des taux d'usage du tabac. En 2004, 21 % des adultes âgés de 15 ans et plus étaient des fumeurs par rapport à 23 % en 2002 et à 26 % en 1999. | | | | | | |
| Taux d'usage du tabac déclarés chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, ESUTC, de 1999 à 2004 | | | | | | |
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Î.-P.-É. | 28 | 21 | 20 | 19 | 20 | 15 |
| Garçons | s.o. | s.o. | 22.2 | 23 | 21 | # |
| Filles | s.o. | s.o. | 18.6 | 15 | 18 | # |
| Canada | 28 | 25 | 22.5 | 22 | 18 | 20 |
| Garçons | 27 | 23 | 21.4 | 21 | 17 | 21 |
| Filles | 29 | 27 | 23.6 | 23 | 20 | 19 |

Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 1999-2004

- Variabilité d'échantillonnage élevée

Le taux d'usage du tabac chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans est passé de 28 % en 1999 à 15 % en 2004. Le taux d'usage du tabac chez les adolescents de l'Île-du-Prince-Édouard se range en 4^e place des taux les plus bas au pays, mais il est légèrement supérieur au taux national moyen pour 2003 (20 % à l'Île-du-Prince-Édouard par rapport à 18 % pour le Canada). Pour les années 2001 à 2003 pour lesquelles nous disposons de données spécifiques, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes à l'Île-du-Prince-Édouard est inférieur à celui des adolescentes alors que c'est le contraire pour l'ensemble du pays.

De moins en moins d'enfants sont exposés à la fumée secondaire chez eux. Selon les données de l'ESUTC, le taux d'exposition à la fumée secondaire a diminué à l'Île-du-Prince-Édouard pour passer de 27 % en 2000 à 18 % en 2003 pour les enfants âgés de 0 à 17 ans. Pour les enfants de 0 à 11 ans, la diminution était encore plus encourageante, le taux ayant passé de 25 % en 2000 à 16 % en 2003.

Le programme *Ça marche à l'Î.-P.-É.*

Le programme *Ça marche à l'Î.-P.-É.*, qui est axé sur le podomètre, vise à accroître le niveau d'activité physique chez les Insulaires. Depuis 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde des fonds à l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. pour la mise en place du programme *Ça marche à l'Î.-P.-É.*, dans toutes les localités et lieux de travail de l'Île.

En 2004-2005, 22 localités, 14 écoles et 6 lieux de travail ont offert le programme *Ça marche à l'Î.-P.-É.*, auquel 1 263 personnes ont participé. L'évaluation du programme de 2003-2004 a révélé une augmentation de 57 % des pas effectués quotidiennement pour les participants qui ont déclaré le nombre de pas qu'ils ont faits aux fins de l'évaluation. Il y a eu une augmentation de 44 % de l'activité physique, d'après les podomètres, chez les étudiants qui ont déclaré leurs pas aux fins de l'évaluation.

Initiative Écoles et collectivités actives et en santé

Le secteur de l'éducation a participé à la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain par l'entremise de l'Initiative Écoles et collectivités actives et en santé. Cette initiative a pour but d'ériger des écoles et des collectivités actives et en santé où les élèves, les enseignants, les parents et les collectivités travaillent ensemble en vue d'inciter les jeunes à adopter des modes de vie sains qui leur resteront leur vie durant.

Test de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Île-du-Prince-Édouard a été lancé en janvier 2001 en vue de réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus au moyen de l'administration régulière du test de Papanicolaou. Le cancer du col de l'utérus peut être évité dans la plupart des cas. Environ la moitié des femmes qui ont un cancer du col utérin n'ont jamais subi un test de Papanicolaou ou n'en ont pas eu régulièrement. Le taux de dépistage aux deux ans à l'Île-du-Prince-Édouard chez les femmes âgées de 20 à 69 ans demeure inchangé à 58 %.

Voici quelques faits saillants de la quatrième année du Programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Île :

■ L'éducation et la sensibilisation de la population

En octobre 2004, le programme a tenu sa 5^e campagne de sensibilisation au test de dépistage comme moyen de prévention du cancer du col de l'utérus. Cette année, une nouvelle annonce télévisée, qui a été diffusée en octobre 2004 et en janvier 2005, a été produite en collaboration avec la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve. De nombreuses séances d'information ont été tenues également tout au long de l'année en partenariat avec des organismes communautaires.

■ Dépistage du cancer du col de l'utérus – Cliniques itinérantes de dépistage

En réponse à la demande sans cesse croissante de services de clinique de dépistage du cancer du col de l'utérus, la Clinique de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Île-du-Prince-Édouard a continué de tenir des cliniques itinérantes de dépistage dans toutes les régions sanitaires. En 2004, 1 500 femmes se sont présentées à la clinique de dépistage à Cornwall ou à l'une des 42 cliniques itinérantes (une augmentation par rapport aux 1 174 femmes en 2003). Ces cliniques ont réussi à fournir un autre accès aux femmes qui ne subissent pas

assez souvent le test de dépistage étant donné que 65 % des femmes qui ont participé à ces cliniques n'avaient pas subi de test de dépistage dans les dernières deux ans.

■ **Lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus**

L'élaboration de lignes directrices provinciales en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus a été amorcée. On s'attend à ce que ces lignes directrices soient publiées l'année prochaine.

Stratégie de lutte contre le cancer

Le document *Partners Taking Action: A Cancer Control Strategy for Prince Edward Island 2004-2005*, qui énonçait la Stratégie provinciale de lutte contre le cancer a été publié en octobre 2004. La stratégie comporte trois grands objectifs qui sont de réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité liées au cancer à l'Île-du-Prince-Édouard; d'améliorer la qualité de vie des gens atteints du cancer et de leur famille; d'améliorer la viabilité du système de soins de santé. La stratégie renferme des recommandations en matière de prévention, de dépistage et de diagnostic du cancer, de traitement et de soins de soutien, de soins palliatifs, de soins en fin de vie ainsi qu'en matière de survie au cancer.

Le rapport a été rédigé par un comité consultatif composé de représentants de la Société canadienne du cancer, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Hospice Palliative Care Association (association pour les soins palliatifs), du Registre des cancers, du Centre de traitement du cancer, de l'Institut de recherche en santé, de la Medical Society of PEI (Société médicale de l'Î.-P.-É.), de la Régie provinciale des services de santé et de personnes ayant survécu à un cancer.

Rapport provincial sur les indicateurs de santé communs

Le second rapport de la province sur les indicateurs de santé communs, publié en novembre 2004, fait partie d'un engagement pris par les premiers ministres de fournir des rapports clairs sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, une initiative qui a débuté en 2002. L'évaluation, le suivi et le rapport public de la situation en matière de santé et du rendement du système des soins de santé permettent à la population canadienne de déterminer le niveau de succès avec lequel les provinces ont atteint des buts et des objectifs communs et aident les responsables de la prestation des soins de santé à faire des choix mieux informés, favorisent la détermination et l'échange des pratiques exemplaires et aident les Canadiens et les Canadiennes à comprendre comment se fait la prestation des soins de santé financés par les deniers publics.

D'après le rapport de l'année en cours, l'accès des Insulaires aux services de premier contact (services de santé courants, information et conseils en matière de santé) et aux soins immédiats pour des affections mineures correspond aux moyennes nationales. En plus de l'information en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, le rapport donne des renseignements sur la qualité des services. Les taux de satisfaction pour l'ensemble des services de soins santé et de soins prodigués par les médecins étaient supérieurs au taux national.

Un résumé du rapport est disponible sur le site Web du gouvernement à www.gov.pe.ca/health. La version française du rapport intégral, y compris de nombreux autres indicateurs et résultats d'autres provinces, se trouve à www.icis.ca/indicateurscomparables, et la version anglaise à www.cihi.ca/comparable-indicators.

Loi sur les endroits sans fumée

Le 1^{er} juin 2004 a marqué le premier anniversaire de la mise en application de la *Smoke-Free Places Act* (Loi sur les endroits sans fumée). L'objet de la loi est de protéger la population et les travailleurs des effets de la fumée secondaire en créant des milieux de travail et des endroits publics sans fumée. La *Smoke-Free Places Act* vise toutes les entreprises et les lieux de travail de l'Île, y compris les taxis et autres véhicules servant à des fins commerciales. En vertu de cette loi, il est interdit de fumer dans les lieux de travail et dans tous les autres lieux publics comme les restaurants et les bars, à l'exception des endroits désignés pour fumer qui répondent aux exigences fixées dans les règlements. Les employés ne sont pas tenus d'entrer dans les pièces désignées pour fumer et la nourriture et les boissons ne peuvent y être servis.

Le secteur des affaires a apporté une collaboration sans réserves. La plupart des restaurants avec permis d'alcool ont choisi de ne pas construire ni d'aménager de salles fumeurs, préférant interdire entièrement l'usage du tabac.

Stratégie de lutte contre le virus du Nil occidental et Programme de surveillance des maringouins

Un programme d'échantillonnage des maringouins, qui permet de surveiller les espèces qui sont les plus susceptibles d'être porteuses du virus du Nil occidental a repris en mai 2004.

Un technicien a été embauché pour mener une enquête sur les maringouins à l'échelle de l'Île durant l'été 2004. Les zones ayant fait l'objet de l'échantillonnage en 2003 l'ont été de nouveau, avec la mise en place d'un plus grand nombre de pièges à Charlottetown, dans Prince-Ouest et dans les régions rurales des comtés de Queens et de Prince. L'enquête sur les maringouins englobait l'identification des espèces, leurs nombres et leurs modes d'établissement dans la province.

Inspecteurs de la santé publique

En juin 2004, l'Île-du-Prince-Édouard a accueilli la 70^e Conférence nationale annuelle d'étude de l'Institut Canadien des Inspecteurs en Santé Publique (CIPHI), à Charlottetown. Près de 300 participants composés d'inspecteurs-hygiénistes et de professionnels de la santé et d'autres secteurs connexes, ont participé à la conférence. Parmi les sujets traités, on comptait la qualité de l'eau, le suivi des poussées de toxi-infection alimentaire, la grippe aviaire, les cas d'encéphalopathie spongiforme bovine au Canada et la qualité de l'air dans les maisons.

Le CIPHI est la seule association professionnelle réunissant les inspecteurs de la santé publique au Canada. Le CIPHI travaille à la protection de la santé de toute la population canadienne en s'occupant de questions liées à son environnement tout en faisant la promotion des sciences de l'hygiène du milieu et de la profession. Les agents d'hygiène du milieu sont agréés par le conseil

d'agrément du CIPHI. Le processus d'agrément assure le respect de normes supérieures en ce qui concerne l'accès à la profession. Le CIPHI offre également en permanence des occasions de perfectionnement professionnel.

Les agents d'hygiène du milieu de l'Île-du-Prince-Édouard inspectent les restaurants, les garderies, les foyers de soins, les établissements de soins communautaires, les piscines, les salons de tatouage et ainsi que la vente de tabac aux mineurs. En outre, le personnel d'Hygiène du milieu est chargé de l'exécution de la *Tobacco Sales to Minors Act* (Loi sur la vente de tabac aux mineurs) et de la *Smoke-Free Places Act* (Loi sur les endroits sans fumée). Ces professionnels s'occupent avec diligence de la prévention des maladies en informant le public de questions de sécurité tel que celle des aliments, de l'eau potable et de l'air à l'intérieur ainsi qu'en voyant à l'exécution d'un grand nombre de lois et de règlements.

Développement sain de l'enfant

Les expériences positives dans la première enfance ont des répercussions durables sur l'apprentissage, sur la capacité de former des liens et de participer à la vie communautaire.

Stratégie visant le développement sain de l'enfant

La mise en oeuvre de la Stratégie visant le développement sain de l'enfant de l'Î.-P.-É. se poursuit. Axée sur les enfants depuis la période prénatale jusqu'aux toutes premières années scolaires, la stratégie vise à améliorer les résultats dans les domaines suivants : sécurité et protection, santé, réussite à l'apprentissage, appartenance et responsabilité sociale.

Le Conseil du premier ministre sur le développement sain des enfants, le Secrétariat pour les enfants et le Groupe de travail sur les enfants continuent d'appuyer la mise en oeuvre et la coordination à l'intérieur du gouvernement, de la communauté et entre eux. Le plan d'action pour 2004-2005 visait les trois activités principales de la stratégie : le soutien des enfants et des familles, le développement des compétences et de la viabilité et l'établissement du profil du développement sain de l'enfant.

Partenariats pour les enfants

L'initiative Partenariats pour les enfants de l'Î.-P.-É. contribue financièrement aux projets d'aide aux enfants et aux familles des réseaux du Groupe de travail sur les enfants. Les réseaux appuient les secteurs d'actions clés de la Stratégie visant le développement sain de l'enfant de l'Î.-P.-É.

En 2004-2005, l'Initiative Partenariats pour les enfants a appuyé différentes activités axées sur les soins prénataux, la saine alimentation, l'activité physique, les enfants à besoins spéciaux, la santé mentale des enfants, le mode de vie sain, la prévention de la violence familiale, l'utilisation des sièges d'auto et des sièges rehausseurs, l'alphabétisation en milieu familial, la sécurité et le port du casque en vélo et l'aide aux parents.

Exercice de réflexion sur les enfants

Plus de 100 personnes, soit des parents, des fournisseurs de soins, des éducateurs ainsi que des représentants d'organismes communautaires, du monde des affaires et des gouvernements, se sont réunies pour le quatrième exercice annuel de réflexion sur les enfants (Children's Think Tank) organisé par le Conseil du premier ministre sur le développement sain des enfants. Chaque année, les participants se réunissent pour faire le point sur les activités liées à la Stratégie visant le développement sain de l'enfant qui ont été menées au cours de l'année écoulée, échanger des idées et déterminer les mesures prioritaires qui s'imposent en ce qui concerne les questions qui touchent les enfants et les familles.

Programme d'évaluation et d'amélioration des milieux dans lesquels évoluent les enfants

Le programme d'évaluation et d'amélioration des milieux dans lesquels évoluent les enfants (Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE)) continue de procéder par consultation sur place en vue de fournir la formation, les ressources et le soutien aux programmes autorisés de développement de la petite enfance. Par l'entremise du programme MIKE, les programmes autorisés d'apprentissage précoce et de développement des enfants reçoivent de l'aide pour

apporter des améliorations ciblées et mesurables à la qualité de l'éducation et des soins offerts. Le programme MIKE est un projet conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É.

Dans le cadre de la Semaine des soins et de l'éducation de la petite enfance tenue en novembre, les éducateurs de la petite enfance se sont réunis dans le cadre de la deuxième activité d'échange annuelle, *Share and Tell Celebration*, en vue de discuter de manières d'améliorer la qualité des services qu'ils offrent dans les garderies. *Share and Tell Celebration*, organisée par le programme MIKE, donne aux éducateurs de la petite enfance de partout dans la province l'occasion de discuter des stratégies et pratiques actuelles, d'échanger des points de vue et de réfléchir aux améliorations en voie d'être apportées aux programmes dans leur centre. Les stratégies ayant fait l'objet de discussion approfondies englobent l'apprentissage par projet, qui fournit des occasions d'apprentissage axées sur les enfants; l'élaboration et la mise en oeuvre de troupes *Prêt-à-conter* dans le but d'améliorer les habiletés langagières et les aptitudes antérieures à l'alphabetisation; ainsi que les pratiques d'intégration scolaire.

Initiative d'orthophonie

Mai est le Mois de la déficience auditive à l'Île-du-Prince-Édouard et partout en Amérique du Nord. La PEI Speech and Hearing Association (Association de la parole et de l'ouïe de l'Î.-P.-É.), qui représente les orthophonistes et audiologistes de la province, a célébré ses 25 années d'existence en 2004. Au Canada, on estime qu'une personne sur dix souffre d'un trouble du langage ou de l'ouïe.

Dans le cadre du Mois de la déficience auditive, en mai, l'initiative provinciale d'orthophonie, *Little Expressions*, a fourni à tous les omnipraticiens et pédiatres de la province un guide de référence sur les schémas du langage et de la communication pour ordinateur personnel.

Little Expressions a également collaboré avec l'Association de la parole et de l'ouïe de l'Î.-P.-É. en vue de fournir à tous les éducateurs de la petite enfance et centres de ressources familiales de la province des feuillets d'information. Ces feuillets renferment des renseignements sur les schémas développementaux et le processus d'aiguillage ainsi que des conseils pratiques en vue de soutenir le développement du langage.

Toutes les personnes qui sont dans la vie d'un enfant peuvent faire beaucoup pour favoriser le développement du langage et de la communication. Les bébés apprennent à parler en écoutant ceux qui les entourent. Il est donc de la plus haute importance de diagnostiquer les troubles de l'ouïe le plus tôt possible pour favoriser le développement du langage et de la communication chez les enfants. L'hôpital du comté de Prince et l'hôpital Queen Elizabeth jouent un rôle clé dans l'intervention précoce en administrant un test de dépistage auditif à tous les nouveau-nés.

Programme de soins dentaires pour les enfants

Une modification au Programme de soins dentaires pour les enfants ayant pris effet en novembre 2004 a permis d'en assurer une viabilité accrue sans toutefois réduire sa position comme l'un des programmes les plus inclusifs et complets au Canada.

Grâce à la modification, les enfants des familles les plus vulnérables sur le plan financier peuvent toujours recevoir les soins dentaires dont ils ont besoin. Le programme a dû être modifié en vue

de renforcer sa viabilité, tout en veillant à ce que cela ne soit pas fait aux dépens des enfants de l'Île. Les dentistes sont aussi engagés que le gouvernement à l'égard de la protection des enfants des familles les plus vulnérables financièrement.

Le volet prévention du programme demeure inchangé – tous les enfants de l'Île peuvent recevoir gratuitement les traitements de prévention dans les cliniques de santé publique dentaire à l'échelle de la province. La seule modification apportée au programme est qu'en plus des frais d'inscription, les familles qui choisissent de participer dans le programme devront dorénavant payer directement à leur dentiste un montant équivalant à 20 p. 100 des taux autorisés au titre du Programme de soins dentaires pour les enfants pour les services de traitement. Comme par le passé, les familles inscrites recevront gratuitement les services de diagnostic.

Au moment du lancement du programme en 1971, les taux de carie dentaire à l'Île étaient élevés, et l'accès aux dentistes était très restreint. Comme il y avait très peu de dentistes en santé publique qui servaient toute la province, beaucoup de familles devaient se déplacer sur de grandes distances pour avoir accès aux soins dentaires. Par l'entremise du programme, la situation s'est améliorée à un point tel que les taux de carie à l'Île-du-Prince-Édouard sont les plus bas au pays.

Réinvestissement lié à la Prestation nationale pour enfants

Les fonds liés à la Prestation nationale pour enfants qui sont réinvestis le sont dans les services destinés aux enfants, aux familles, aux adolescents et aux communautés ainsi que dans des programmes de soins des enfants et de santé mentale des enfants. Ils servent également à augmenter l'allocation pour enfant en santé. L'allocation est actuellement de 76 \$ par mois par enfant et son but est de permettre aux enfants de participer à des activités sportives et culturelles dans leur localité.

Collège d'automne des familles d'accueil

Les familles d'accueil jouent un rôle essentiel dans le soin des enfants et des adolescents de l'Île. Il arrive que des enfants doivent être retirés de leur foyer parce que leur santé et leur bien-être sont menacés. Lorsque les enfants sont placés en famille d'accueil, l'intention est habituellement de les placer à court terme, en attendant un placement permanent dans une famille ou leur retour chez eux lorsque la chose est possible. Il s'agit d'une période très traumatisante, surtout pour les enfants et les adolescents. Les familles d'accueil leur offrent un milieu affectueux et un soutien affectif pendant ce moment de crise. À l'Île-du-Prince-Édouard, 144 familles ont accueilli des enfants qui avaient besoin d'un endroit sécuritaire pour rester.

Pour devenir une famille d'accueil, il faut se soumettre à un programme complet de triage, d'évaluation et de formation préalable à l'emploi. Les familles d'accueil autorisées offrent des services déterminés par des contrats passés annuellement avec le directeur de la région sanitaire pertinente et le directeur du Bien-être des enfants.

Chaque année les familles d'accueil participent au Collège d'automne, qui leur donne l'occasion d'actualiser leurs connaissances et de prendre connaissance des dernières ressources à leur disposition. Cette année, le programme Parent Resources for Information, Development, and Education (PRIDE), qui portait sur les ressources parentales en matière d'information, de développement et d'éducation, a été donné pour la première fois lors de la session de formation d'automne.

Programme de vaccination

À l'automne 2004, quelque 7 000 élèves de la 3^e à la 9^e année ainsi que de la 11^e et de la 12^e année ont participé dans une étude de recherche sur le vaccin anticoqueluche. La plupart des élèves de la 10^e année n'ont pas pu participer à l'étude parce qu'ils avaient déjà reçu en 2003, alors qu'ils étaient en 9^e année, une dose de rappel qui renfermait le vaccin anticoqueluche.

La coqueluche est une maladie qui peut être grave, surtout chez les jeunes enfants. Elle peut toucher les enfants, les adolescents et les adultes de tous âges. L'ancien vaccin contre la coqueluche, qui était utilisé avant 1997 à l'Île-du-Prince-Édouard, n'assurait pas une protection complète contre la coqueluche et entraînait un certain nombre d'effets indésirables. En 1997, un nouveau vaccin anticoqueluche est devenu disponible pour les enfants de moins de 7 ans et il a été noté qu'il entraînait moins d'effets indésirables et que ceux-ci étaient moins graves.

Des flambées de coqueluche sont survenues à l'Île en 1993, 1996 et 2003. Suivant l'introduction du nouveau vaccin en 1997, il y a eu moins de cas de coqueluche chez les enfants de moins de 7 ans. L'étude a constitué l'occasion idéale pour procéder à une campagne de rattrapage chez les enfants d'âge scolaire et elle devait permettre de réduire l'incidence de la coqueluche à l'échelle provinciale. Outre une protection contre la coqueluche, le vaccin de rappel renferme également une protection contre le tétanos et la diphtérie.

Le but de l'étude était d'enregistrer le nombre et les types d'effets indésirables chez les élèves qui n'ont pas reçu un vaccin de rappel anticoqueluche depuis un certain nombre d'années. Chaque enfant a reçu un thermomètre numérique, une règle et un journal pour y noter les effets indésirables du vaccin. Les enfants pouvaient également inscrire leur données dans un site Web désigné à cette fin. L'information a été transmise au IWK Health Centre à Halifax pour être interprétée.

Programme d'adoption assistée

L'Île-du-Prince-Édouard a mis en place un nouveau Programme d'adoption assistée en février 2005. Ce programme vise à favoriser l'adoption d'enfants à besoins spéciaux qui sont sous la garde de la province. Les aides accordées au titre du programme permettront de créer d'autres occasions pour les enfants d'être adoptés de façon permanente par leur famille d'accueil ou par une autre famille. Les enfants sous la garde permanente de la province qui sont adoptés ont de meilleurs résultats que les enfants qui demeurent en famille d'accueil à long terme. Depuis février, six adoptions assistées ont été approuvées en vertu de ce nouveau programme.

Accès aux services

L'amélioration de l'accès aux services repose sur notre capacité en tant que système de santé d'adopter les innovations en matière de prestation de services afin d'accroître les répercussions de nos services sur la santé et le mieux-être de la population, et d'améliorer la qualité de ces services.

L'hôpital du comté de Prince

Le nouvel hôpital du comté de Prince est devenu entièrement fonctionnel le 4 avril 2004. L'établissement est d'environ 30 p. 100 plus grand que le premier hôpital du comté de Prince et offre une large gamme de services de santé et de mieux-être aux patients hospitalisés, patients externes et à la communauté. Le nouvel hôpital comprend un plus grand nombre de services spécialisés et apporte une attention accrue à la prestation des services de soins ambulatoires.

Le nouvel hôpital du comté de Prince est un établissement de santé unique qui est doté du nec plus ultra des technologies de pointe de la santé dans un environnement axé sur la prestation de soins novateurs aux patients. Ce nouvel hôpital dispose d'un nouvel équipement d'imagerie diagnostique, de nouveaux moniteurs cardiaques, du nouvel outie de stérilisation, beaucoup de nouveau équipement de laboratoire, du nouvel équipement pour la préparation et le service des aliments et un nouveau système de télévision pour les patients.

Initiatives de la Réforme des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent le premier échelon de soins et le point de contact initial d'une personne avec le système de santé. La réforme des soins de santé primaires de l'Île-du-Prince-Édouard a été amorcée à la suite de la Conférence des premiers ministres de septembre 2000. L'Île en est à sa dernière année de financement fédéral pour ce qui est des initiatives liées à la réforme, lesquelles incluent :

- Stratégie de promotion d'un mode de vie sain pour l'Î.-P.-É. – Initiative de mieux-être qui fait appel à un partenariat composé de nombreux ministères du gouvernement, d'organismes communautaires et non gouvernementaux pour inciter les Insulaires à lutter contre des facteurs de risque communs des maladies chroniques comme le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique, et qui les soutient dans cette lutte. L'initiative appuie le travail des coordonnateurs régionaux de la promotion d'un mode de vie sain.
- Soins palliatifs intégrés – Programme visant à améliorer les options des patients et des familles en ce qui concerne les soins palliatifs grâce à l'accès adéquat à des équipes de santé formées et qualifiées dans tous les cadres de soins – à la maison, à l'hôpital et en établissement de soins de longue durée. Par l'entremise de l'initiative, une plus grande attention a été portée aux équipes-ressources et au soutien à domicile pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs et leur famille, et les partenariats avec les agences communautaires ont été améliorées.
- Centres de santé familiale – Centres communautaires qui réunissent des médecins, des infirmières autorisées et d'autres fournisseurs de soins de santé qui travaillent en collaboration et partagent la responsabilité des résultats pour les patients et les clients en

fonction de l'évaluation des besoins en soins de santé. On y fournit un ensemble défini de services axés sur le diagnostic et le traitement, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques. Grâce à l'initiative, des centres de santé familiale ont été établis sur le modèle de pratique en collaboration multidisciplinaire.

Programme de soins palliatifs

Le Conseil canadien de la santé a classé le Programme de soins palliatifs intégrés de l'Île-du-Prince-Édouard parmi les six modèles exemplaires au Canada. Une description des modèles exemplaires est faite dans des vidéos accompagnant le premier rapport du Conseil, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*, qui a été publié en janvier 2005.

Le fait d'être reconnu comme un modèle exemplaire est une énorme réalisation pour le programme des soins palliatifs intégrés de l'Île. L'adoption de la méthode du travail en équipe par le programme est la clé de sa réussite et, encore plus important, il permet d'offrir aux patients des soins palliatifs personnalisés et de qualité supérieure dans n'importe quel cadre, y compris dans le confort de leur maison.

Programme d'oxygénothérapie à domicile

Le Programme d'oxygénothérapie à domicile a commencé à accepter des demandes en octobre 2004. Le programme fournit aux patients autorisés de l'aide financière pour l'achat d'oxygène, d'équipement et des fournitures connexes dont ils ont besoin à domicile, ainsi que de l'aide financière pour le coût d'entretien du matériel. Le programme paie jusqu'à 50 p. 100 des coûts admissibles pour l'oxygénothérapie à domicile jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois.

Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable

L'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable a été signée en 2003. L'initiative de 5,5 millions de dollars est administrée par le gouvernement provincial et vise à accroître le nombre d'unités de logement abordables dans la province.

Quelque 600 familles de partout dans la province sont inscrites sur la liste d'attente d'un logement abordable. Au cours des quatre années à venir, l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable participera à la création de 120 nouvelles unités de logement abordable afin de répondre aux besoins des Insulaires.

Nouveau logement abordable à Charlottetown

La construction d'un nouvel immeuble de 12 unités de logement abordables à Charlottetown a été annoncée en mars 2005. Le projet permettra d'offrir 12 unités d'habitation de trois chambres à coucher qui seront louées à un prix abordable pour une période de dix ans. Le financement de 290 400 \$ a été attribué au titre de l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable.

Logement abordable d’Habitat pour l’humanité

Habitat pour l'humanité vient de terminer la construction de deux maisons, l'une à Montague et l'autre à Stratford, qui permettront à des familles de la province de posséder leur propre maison en bénéficiant de taux hypothécaires abordables pour elles. La contribution de l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable à ces projets est constituée de terrains évalués à 26 500 \$.

Ce partenariat avec les sections de Kings et de Queens d'Habitat pour l'humanité démontre clairement comment les gouvernements peuvent collaborer efficacement et de façon novatrice avec les organismes communautaires en vue de favoriser l'accès à des logements abordables.

Maison Abe Zakem

Vingt-deux unités de logement abordable destinées à des Insulaires à revenu faible ou modéré ont été construites à Charlottetown grâce aux efforts concertés du gouvernement du Canada, de la province de l'Île-du-Prince-Édouard, du club Kiwanis et de la ville de Charlottetown.

La maison Abe Zakem, nommée en l'honneur d'un membre fondateur du club Kiwanis, est située à l'angle des rues Water et Weymouth sur un terrain donné par la ville. L'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable a fait une contribution de 566 000 \$ au projet, alors que le club Kiwanis a versé 250 000 \$. Le reste du financement a été assuré par l'entremise d'un prêt hypothécaire garanti par la Société canadienne d'hypothèques et de logement. En retour, le club Kiwanis louera les unités à un prix abordable pendant 10 ans à des Insulaires à revenu faible ou modéré.

Nouveau logement abordable à Wellington

Un immeuble comprenant huit unités à une chambre à coucher et six à deux chambres à coucher sera bientôt construit à Wellington. Les unités seront louées à un prix abordable pendant une période minimale de 10 ans. La Coopérative d'hébergement Le Bel Âge Ltée, le groupe responsable de ce nouveau projet recevra 350 000 \$ au titre de l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable et 195 000 \$ de la province.

Grâce à ce projet, 14 familles et personnes seules de la région de Wellington pourront se prévaloir d'un logement abordable et sécuritaire, ce qui constituera une grande amélioration à leur qualité de vie.

Foyer de groupe de Souris

La Souris Group Home Association est une entreprise à but non lucratif qui donne une option de vie communautaire à des adultes qui ont des déficiences développementales diverses et de nombreux besoins de soutien. La maison MacIntyre, un nouvel établissement de sept lits à Souris, sera la résidence de personnes atteintes d'un handicap mental ou physique. La maison, un ancien logement de la GRC, a été cédée par l'entremise de l'Initiative visant à mettre des biens immobiliers excédentaires fédéraux à la disposition des sans-abri, un volet de l'Initiative nationale pour les sans-abri, et a reçu des fonds au titre de l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard concernant le logement abordable.

Ce nouveau projet permettra à la Souris Group Home Association de continuer à offrir un logement supervisé abordable dans un environnement domiciliaire qui vise à former les résidents à la vie quotidienne et à leur donner une plus grande autonomie.

Programme de réparations domiciliaires urgentes pour les aînés

Le Programme de réparations domiciliaires urgentes pour les aînés a été élaboré et mis en oeuvre en vue d'accorder aux aînés à revenu faible ou modéré une aide pour faire des réparations urgentes aux principaux éléments structuraux de leur domicile. De nombreux aînés de l'Île souhaitent vivre dans leur maison et à proximité de leur famille et de leurs amis, car ils se sentent plus à l'aise dans la communauté où ils ont toujours vécu. Le programme aide les aînés de l'Île qui ont besoin de faire effectuer des réparations urgentes à leur domicile et veille à ce que leur domicile soit sécuritaire.

En 2004-2005, le programme a financé 188 demandes de réparations à un coût moyen de 1 062 \$ par projet. La priorité est accordée au financement des travaux de réparation à la toiture, aux appareils de chauffage, aux réservoirs d'huile, aux fosses septiques et aux puits.

Programme de soutien pour les personnes handicapées

Le Programme de soutien pour les personnes handicapées existe depuis octobre 2001. L'Île-du-Prince-Édouard a été la première province au Canada à faire une distinction nette entre les programmes de soutien lié à un handicap et les programmes de soutien du revenu par l'entremise du Programme de soutien pour les personnes handicapées. Au-delà de 1 200 personnes et familles reçoivent de l'aide au titre de ce programme.

Comité consultatif du ministre en matière d'invalidité

En juin 2004, à la suite d'un appel public de nominations, 12 membres ont été nommés au Comité consultatif du ministre en matière d'invalidité. Une fois devenu opérationnel, le comité consultatif a dressé un plan de travail. L'objet du comité est de conseiller le gouvernement par l'entremise du ministre responsable pour les personnes handicapées. Les trois fonctions principales du comité sont de communiquer l'information et les données de recherche afin que le ministre soit en mesure de mieux comprendre les enjeux touchant les personnes handicapées; de conseiller le gouvernement lorsqu'il établit des priorités, élabore des politiques et met des programmes en place; et de consulter la communauté des personnes handicapées et de maintenir en permanence de tels liens avec elle.

Entente sur le développement du marché du travail pour les personnes handicapées

Le 7 avril 2004, l'Île-du-Prince-Édouard a signé l'Entente Canada – Île-du-Prince-Édouard sur le développement du marché du travail pour les personnes handicapées. L'entente avec le gouvernement du Canada est d'une durée de deux ans. En vertu de l'entente, le gouvernement fédéral a convenu de partager jusqu'à 50 p. 100 des coûts des programmes et des services qui sont conformes aux objectifs de l'entente, et ce, jusqu'à concurrence de 1,3 millions de dollars par exercice financier. Les objectifs visés par l'entente sont d'améliorer la situation d'emploi des personnes handicapées.

Programme des médicaments Remicade et Embrel

Le programme des médicaments Remicade et Embrel, lancé à l'automne 2004, permet d'aider financièrement les patients autorisés qui prennent du Remicade pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, de la maladie de Crohn sévère ou de la maladie de Crohn fistuleuse ou de l'Embrel pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère.

Projet-pilote de dialyse par cathéter central

L'Île-du-Prince-Édouard participe à un projet-pilote sur l'hémodialyse par cathéter veineux central, appelée également dialyse par cathéter central. Le traitement est offert à la clinique satellite de dialyse située dans Prince-Est.

Un grand nombre d'affections peuvent contribuer à l'insuffisance rénale, mais les causes les plus communes sont le diabète et l'hypertension artérielle. La dialyse devient essentielle lorsque les reins sont atteints de façon permanente et ne peuvent plus fonctionner normalement en vue du maintien de la vie. La dialyse nettoie le sang des déchets et retire l'excès de liquide.

Il y a deux façons de pratiquer l'hémodialyse – l'accès vasculaire périphérique et l'accès par cathéter veineux central. L'accès vasculaire périphérique est la méthode privilégiée et la plupart des patients hémodialisés à l'Île-du-Prince-Édouard subissent ce type de traitement. Cependant, pour certaines personnes, cette méthode n'est pas une option viable et il faut recourir à la dialyse par cathéter central. Le projet-pilote permet donc de leur offrir un service précieux.

Prévention de la violence familiale

La prévention de la violence familiale est encore un effort de longue haleine. L'établissement de partenariats durables les gouvernements et les organismes communautaires est essentiel en vue de promouvoir des foyers et des communautés sûrs.

Tout au long de l'année écoulée, le Comité d'action du premier ministre sur la prévention de la violence familiale a continué de travailler en partenariat avec d'autres en vue de promouvoir les initiatives de prévention de la violence familiale et d'informer et sensibiliser davantage la population. Des mesures doivent être prises dans les secteurs prioritaires suivants : l'exposition des enfants à la violence familiale, l'évaluation des résultats et l'amélioration des interventions interagences dans les cas à haut risque de violence familiale .

L'année dernière, le Groupe de travail de la région de Queens sur la violence familiale à haut risque a été créé dans le but d'offrir des services de protection améliorés aux familles à haut risque. Des sondages du personnel menés auprès des fournisseurs de services de première ligne ont orienté le groupe de travail. Des ateliers trimestriels ont été mis sur pied en vue d'augmenter les capacités de travail en réseau dans tous les secteurs tout en constituant des sessions de formation permanente et de sensibilisation pour les personnes qui travaillent de près avec les enfants et les familles.

L'Association des chefs de police de l'Île-du-Prince-Édouard a commandé un rapport sur l'intervention policière dans les cas de violence familiale à l'échelle de la province. Le conseiller provincial en matière de violence familiale a rédigé le rapport, qui est intitulé *Police Response to Domestic Violence: A Provincial Overview*. Dans ce rapport, on a mesuré les résultats quantitatifs et qualitatifs de toute la violence familiale déclarée aux organismes d'exécution de la loi de l'Île pour l'année 2002. Les conclusions du rapport révèlent que 50 p. 100 des appels à la police pour la violence familiale touchent des enfants et, souvent, de très jeunes enfants. Le rapport servira à guider l'élaboration de politiques dans tous les secteurs, y compris la justice, l'éducation, la santé ainsi que les organisations communautaires qui oeuvrent en prévention de la violence familiale. Le rapport constituera également un soutien à la stratégie provinciale quinquennale en matière de prévention de la violence familiale et a été reconnu internationalement par suite de la

présentation des conclusions lors de la Conférence mondiale sur la prévention de la violence familiale qui s'est tenue récemment à Banff, en Alberta.

L'éducation permanente de la population et les partenariats de collaboration axés sur le développement communautaire constituent toujours l'orientation stratégique privilégiée du Comité d'action du premier ministre sur la prévention de la violence familiale. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, on a vu l'établissement de partenariats avec la Fédération canadienne des municipalités, le Congrès des maires de la région de l'Atlantique et les administrations municipales de partout au pays.

Les demandes de présentations portant sur la violence familiale et sur son incidence sur les enfants continuent de dominer et de plus en plus de liens sont créés avec les organismes confessionnels, le secteur des entreprises, les organismes communautaires et les fournisseurs de services aux enfants et aux familles. En l'occurrence, une présentation a été faite dans le cadre du perfectionnement professionnel des chauffeurs d'autobus d'écoliers de la Commission scolaire de l'est.

Services en français

La communauté acadienne et francophone a établi comme une priorité l'obtention de services de santé et de services sociaux en français. En conséquence, le ministère de la Santé et des Services sociaux a travaillé à la mise en oeuvre de la *French Language Services Act* (Loi sur les services en français).

Réseau des services de santé en français

Le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard (RSSFÎPÉ) a été créé en novembre 2002 par le ministre délégué aux affaires acadiennes et francophones et par le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui ont convenu que la meilleure façon pour le système de santé de se préparer à l'application de la *French Language Services Act* (Loi sur les services en français) était de créer un réseau mixte rassemblant des éléments du gouvernement et de la communauté, lequel se consacrerait à la tâche de proposer des solutions pratiques pour la prestation des services de santé et des services sociaux en français dans la province. Ce réseau veille à l'échange d'information entre le système de santé et la communauté acadienne et francophone.

Le RSSFÎPÉ réunit les principaux joueurs provinciaux dans le secteur de la santé et des services sociaux, ainsi que de la communauté acadienne et francophone. Le réseau, qui est composé de 17 membres, comprend des représentants de la population, de la Société Saint-Thomas-d'Aquin, du Comité consultatif des communautés acadiennes, des administrations régionales des soins de santé et de la Régie provinciale des services de santé, ainsi que d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'un représentant de la Division des affaires acadiennes et francophones.

Les activités suivantes ont été menées à bien par le RSSFÎPÉ :

- Différentes activités liées à l'établissement de réseaux et à la sensibilisation ont été amorcées en vue de mieux faire comprendre les besoins de la communauté acadienne et francophone et les enjeux auxquels elle est confrontée par rapport à l'obtention de services en français. À la suite de ces activités, des améliorations ont été apportées aux communications et des documents ont été publiés en français.

- Le projet *Préparer le terrain, Plan d'action pour la prestation de services de santé primaires en français* a été amorcé. Cet important projet est la composante provinciale d'un projet national qui cherche à élaborer une stratégie nationale en matière de prestation des soins de santé primaires en français. Le projet prendra fin en mars 2006.

Consultations portant sur la prestation des services de santé en français

Un certain nombre de sessions d'information et de sensibilisation se sont tenues sur l'importance de l'accès à des services en français et sur les besoins de la communauté acadienne et francophone. En outre, des consultations ont eu lieu pendant toute l'année auprès des employés du système de santé et des organisations communautaires en vue de recueillir de l'information permettant d'améliorer l'accès aux services de santé en français. Les trois principaux secteurs dans lesquels il faudrait intervenir sont les suivants : formation/maintien de la main-d'oeuvre; communications; et points d'accès/organisation des services.

Coordonnateurs des services en français

La Régie provinciale des services de santé (RPSS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont tous les deux embauché un coordonnateur des services en français qui est chargé de donner des conseils et du soutien en ce qui concerne la mise en place des services de santé en français. Le coordonnateur pour le ministère a été muté dans la Région sanitaire de Queens et un nouveau titulaire a été embauché au ministère. Le poste de coordonnateur pour la RPSS a été laissé vacant et n'avait pas encore été comblé à la fin mars 2005. En 2005, la Région sanitaire de Kings a conclu une entente avec la Région sanitaire de Queens en vue de partager le coordonnateur des services en français de la Région sanitaire de Queens.

Ressources humaines

Au 31 mars 2005, 124 employés en tout avaient été répertoriés comme employés bilingues, soit 3,1 % de tout le personnel du système de la santé et des services sociaux. Les employés occasionnels et contractuels n'étaient pas inclus dans ce chiffre. La communauté acadienne et francophone peut accéder aux services de santé en français suivants dans certaines régions : santé publique, orthophonie, soins à domicile, counselling en santé mentale et en toxicomanie, soins en établissement, services sociaux, services médicaux, services diététiques, soins infirmiers à l'hôpital et santé publique dentaire.

Évaluation des besoins – Région sanitaire de Kings

En mai 2004, la Région sanitaire de Kings a publié un rapport de l'évaluation des besoins en matière de soins de santé en français. Le rapport présentait une analyse de trois enjeux : le besoin en services de santé en français; la meilleure façon de combler le besoin pour des services en français; l'expérience des gestionnaires, du personnel et des membres de la communauté acadienne et francophone sur le plan de la prestation des services de santé offerts par la région. Une des recommandations principales du rapport qui portait sur la dotation d'un coordonnateur des services en français pour la région a été mise en oeuvre en 2005.

Ressources humaines

Un certain nombre d'initiatives de planification des ressources humaines visant à assurer un nombre suffisant et une variété adéquate de professionnels de la santé en vue de combler les besoins en santé des Insulaires ont été amorcées.

Recrutement et maintien en poste

Le gouvernement s'est engagé à maintenir un nombre suffisant de professionnels de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Un certain nombre d'initiatives ont été amorcées pour arriver à cette fin. Des activités se sont tenues tout au long de l'année en vue de recruter différents professionnels de la santé, et d'autres mesures ont été prises en vue de pourvoir aux postes les plus difficiles à combler.

Stratégie de recrutement de médecins

En février 2000, le gouvernement a lancé la Stratégie de recrutement de médecins d'une durée de quatre ans, au coût de 4,2 millions de dollars. La stratégie vise à s'attaquer aux graves problèmes que représentent les ressources en médecins. La stratégie prévoit des fonds, entre autres, pour la formation d'omnipraticiens et de spécialistes, les places dans les écoles de médecine, les commandites d'étudiants en médecine, les prêts étudiants, les subventions d'installation, l'aide financière pour la réinstallation, le soutien pour les médecins suppléants, la formation médicale, l'embauche d'un agent de recrutement, la mise en valeur des ressources et les encouragements visant à attirer des diplômés en médecine d'autres pays.

Au début des années 1990, il y avait environ 140 médecins qui exerçaient dans province. En 2004, la province comptait 183,3 médecins praticiens, soit une augmentation par rapport aux 176 médecins en 2003.

Convention de base des médecins

L'amélioration des services fournis par les médecins est une priorité importante du gouvernement. La convention de base, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2004 et qui prendra fin le 31 mars 2007, veille à ce que l'Île-du-Prince-Édouard demeure concurrentielle par rapport aux autres provinces et territoires de manière à ce que les Insulaires puissent continuer à avoir accès à des soins de santé de qualité.

Le gouvernement et la communauté des médecins collaborent de près afin de faire aboutir le processus. La question du recrutement et du maintien en poste demeure un question névralgique pour le gouvernement. De nombreuses améliorations ont été apportées et l'entente permettra de continuer à appuyer la priorité du gouvernement dans ce secteur.

La nouvelle convention de base prévoit des augmentations économiques de 2 p. 100 la première année, de 2,5 p. 100 la deuxième année et de 3 p. 100 la dernière année. De plus, le gouvernement investira 2,1 millions de dollars de plus au cours des trois années en vue de rendre le système de santé plus concurrentiel de manière à maintenir les services et à obtenir plus de succès avec les activités de recrutement et de maintien en poste de médecins.

Programme de formation en médecine

Le Programme de formation en médecine est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui travaille en étroite collaboration avec l'École de médecine de l'Université Dalhousie, à Halifax, pour offrir des occasions de formation. Les médecins résidents des écoles de médecine de partout au Canada sont aussi accueillis par les médecins enseignants disponibles.

Les résidents sont des médecins qui sont inscrits dans un programme de spécialisation après l'obtention de leur diplôme en médecine. Un internat est un apprentissage, une période pendant laquelle les médecins mettent en pratique leurs connaissances théoriques et exercent leurs compétences cliniques. Les omnipraticiens résidents font un internat de deux ans alors que les résidents spécialisés passent de quatre à sept ans pour acquérir leur spécialisation.

Les médecins résidents passent du temps avec des précepteurs – des médecins qualifiés qui les encadrent. Le fait de travailler avec des médecins résidents est utile à la fois pour l'apprenti et pour le précepteur étant donné que ces occasions d'enseignement constituent l'un des aspects les plus enrichissants de l'exercice de la médecine. L'enseignement permet de montrer sa fierté dans l'exercice de son art, de maintenir la discipline en vie et d'appuyer les activités de recrutement.

Les internats en médecine sont également l'occasion de montrer ce que l'Île a à offrir. En accueillant des médecins résidents qui viennent faire leurs stages cliniques à l'Île-du-Prince-Édouard, la province a l'occasion d'influer sur le choix des résidents en ce qui concerne l'endroit où ils aimeraient exercer la médecine.

Étude sur les programmes d'éducation et de formation en santé

En mai 2004, l'Association sur les ressources humaines en santé de l'Atlantique a annoncé, au nom des ministres responsables de la santé et de l'enseignement postsecondaire au Canada atlantique, qu'elle avait signé un contrat avec MedEmerg International Inc., pour la tenue d'une étude dans les quatre provinces de l'Atlantique qui visait à évaluer les besoins en matière de ressources humaines dans le secteur des soins de santé au Canada atlantique.

L'Île-du-Prince-Édouard s'est toujours engagée à maintenir un nombre adéquat de professionnels de la santé dans la province. Une étude exhaustive a été terminée en décembre 2001 sur l'offre et la demande en professionnels de la santé dans la province. L'Étude sur les programmes d'éducation et de formation en santé est une excellente initiative. La formation pour la plupart des professions dans le domaine de la santé n'est pas disponible à l'Î.-P.-É. Il est donc essentiel que la province participe à des initiatives régionales qui touchent la formation des ressources humaines dans le domaine de la santé.

L'étude qui s'est échelonnée sur une année, est un complément au travail antérieur effectué par chacune des provinces de l'Atlantique en vue de définir les besoins du secteur des soins de santé en matière de ressources humaines. En se fondant sur les recherches antérieures, on dressera le profil des exigences régionales actuelles et futures pour les principales professions du domaine de la santé. De même, un outil de planification de l'enseignement et de la formation, réutilisable et basé sur des scénarios, aidera les quatre provinces à déterminer les types et le nombre de programmes d'enseignement et de formation dont elles auront besoin pour répondre à la demande future dans la région en ce qui a trait aux différentes professions du domaine de la santé.

Le projet nous aidera à mieux prévoir les besoins du Canada atlantique en matière d'éducation et de formation en santé. Nous pourrions ainsi former une diversité et un nombre suffisant de professionnels de la santé.

Stratégie de recrutement en sciences infirmières et de maintien en fonction

Les infirmières et infirmiers autorisés constituent le groupe de professionnels de la santé le plus nombreux. Pour maintenir un nombre adéquat d'infirmières et d'infirmiers il faut en attirer de nouveaux et garder ceux qui sont actuellement en poste. La Stratégie de recrutement en sciences infirmières et de maintien en fonction renferme plusieurs initiatives, y compris le Programme de commandites pour les étudiants au baccalauréat en sciences infirmières qui accorde une aide financière aux étudiants de troisième ou de quatrième année du baccalauréat en sciences infirmières qui sont disposés à travailler dans la province après l'obtention de leur diplôme; le Programme d'emploi d'été; l'aide financière au titre du Programme de mise à jour des connaissances; le financement visant les ressources pour la formation clinique; des ressources accrues en vue du recrutement d'étudiants en sciences infirmières et d'infirmières et infirmiers de l'extérieur de la province; l'aide financière en vue de payer les frais de déménagement versée aux infirmières et infirmiers qui viennent s'installer dans la province.

Au cours de la période de cinq ans allant d'avril 2000 à mars 2005, de nombreux progrès ont été réalisés entraînant la signature de 364 ententes de commandites avec des étudiants de première année au baccalauréat en sciences infirmières; la fourniture d'aide à l'installation dans la province à 136 infirmières et infirmiers de l'extérieur qui sont venus travailler dans le système des services de santé et des services sociaux de l'Île; le remboursement des frais engagés par 13 infirmières et infirmiers autorisés qui ont suivi la formation de mise à jour des connaissances.

| Stratégie de recrutement en sciences infirmières et de maintien en fonction | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nombre de commandites (3^e et 4^e année du baccalauréat)* | 57 | 78 | 127 | 77 |
| Nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisés qui ont reçu de l'aide au déménagement | 21 | 30 | 22 | 40 |
| Nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisés qui ont reçu de l'aide financière au titre du Programme de mise à jour des connaissances | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Programme d'emploi d'été pour les étudiants et étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières | 50 | 73 | 77 | 78 |

* Le nombre de commandites représente le nombre total d'années visées par les engagements de service de contrepartie.

Radiothérapeutes

Un programme de commandite a été créé pour les Insulaires qui reçoivent une formation en radiothérapie. Une entente de commandite était en vigueur au cours de l'exercice financier 2004-2005 et un engagement de service de contrepartie de trois ans a été signé.

Places dans les écoles de formation en technique de laboratoire médical

En 2003, les gouvernements de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick ont signé une entente de trois ans en vue d'assurer chaque année l'accès à trois places dans le programme de diplôme en technique de laboratoire médical offert au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, à Saint John, au Nouveau-Brunswick. Les techniciens de laboratoire font les analyses de laboratoire reliées au diagnostic, au traitement et à la surveillance des maladies. Grâce à l'engagement de service de contrepartie de deux ans, les étudiants sont assurés d'un emploi dans une profession de la santé à l'Île une fois qu'ils ont terminé leur formation. Au 21 mars 2005, la province comptait six étudiants dans le programme au titre de cette initiative : trois en première année et trois en deuxième.

Programme Health Care Futures (perspectives de carrière en soins de santé)

Dans le but d'inciter un plus grand nombre de jeunes à envisager une carrière dans le secteur de la santé, l'initiative Health Care Futures (secteur public) a permis d'embaucher 103 étudiants en 2004-2005 dans différents milieux, y compris des hôpitaux, des établissements publics de soins de longue durée et de soins communautaires. De même, le volet secteur privé du même programme a payé 50 p. 100 des salaires des étudiants embauchés par les propriétaires des foyers de soins privés et des établissements de soins communautaires.

Technologie de l'information appliquée à la santé _____

En fournissant de l'information de qualité aux fournisseurs de soins de santé, on améliore du même coup les services fournis aux Insulaires. En disposant d'information sur la santé juste et fiable, les Insulaires sont plus à même de surveiller et d'améliorer leur santé.

Le système des services de santé et des services sociaux a une approche normalisée à l'échelon de la province à l'égard de la mise en place de la technologie de l'information appliquée à la santé grâce à la mise au point d'une infrastructure technologique provinciale, le Système d'information en matière de santé de l'Île (SISI). Cette ressource d'information intégrée soutient la prestation des services de santé et des services sociaux à l'Île-du-Prince-Édouard.

Voici des activités et des projets qui ont été menés à bien au cours des deux années qui viennent de s'écouler et ils appuient le développement du SISI en une solide ressource d'information :

- Le système de gestion des services intégrés est un système à multiples facettes qui a permis de mettre la technologie de gestion des cas à la disposition de tous les services de santé et services sociaux axés sur la communauté à l'intérieur du système de santé de l'Île. Ce système fournit les services technologiques à tous les programmes communautaires de services de santé et de services sociaux à l'échelle de la province.

Parmi les grands projets en cours, on compte la création et la mise en oeuvre de ce qui suit :

- Dans le cadre du projet du réseau des pharmacies, on créera un dépôt central pour toute l'information recueillie chez les médecins et les pharmacies de détail au sujet des personnes recevant des médicaments d'ordonnance à l'Île-du-Prince-Édouard. Le projet comprendra également la modification du système actuel et les systèmes des pharmacies de détail dans le but de recueillir l'information nécessaire. Toutes les pharmacies de détail et les pharmacies en établissement ainsi que les départements d'urgences et les cabinets de médecin auront accès au système. En fin de compte, le projet aura pour effet de réduire les risques pour la santé chez les Insulaires.
- On procède actuellement, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada, à la mise au point du dossier électronique de santé. On travaille également avec Infostructure de la santé de l'Atlantique à la création d'un tel dossier pour la région de l'Atlantique. Les activités sont principalement axées, entre autres, sur l'ensemble du dossier électronique de santé, la surveillance de la santé et Télésanté. Le dossier électronique de santé permet l'entreposage de l'information la plus récente et l'accès à celle-ci en tout temps par les fournisseurs de soins de santé aux patients.

Partenariats pour agir sur les déterminants de la santé

Il est impératif d'établir des partenariats et de renforcer ceux qui existent si on veut que le système des services de santé et des services sociaux aient des incidences positives sur la santé et le mieux-être des Insulaires.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est fier des partenariats dont il peut favoriser la mise en place. Nous n'aurions pas pu obtenir les résultats positifs dont il est fait état dans le présent rapport annuel sans l'aide de nos nombreux partenaires.

Les partenaires de la *Stratégie de promotion d'un mode de vie sain* comprennent :

L'Alliance pour la lutte contre le tabagisme de l'Î.-P.-É.; l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É.; l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É.; les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, des Affaires communautaires et culturelles ainsi que le Bureau du procureur général; les administrations régionales des soins de santé; l'Association canadienne du diabète; la Société canadienne du cancer, Division de l'Île; la Heart and Stroke Foundation of PEI (fondation des maladies du coeur de l'Î.-P.-É.); les Commissions scolaires de l'ouest et de l'est; la PEI Federation of Municipalities (fédération des municipalités de l'Î.-P.-É.); la PEI Recreation Facilities Association (association des établissements de loisirs de l'Î.-P.-É.); d'autres regroupements communautaires.

Les partenaires de l'*Alliance pour la lutte contre le tabagisme de l'Î.-P.-É.* comprennent :

La Société canadienne du cancer, Division de l'Î.-P.-É.; la PEI Lung Association (association pulmonaire); le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux de la province; l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É.; le Centre de santé communautaire Évangéline; les administrations régionales des soins de santé; la fédération des municipalités de l'Î.-P.-É.; Santé Canada; la fondation des maladies du coeur de l'Î.-P.-É.; le Collège Holland; la Société médicale de l'Î.-P.-É.; la PEI Home and School Association (association des foyers-écoles de l'Î.-P.-É.); les Commissions scolaires de l'est et de l'ouest.

Les partenaires de l'*Alliance de vie active* comprennent :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Affaires communautaires et culturelles; la PEI Recreation and Sports Association for the Physically Challenged (association des loisirs et des sports pour les personnes aux prises avec des difficultés physiques); la PEI School Athletics Association (association des sports scolaires); l'Association pulmonaire de l'Î.-P.-É.; la PEI Physical Education Association

(association d'éducation physique de l'Î.-P.-É.); la PEI Senior Citizens Federation (fédération des aînés de l'Î.-P.-É.); the PEI Special Olympics (olympiques spéciales de l'Î.-P.-É.); la Gendarmerie royale du Canada; Scouts Canada (section de l'Î.-P.-É.); Sport Î.-P.-É.; la Société d'Arthrite; le Women's Institute (institut féminin); la Commission des accidents du travail.

Les partenaires de la *Stratégie relative à l'autisme* comprennent :

Le Comité provincial de l'autisme, qui comprend des parents, des employés des administrations régionales des soins de santé, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de l'Éducation ainsi que des représentants des secteurs de la pédiatrie et de la santé mentale, des commissions scolaires, de la Société de l'autisme de l'Î.-P.-É., de la PEI Association for Community Living (association pour l'intégration communautaire de l'Î.-P.-É.) et d'autres organismes communautaires.

Les partenaires de *Développement sain de l'enfant* comprennent :

Le personnel de base du ministère de la Santé et des Services sociaux; des représentants des ministères provinciaux de l'Éducation, des Affaires communautaires et culturelles ainsi que du Développement et de la Technologie; du Bureau du procureur général; des membres du Conseil du premier ministre sur le développement sain des enfants; des représentants des collectivités, y compris l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É., les Centres de ressources familiales, l'Alliance pour l'alphabétisation; la Coalition pour l'allaitement naturel; le Réseau des femmes, l'Association pour l'intégration communautaire, la Coalition pour la santé mentale des enfants, le Comité d'action du premier ministre sur la prévention de la violence familiale, la GRC, l'Université de l'Î.-P.-É.-du-Prince-Édouard et Santé Canada.

Les partenaires de l'*Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É.* comprennent :

Les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, de l'Agriculture et des Affaires communautaires et culturelles; des représentants des collectivités, y compris l'Université de l'Î.-P.-É.-du-Prince-Édouard; la Société du cancer; les commissions scolaires; la fédération des foyers-écoles; les régions sanitaires; la Société médicale de l'Î.-P.-É.; l'Association des infirmières et infirmiers de l'Î.-P.-É.; l'hôpital Queen Elizabeth; la fondation des maladies du coeur; la PEI School Milk Foundation (fondation du lait à l'école); Dietitians of PEI (Diététistes de l'Î.-P.-É.); l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É.; Radio-Canada; la Croix-Rouge canadienne; les programmes de petits-déjeuners à l'école; PEI Home Economics Association (association d'économie domestique de l'Î.-P.-É.); Chartwells International; et les parents.

Les partenaires du *Comité consultatif provincial sur l'exploitation sexuelle des enfants* comprennent :

Les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation; le Bureau du procureur général; la Commission scolaire de l'est; des adultes ayant survécu à des agressions sexuelles; le Centre d'intervention en situation de crise pour les victimes de viol ou d'agression sexuelle de l'Île; la GRC; les services de police de Summerside; les administrations régionales de la santé; l'Association pour l'information juridique communautaire; Mi'kmaq Family Resource Centre (centre Mi'kmaq des ressources familiales).

Les partenaires du *Comité d'action du premier ministre sur la prévention de la violence familiale* comprennent :

Les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, du Développement et de la Technologie, des Affaires communautaires et culturelles; le Bureau du procureur général et le Trésor de l'Î.-P.-É.; PEI Teachers' Federation (fédération des enseignants de l'Î.-P.-É.); l'association des infirmiers et des infirmières de l'Î.-P.-É.; Aboriginal Women's Association of PEI (association des femmes autochtones de l'Î.-P.-É.); la Société médicale de l'Î.-P.-É.; la fédération des aînés de l'Î.-P.-É.; l'Association des chefs de police de l'Î.-P.-É.; la GRC; l'Association des maisons de transition de l'Î.-P.-É.; le Centre d'intervention en situation de crise pour les victimes de viol ou d'agression sexuelle de l'Île; l'Association pour l'information juridique communautaire; l'Association des femmes acadiennes; Prévention de la violence familiale de l'est de l'Î.-P.-É.; le Conseil consultatif de l'Î.-P.-É.-du-Prince-Édouard sur la condition féminine; le clergé; East Prince Women's Information Centre (Centre d'information pour les femmes de Prince-Est); l'Institut féminin; l'association des grands frères/grandes soeurs.

Les partenaires du *Comité consultatif de la Stratégie de lutte anti-cancéreuse de l'Î.-P.-É.* comprennent :

Le ministère provincial de la Santé et des Services sociaux; l'Institut de recherche en santé de l'Î.-P.-É.; la Société canadienne du cancer, Division de l'Î.-P.-É.; des survivants du cancer; l'Association des soins palliatifs de l'Î.-P.-É.; le Registre des cancers de l'Î.-P.-É.; le Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É.; la Société médicale de l'Î.-P.-É.; la Régie provinciale des services de santé.

Les partenaires du *Comité consultatif du dépistage du cancer du col de l'utérus de l'Î.-P.-É.* comprennent :

Le ministère provincial de la Santé et des Services sociaux; la Société canadienne du cancer, Division de l'Î.-P.-É.; la Société médicale de l'Î.-P.-É.; le Réseau des femmes de l'Î.-P.-É.; le laboratoire cytologique de l'hôpital Queen Elizabeth.

Résultats obtenus

Dans son plan stratégique quinquennal, le ministère de la Santé et des Services sociaux précise six objectifs pour améliorer les résultats et le rendement du système de santé. Les voici :

1. Améliorer l'état de santé des Insulaires
2. Accroître la responsabilisation en matière de santé
3. Améliorer la viabilité du système
4. Accroître la confiance du public dans le système
5. Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
6. Maintenir les acquis

Afin d'évaluer les progrès réalisés pour chacun des objectifs, on a établi des indicateurs. La présente section décrit les résultats selon ces indicateurs.

Le présent rapport se fonde sur les dernières données disponibles. Lorsque possible, on compare les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard avec les données canadiennes pour montrer où se situe notre province par rapport au reste du pays.

Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé des Insulaires

Les indicateurs de santé servent à donner un aperçu de la santé des Insulaires. Parmi ces indicateurs, mentionnons l'espérance de vie, la santé des bébés, l'autoévaluation de la santé, les principales préoccupations en matière de santé, ainsi que les maladies chroniques et évitables.

Espérance et qualité de vie dans l'Île

Espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

L'espérance de vie est un indicateur de la santé globale de la population largement utilisé. On entend par « espérance de vie » le nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, selon le taux de mortalité de la population pour une année donnée. Le tableau ci-après présente l'espérance de vie des Insulaires, selon le sexe, comparativement à celle de la population canadienne pour 1992 et 2002.

| Espérance de vie en années, 1992 et 2002 | | | | | | |
|--|--------|--------|------------|-------|--------|------------|
| | 1992 | | | 2002 | | |
| | Hommes | Femmes | Population | Homme | Femmes | Population |
| Î.-P.-É. | 74,0 | 81,3 | 77,5 | 76,2 | 81,3 | 78,8 |
| Canada | 74,8 | 81,2 | 78,0 | 77,2 | 82,1 | 79,7 |

Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, banque de données sur les naissances et les décès.

L'espérance de vie est une moyenne et ne reflète pas l'état de santé de chaque personne. Néanmoins, ces conclusions révèlent plusieurs tendances :

- Depuis les dix dernières années, l'espérance de vie à l'Île-du-Prince-Édouard est semblable à la moyenne canadienne.
- Dans la province, les femmes vivent en moyenne 5,1 ans de plus que les hommes.
- L'écart entre les sexes diminue. L'espérance de vie des hommes a augmenté de 2,2 ans entre 1992 et 2002. L'espérance de vie des femmes est demeurée la même au cours de cette période.

EVAS : Alors que l'espérance de vie est un indicateur de la durée de vie, l'EVAS reflète également la qualité de vie. L'EVAS correspond en effet au nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé compte tenu des taux de mortalité et de morbidité. Comme le revenu est un déterminant non médical important de la santé, l'EVAS est présentée en fonction du revenu.

| Espérance de vie et EVAS, selon le sexe, 2001 | | | | | | |
|--|--------|------------------|----------------------------|---|---|--|
| | | Espérance de vie | EVAS | | | |
| | | | Tous les groupes de revenu | 1 ^{er} tercile de revenu (le plus bas) | 2 ^e tercile de revenu (médian) | 3 ^e tercile de revenu (le plus élevé) |
| Î.-P.-É. | Hommes | 75,2 ans | 67,3 ans | 65,2 ans | 67,5 ans | 69,5 ans |
| | Femmes | 82,0 ans | 71,7 ans | 71,8 ans | 70,5 ans | 72,5 ans |
| Canada | Hommes | 76,9 ans | 68,3 ans | 65,8 ans | 68,6 ans | 70,5 ans |
| | Femmes | 82,0 ans | 70,8 ans | 69,1 ans | 70,8 ans | 72,3 ans |

Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, banque de données sur les naissances et les décès; Enquête nationale sur la santé de la population.

- L'EVAS des femmes de l'Île est d'environ dix ans de moins que leur espérance de vie. Quant aux hommes de l'Île, leur EVAS est inférieur à leur espérance de vie d'environ huit ans.
- L'EVAS des femmes de l'Île dépasse la moyenne canadienne d'environ un an. Chez les femmes, le revenu influe peu sur l'EVAS.
- L'EVAS des hommes de l'Île est inférieur à la moyenne canadienne d'environ un an. Chez les hommes de l'Île, l'EVAS est proportionnelle au revenu, augmentant en fonction du tercile.

Santé des bébés

Mortalité infantile

Divers facteurs influent sur le taux de mortalité infantile, notamment la qualité des soins fournis à l'enfant et à la mère par le système de santé et les fournisseurs de soins de santé, ainsi que les facteurs sociaux, comme la scolarité de la mère, le tabagisme et la privation nutritionnelle. Le tableau ci-après présente les moyennes sur cinq ans des taux de mortalité infantile à l'Île-du-Prince-Édouard et dans l'ensemble du Canada pour la période de 1982 à 2001.

| Mortalité infantile : moyennes sur cinq ans pour les deux dernières décennies, de 1982 à 2001 | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1982-1986 | 1987-1991 | 1992-1996 | 1997-2001 |
| Î.-P.-É. | 7,02 | 6,56 | 5,30 | 5,94 |
| Canada | 8,30 | 6,96 | 6,08 | 5,32 |

Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, banque de données sur les naissances et les décès.

- Au cours des 2 dernières décennies, les taux de mortalité infantile à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada ont diminué de 15 % et de 35 % respectivement.
- Bien que les taux de mortalité infantile soient semblables au Canada et à l'Île-du-Prince-Édouard, dans cette dernière, le taux a connu une légère hausse entre les périodes de 1992 à 1996 et de 1997 à 2001.

Poids à la naissance

Le poids à la naissance est un indicateur fiable des possibilités de survie et de l'état de santé futur d'un nouveau-né. Un faible poids ou un poids élevé à la naissance est associé à divers risques pour la santé.

Un **faible poids à la naissance** est associé à des chances réduites de survie et à un risque accru de maladie et d'incapacité, notamment la paralysie cérébrale, les troubles de vision, les difficultés d'apprentissage et les troubles respiratoires. Des soins prénataux appropriés pour la mère et des habitudes de vie saines peuvent augmenter les chances que le bébé ait un poids santé à la naissance.

Le faible poids à la naissance fait référence au pourcentage, au cours d'une année donnée, des naissances d'enfants vivants pesant moins de 2 500 grammes (soit un peu plus de 5 livres) par rapport au nombre total de naissances vivantes.

Un **poids élevé à la naissance** est associé à l'obésité de la mère et au diabète gestationnel. Un poids élevé à la naissance accroît les risques de complications à l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant.

Le poids élevé à la naissance correspond au pourcentage, au cours d'une année donnée, des naissances d'enfants vivants pesant plus de 4 000 grammes (soit un peu moins de 9 livres) par rapport au nombre total de naissances vivantes.

| Taux de faible poids et de poids élevé à la naissance, 1998 à 2001 | | | | |
|---|--------|--------|--------|-------|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Taux de faible poids à la naissance | | | | |
| Î.-P.-É. | 4,9 % | 5,3 % | 4,3 % | 4,0 % |
| Canada | 5,7 % | 5,6 % | 5,6 % | 5,5 % |
| Taux de poids élevé à la naissance* | | | | |
| Î.-P.-É. | 17,3 % | 17,1 % | 19,9 % | |
| Canada | 12,8 % | 13,1 % | 13,8 % | |

Source : Statistiques de l'état civil, banque de données sur les naissances.

* Données non disponibles pour 2001.

- Le taux de faible poids à la naissance à l'Île-du-Prince-Édouard s'est amélioré au fil du temps et a toujours été inférieur au taux canadien. En 2000, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que la proportion de bébés de faible poids à la naissance était la plus basse au Canada.
- De 1998 à 2000, le taux de poids élevé à la naissance à l'Île-du-Prince-Édouard était supérieur au taux canadien. En 2000, l'Île-du-Prince-Édouard affichait le deuxième taux de poids élevé à la naissance en importance au Canada.

Autoévaluation de la santé

L'autoévaluation de la santé est basée sur la réponse des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) lorsqu'on leur a demandé d'évaluer leur santé.

L'autoévaluation de la santé reflète le degré auquel les gens se sentent en santé et constitue un indicateur général de l'état de santé global des gens. Cet indicateur prend en considération des éléments que d'autres mesures peuvent omettre, comme la gravité d'une maladie, la capacité d'adaptation, l'attitude et le mieux-être social. De nombreuses études ont révélé que l'autoévaluation de la santé permet de prévoir les taux de décès même lorsqu'on tient compte de mesures plus objectives. Le tableau ci-après présente la proportion de la population de 12 ans et plus se disant en « très bonne » ou en « excellente » santé en 2001 et en 2003.

| Autoévaluation de la santé, proportion de la population qui s'est déclarée en « très bonne » ou en « excellente » santé, selon le groupe d'âge, 2000-2001 et 2003 | | | | |
|--|-----------|--------|-----------|--------|
| Groupe d'âge | Î.-P.-É. | | Canada | |
| | 2000-2001 | 2003 | 2000-2001 | 2003 |
| <i>Total – 12 ans et plus</i> | 64,4 % | 64,9 % | 61,4 % | 58,4 % |
| <i>De 12 à 19 ans</i> | 67,8 % | 62,8 % | 70,8 % | 66,9 % |
| <i>De 20 à 34 ans</i> | 75,1 % | 74,8 % | 73,0 % | 68,7 % |
| <i>De 35 à 44 ans</i> | 71,2 % | 73,7 % | 66,7 % | 63,6 % |
| <i>De 45 à 64 ans</i> | 58,0 % | 61,6 % | 55,8 % | 53,4 % |
| <i>65 ans et plus</i> | 47,3 % | 46,7 % | 36,5 % | 36,6 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 et 2003.

- La proportion de répondants de l'Île-du-Prince-Édouard qui s'est dite en « très bonne » ou en « excellente » santé est supérieure à la moyenne canadienne.
- À l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada, c'est dans le groupe des 20 à 34 ans que la proportion de personnes se déclarant en « très bonne » ou en « excellente » santé était la plus élevée pour les 2 années.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, dans presque tous les groupes d'âge, le nombre d'hommes estimant être en « très bonne » ou en « excellente » santé dépasse celui des femmes.

Principales préoccupations en matière de santé

Les maladies chroniques et aiguës graves, notamment le cancer, les crises cardiaques, les arrêts cérébrovasculaires (ACV), le diabète, l'arthrite et l'asthme, posent des problèmes de santé importants dans l'ensemble de la population adulte de l'Île.

Cancer et maladies cardiovasculaires

Le cancer se présente sous de multiples formes, les plus courantes étant le cancer colorectal, du poumon, de la prostate et du sein. Le tableau suivant présente l'incidence estimée de ces principaux cancers en 2005. L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de cancer primitif diagnostiqués au cours d'une année donnée par 100 000 habitants.

| Incidence estimée des formes de cancer (par 100 000 habitants) en 2005*** | | | | | |
|--|---------------|-------------------|---------------|------------------|---------------|
| | | Colorectal | Poumon | Prostate* | Sein** |
| Î.-P.-É. | Hommes | 65 | 86 | 179 | |
| | Femmes | 59 | 50 | | 98 |
| Canada | Hommes | 62 | 71 | 121 | |
| | Femmes | 41 | 49 | | 106 |

Source : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, 2005.

* Hommes seulement.

** Femmes seulement, bien qu'on diagnostique le cancer du sein chez un petit nombre d'hommes chaque année.

*** Les taux normalisés selon l'âge de 2005 sont des estimations effectuées par Santé Canada par extrapolation (f) des données sur l'incidence du cancer tirées du Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969-1991) et du Registre canadien du cancer.

- Tant chez les hommes que chez les femmes, l'incidence de trois des quatre formes de cancer énumérées était plus élevée à l'Île-du-Prince-Édouard que pour l'ensemble du Canada.
- Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes, l'incidence pour 2005 étant estimée à 179 par 100 000 habitants.
- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. On s'attend à ce que l'incidence demeure constante en 2005.

Les tableaux ci-après présentent les taux de mortalité associés aux formes de cancer les plus courantes, ainsi qu'aux crises cardiaques et aux ACV. Le taux de mortalité se rapporte au nombre de personnes qui meurent chaque année d'une cause ou d'une maladie particulière par 100 000 habitants.

Taux de mortalité estimés et normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) associés aux principales formes de cancer, 2005***

| | | Cancer colorectal | Cancer du poumon | Cancer de la prostate* | Cancer du sein** |
|----------|--------|-------------------|------------------|------------------------|------------------|
| Î.-P.-É. | Hommes | 31 | 80 | 34 | |
| | Femmes | 22 | 50 | | 28 |
| Canada | Hommes | 27 | 63 | 26 | |
| | Femmes | 17 | 40 | | 24 |

Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, banque de données sur les décès.

* Hommes seulement.

** Femmes seulement, bien qu'on diagnostique le cancer du sein chez un petit nombre d'hommes chaque année.

*** Les taux normalisés selon l'âge de 2005 sont des estimations effectuées par Santé Canada par extrapolation (f) des données sur l'incidence du cancer tirées du Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969-1991) et du Registre canadien du cancer.

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) associés aux crises cardiaques et aux ACV, 2005***

| | Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde De 2000-2001 à 2002-2003 | Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un ACV De 2000-2001 à 2002-2003 |
|----------|---|--|
| Î.-P.-É. | 13,0 | 20,3 |
| Canada | 11,4 | 18,6 |

- Les crises cardiaques sont la principale cause de décès au Canada.
- Les principales causes de décès chez les hommes de l'Île-du-Prince-Édouard sont le cancer du poumon, les crises cardiaques et les ACV.
- Les crises cardiaques, suivies de près par les ACV et le cancer du poumon, sont les principales causes de décès chez les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Le taux de mortalité pour le cancer de la prostate est semblable à celui pour le cancer du sein, même si l'incidence du cancer de la prostate est supérieure, parce que ce dernier est un cancer à évolution relativement lente et que bon nombre de ceux qui en sont atteints meurent avant qu'il ne leur soit fatal.
- Les taux de mortalité associés à toutes les causes principales de décès sont supérieurs chez les hommes. Toutefois, dans le cas du cancer du poumon, les tendances canadiennes temporelles révèlent que le taux de mortalité associé à cette maladie est en baisse chez les hommes, alors qu'il est en hausse chez les femmes.

Maladies chroniques

Prévalence de l'arthrite et du rhumatisme, de l'asthme, de la dépression et de l'hypertension

Le tableau ci-après présente la prévalence de l'arthrite et du rhumatisme, de l'asthme, de la dépression et de l'hypertension, tels qu'elle apparaît dans l'ESCC de 2003. Dans ce tableau, la prévalence d'une maladie correspond au pourcentage de la population de 12 ans et plus qui a indiqué, dans le cadre de l'ESCC, être atteint de la maladie en question, laquelle a été diagnostiquée par un professionnel de la santé.

| Prévalence des maladies chroniques, 2003 | | | | |
|--|-------------------------|--------|--------------|--------------|
| | Arthrite et rhumatisme* | Asthme | Dépression** | Hypertension |
| Î.-P.-É. | 20,2 % | 9,1 % | 5,4 % | 15,2 % |
| Canada | 16,8 % | 8,4 % | | 14,4 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2003.

* L'arthrite et le rhumatisme englobent la polyarthrite rhumatoïde et l'ostéoporose, mais excluent la fibromyalgie.

** La dépression fait référence à la proportion de la population de 12 ans et plus qui, selon les réponses à la forme abrégée de la Composite International Diagnostic Interview, affichait une probabilité d'au moins 0,9 d'avoir connu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents. Ces données ne sont pas disponibles pour le Canada.

- L'arthrite et le rhumatisme sont les maladies chroniques les plus fréquentes à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada. La prévalence à l'Île-du-Prince-Édouard, qui est de 20 %, est supérieure à la moyenne canadienne.
- La prévalence de l'arthrite et du rhumatisme a tendance à augmenter avec l'âge, environ la moitié des Insulaires de 65 ans et plus déclarant être atteint d'une de ces maladies.
- La prévalence de l'arthrite et du rhumatisme et de l'asthme en 2003 est légèrement supérieure à celle en 2001.
- La prévalence des quatre maladies chroniques susmentionnées est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- La prévalence de l'asthme à l'Île-du-Prince-Édouard est supérieure à celle dans l'ensemble du Canada chez les jeunes (de 12 à 19 ans) et chez les personnes âgées (65 ans et plus). Dans les autres groupes d'âge, le taux est toutefois semblable.
- Le taux de dépression à l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur au taux canadien en 2001; cette tendance s'est maintenue au cours des dix dernières années.
- La prévalence de l'hypertension est légèrement plus élevée à l'Île-du-Prince-Édouard que dans l'ensemble du pays. De tous les Canadiens de 65 ans et plus, 43 % ont signalé souffrir d'hypertension, alors que le pourcentage est de 42 % chez les Insulaires.

Prévalence du diabète

Le tableau ci-après présente la prévalence du diabète à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada, telle que déterminée par l'ESCC de 2003.

| Prévalence du diabète, 2003 | | | |
|-----------------------------|--------|--------|-------|
| | Femmes | Hommes | Total |
| Î.-P.-É. | 3,7 % | 6,5 % | 5,1 % |
| Canada | 4,3 % | 4,9 % | 4,6 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2003.

- La prévalence chez les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard est légèrement inférieure au taux canadien, alors que le taux chez les hommes de la province est plus élevé.
- La prévalence du diabète augmente avec l'âge. À l'Île-du-Prince-Édouard, 0,3 % des jeunes de 12 à 19 ans sont atteints de diabète comparativement à 13,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus.
- À l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada, c'est chez les hommes de plus de 40 ans que la prévalence du diabète est la plus élevée.

Incidence des maladies évitables par la vaccination

Les programmes de vaccination peuvent contrôler un certain nombre de maladies. Le tableau ci-après présente l'incidence de six maladies évitables par la vaccination. L'incidence fait référence au nombre de nouveaux cas dans une année donnée par 100 000 habitants.

| Maladies à déclaration obligatoire, taux par 100 000 habitants | | | | | | |
|---|----------|-------|-------|-------|------|-------|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002* |
| Méningococcie invasive | Î.-P.-É. | 2.61 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Canada | 1.30 | 1.60 | 1.69 | 2.45 | 1.31 |
| Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib) | Î.-P.-É. | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Canada | 0.80 | 0.77 | 0.50 | 0.97 | 0.92 |
| Rougeole | Î.-P.-É. | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Canada | 0.04 | 0.10 | 0.67 | 0.13 | 0.03 |
| Tuberculose** | Î.-P.-É. | 1.50 | 1.50 | 1.40 | 2.20 | 0.70 |
| | Canada | 5.90 | 5.90 | 5.50 | 5.50 | 5.20 |
| Coqueluche*** | Î.-P.-É. | 15.34 | 7.26 | 7.95 | | |
| | Canada | 29.08 | 19.98 | 16.09 | | |
| Hépatite C*** | Î.-P.-É. | 43.10 | 18.87 | 7.95 | | |
| | Canada | 75.21 | 63.58 | 61.05 | | |

Source : Santé Canada, Système national des maladies à déclaration obligatoire.

* Les données de 2002 sont préliminaires.

** Source des données sur la tuberculose : Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT).

*** Aucune donnée n'est disponible à l'heure actuelle pour 2001 et 2002.

- À l'Île-du-Prince-Édouard, on n'a pas diagnostiqué de cas de méningococcie invasive, de Hib invasive ni de rougeole depuis 1999, 1995 et 1997 respectivement. Des vaccins sont maintenant disponibles pour ces trois maladies, le vaccin contre la méningococcie invasive étant le dernier en liste, offert depuis 2003.
- L'incidence de la coqueluche et de l'hépatite C est à la baisse à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada. L'incidence de ces maladies à l'Île est par ailleurs bien en deçà des taux canadiens.

Objectif n° 2 : Accroître la responsabilisation en matière de santé _____

Il existe de nombreuses maladies évitables ou dont les complications peuvent être atténuées par l'adoption d'un mode de vie sain, ainsi que par la prévention et un dépistage précoce. La prévalence accrue ou la gravité de la maladie impose un fardeau aux malades et à leur famille, en plus d'accroître les coûts pour les systèmes de prestation des soins de santé. Le système de santé peut aider les gens à accroître leur responsabilisation en matière de santé en offrant des programmes de sensibilisation, de même que de gestion et de prévention des maladies; en facilitant l'accès aux services de santé primaires et aux renseignements sur la santé; ainsi qu'en formant des partenariats pour influencer sur les déterminants de la santé.

Modes de vie, facteurs de risque et santé

Tabagisme

Le tabagisme est la principale cause de maladies évitables et de décès au Canada. Santé Canada estime à plus de 45 000 par année le nombre de décès attribuables au tabagisme.

Le tableau suivant présente le pourcentage de la population de plus de 15 ans qui a déclaré fumer ou avoir déjà fumé dans le cadre de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* de 2003.

| Taux de tabagisme (population de 15 ans et plus), de 1999 à 2004 | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Î.-P.-É. | 26 % | 26 % | 26 % | 23 % | 21 % | 21 % |
| Canada | 25 % | 24 % | 22 % | 21 % | 21 % | 20 % |

Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, section sur les foyers, de 1999 à 2004.

| Pourcentage de fumeurs et d'ex-fumeurs (population de 15 ans et plus), 2004 | | |
|---|---------|------------|
| | Fumeurs | Ex-fumeurs |
| Î.-P.-É. | 21 % | 33 % |
| Canada | 20 % | 26 % |

Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, section sur les foyers, 2004

- En 2004, 21 % des Insulaires ont déclaré fumer, une diminution par rapport aux 26 % de 1999.
- Plus d'hommes que de femmes fument. De tous les hommes de l'Île, 25 % ont indiqué fumer comparativement à 22 % des Canadiens. Par ailleurs, le pourcentage de fumeuses à l'Île s'élève à 18 %, alors que le taux de tabagisme chez les Canadiennes est de 17 %.
- Les hommes de 25 ans et plus ont tendance à être les plus gros fumeurs, avec une moyenne de 18,6 cigarettes par jour.

Tabagisme chez les adolescents

Les jeunes fumeurs nous préoccupent toujours, puisque la nicotine est une substance engendrant une dépendance. En effet, dans 80 % des cas, il suffit d'une cigarette pour développer une dépendance à la nicotine.

Le tableau ci-après présente le pourcentage de la population de 12 à 19 ans (inclusivement) qui a déclaré *fumer* (fumeurs occasionnels et quotidiens) ou *fumer quotidiennement*.

| Taux de tabagisme chez les adolescents, 2000-2001 et 2003 | | | | |
|--|---|---------------------------|---|---------------------------|
| | 2000-2001 | | 2003 | |
| | <i>Fumeurs (fumeurs occasionnels et quotidiens)</i> | <i>Fumeurs quotidiens</i> | <i>Fumeurs (fumeurs occasionnels et quotidiens)</i> | <i>Fumeurs quotidiens</i> |
| Î.-P.-É. | 14,8 % | 10,9 % ^E | 11,4 % ^E | 10,1 % ^E |
| Canada | 18,7 % | 12,9 % | 14,8 % | 9,1 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 et 2003.

E : Les données doivent être interprétées avec circonspection, car elles ont un coefficient de variation (CV) allant de 16,6 % à 33,3 %.

- Les pourcentages de fumeurs et de fumeurs quotidiens à l'Île-du-Prince-Édouard sont semblables aux pourcentages canadiens.
- Depuis 2000-2001, le taux de tabagisme chez les adolescents a diminué tant à l'Île-du-Prince-Édouard qu'au Canada.

Condition physique et alimentation

Activité physique

L'activité physique régulière procure de nombreux avantages bien connus en matière de santé physique et mentale. De plus, la sédentarité est un facteur de risque associé à diverses maladies graves, notamment les maladies cardiaques et le diabète. Le tableau ci-après fournit un sommaire des taux d'activité physique chez les hommes et les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'ensemble du Canada, tels qu'indiqués dans l'ESCC de 2003. On a demandé aux répondants à l'enquête la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques de loisirs au cours des trois mois précédents. Le tableau suivant présente le pourcentage de la population de 12 ans et plus qui se considérait *active* ou *sédentaire*.

| Taux d'activité physique, 2000-2001 et 2003 | | | | | |
|--|---------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | | 2000-2001 | | 2003 | |
| | | <i>Active</i> | <i>Sédentaire</i> | <i>Active</i> | <i>Sédentaire</i> |
| Î.-P.-É. | Total | 19,6 % | 52,0 % | 22,0 % | 53,2 % |
| | Hommes | 21,6 % | 48,2 % | 25,4 % | 50,4 % |
| | Femmes | 17,7 % | 55,7 % | 18,7 % | 55,8 % |
| Canada | Total | 21,0 % | 49,1 % | 26,1 % | 46,9 % |
| | Hommes | 23,7 % | 44,2 % | 29,8 % | 43,5 % |
| | Femmes | 18,4 % | 53,8 % | 22,7 % | 50,2 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 et 2003.

- En moyenne, les Insulaires sont plus susceptibles d'être sédentaires que le reste des Canadiens.
- Le taux d'activité physique s'améliore tant à l'Île-du-Prince-Édouard qu'au Canada.
- C'est chez les hommes et les femmes de 12 à 19 ans que l'on enregistre le taux d'activité physique le plus élevé.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'obésité est un facteur de risque associé à un certain nombre de maladies graves, comme le diabète et les maladies cardiaques.

L'IMC sert à déterminer le poids approprié d'une personne par rapport à sa taille. Pour calculer cet indice, il faut diviser le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

L'obésité correspond à un IMC supérieur à 25.

Le tableau suivant présente le pourcentage d'Insulaires et de Canadiens qui se déclarent un poids insuffisant ou normal, qui font de l'embonpoint ou encore qui sont obèses, selon une estimation de l'IMC déterminée par l'ESCC de 2003.

| IMC déclaré, 2003 | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| | <i>Poids insuffisant</i> | <i>Poids normal</i> | <i>Embonpoint</i> | <i>Obésité</i> |
| Î.-P.-É. | 1,7 % | 37,1 % | 37,1 % | 20,6 % |
| Canada | 2,6 % | 46,7 % | 33,3 % | 14,9 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2003.

- La proportion d'Insulaires ayant un poids normal est inférieure à la moyenne canadienne, alors que la proportion d'Insulaires faisant de l'embonpoint ou étant obèses y est supérieure.

Alimentation : Consommation de fruits et de légumes

L'alimentation et la santé sont étroitement liées. Les mauvaises habitudes alimentaires sont associées à un certain nombre de maladies graves, notamment le cancer et les maladies cardiaques. Une consommation adéquate de fruits et de légumes fait partie intégrante d'une saine alimentation. Le *Guide alimentaire canadien* recommande au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour. La consommation quotidienne moyenne de fruits et de légumes sert d'indicateur des habitudes alimentaires de la population.

Le tableau ci-après présente le taux déclaré de consommation de fruits et de légumes chez la population de 12 ans et plus.

| Taux déclaré de consommation de fruits et de légumes, 2000-2001 et 2003 | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| | 2000-2001 | | 2003 | |
| | Moins de 5 portions par jour | 5 portions ou plus par jour | Moins de 5 portions par jour | 5 portions ou plus par jour |
| Î.-P.-É. | 64,5 % | 34,2 % | 63,5 % | 29,3 % |
| Canada | 61,8 % | 37,2 % | 55,2 % | 38,9 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 et 2003.

- En 2003, 63,5 % des Insulaires ne consommaient pas suffisamment de fruits et de légumes.

Prévention précoce

Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus

La grippe peut présenter un grand risque pour la santé de nombreuses personnes, y compris celles âgées de 65 ans et plus. La vaccination prévient efficacement la grippe. Pour les personnes les plus susceptibles de développer des complications à la suite d'une grippe, comme les personnes de 65 ans et plus, la vaccination constitue une mesure de prévention importante.

Le tableau suivant présente le pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a déclaré avoir été vaccinée contre la grippe dans les 12 mois précédant l'ESCC.

| Taux de vaccination contre la grippe, population de 65 ans et plus, 2003 | | |
|--|-----------|--------|
| | 2000-2001 | 2003 |
| Î.-P.-É. | 62,9 % | 57,8 % |
| Canada | 63,0 % | 62,4 % |

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 et 2003.

- Bien que plus de la moitié des Insulaires de 65 ans et plus aient déclaré avoir été vaccinés contre la grippe en 2001 et en 2003, le taux de vaccination a diminué au cours de cette période.

Les enfants et la fumée secondaire

L'exposition à la fumée ambiante (fumée secondaire) est néfaste pour les enfants, en plus d'être associée à des maladies respiratoires, au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et aux infections des oreilles. Les enfants sont plus particulièrement vulnérables aux effets de la fumée secondaire, étant donné que leur corps est en croissance, que leur rythme respiratoire est plus rapide que celui des adultes et qu'ils n'ont pratiquement aucun contrôle sur leur environnement intérieur. Le tableau ci-après indique le pourcentage d'enfants qui sont régulièrement exposés à la fumée ambiante à la maison.

| Exposition des enfants à la fumée ambiante à la maison, 2004 | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | % d'enfants de 11 ans et moins | % d'enfants de 12 à 17 ans | % d'enfants de 17 ans et moins |
| Î.-P.-É. | 13 % | 18 % | 15 % |
| Canada | 12 % | 19 % | 15 % |

Source: Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2004.

- Les taux de l'Île-du-Prince-Édouard sont semblables aux moyennes canadiennes.
- Depuis 1999, l'exposition à la fumée secondaire diminue, tant à l'Île-du-Prince-Édouard qu'au Canada.

Allaitement maternel

L'allaitement maternel est une source d'alimentation idéale pour les bébés. En effet, le lait maternel contient des immunoglobulines et des anticorps qui combattent les infections, de sorte que les bébés nourris au sein ont tendance à avoir moins de maladies infantiles telles que des infections respiratoires et gastrointestinales, l'asthme, l'eczéma, des allergies alimentaires et des infections de l'oreille moyenne, que les autres bébés. Il est prouvé que l'allaitement peut contribuer au développement cognitif.

Le tableau suivant présente le pourcentage de femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance à un enfant dans les 5 années précédentes et qui ont nourri leur bébé exclusivement au lait maternel pendant au moins 4 mois.

| Mères ayant allaité pendant au moins quatre mois, 2003 | |
|---|-------------|
| | 2003 |
| Î.-P.-É. | 34,9 % |
| Canada | 38,4 % |

Source : ESCC, 2003.

- En 2003, l'Île-du-Prince-Édouard se classait au cinquième rang parmi les provinces et territoires, avec un taux de 34,9 %.
- Le taux d'allaitement semble s'améliorer à l'Île-du-Prince-Édouard. Le tableau ci-après indique que le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital augmente constamment depuis quelques années.

| Taux d'allaitement (à la sortie de l'hôpital) à l'Île-du-Prince-Édouard | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Î.-P.-É. | 59,3 % | 61,7 % | 62,3 % | 64,1 % | 61,8 % |

Source : Programme de soins génésiques, Île-du-Prince-Édouard.

Capacité d'apprentissage

Divers facteurs influent sur la maturité scolaire, notamment :

- le développement moteur et social;
- les capacités langagières;
- la santé affective;
- le comportement social.

Les indicateurs suivants, tirés de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), reflètent la « capacité » des enfants de l'Île à commencer leur apprentissage scolaire.

Capacités langagières

- En 2000-2001, la grande majorité des enfants de l'Île du groupe d'âge interrogé avaient une capacité moyenne de vocabulaire entendu et compris.

- En 2000-2001, 15 % des enfants de l'Île participant à l'enquête affichaient des capacités avancées. Ce pourcentage était semblable à la moyenne canadienne, de 14 %, et supérieur au pourcentage relatif aux capacités avancées de 1998-1999.

Développement moteur et social

- La grande majorité des enfants de l'Île dans ce groupe d'âge avaient un niveau de développement moteur et social moyen dans les deux cycles d'enquête.
- La proportion d'enfants de l'Île de trois ans ou moins affichant un niveau de développement moteur et social avancé était semblable à la moyenne canadienne.

| Pourcentage d'enfants affichant des capacités langagières et un développement moteur et social moyens | | | |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| | | 1998-1999 | 2000-2001 |
| Développement moteur et social (enfants de 3 ans ou moins) | Î.-P.-É. | 68,6 % | 66,5 % |
| | Canada | 71,1 % | 72,6 % |
| Capacités langagières (enfants de 4 ou 5 ans) | Î.-P.-É. | 81,0 % | 75,4 % |
| | Canada | 70,8 % | 68,8 % |

Source : ELNEJ, cycle 3 (1998-1999) et cycle 4 (2000-2001).

Problèmes affectifs et angoisse

- De tous les enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 16,1 % affichaient un niveau élevé d'angoisse ou de problèmes affectifs. Ce pourcentage est semblable à la moyenne canadienne, de 17,8 %.
- Le pourcentage d'enfants présentant un niveau élevé de problèmes affectifs a augmenté de 1998-1999 à 2000-2001.

| Pourcentage d'enfants présentant un niveau élevé de problèmes affectifs (de deux à cinq ans) | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|
| | | 1998-1999 | 2000-2001 |
| Problèmes affectifs et angoisse | Î.-P.-É. | 14,0 % | 16,1 % |
| | Canada | 13,8 % | 17,8 % |
| Hyperactivité et inattention | Î.-P.-É. | 14,1 % | 10,8 % |
| | Canada | 12,2 % | 15,1 % |
| Agressivité physique | Î.-P.-É. | 15,1 % | 11,0 % |
| | Canada | 13,5 % | 12,6 % |

Source : ELNEJ, cycle 3 (1998-1999) et cycle 4 (2000-2001).

Hyperactivité et inattention

- Des enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 10,8 % affichaient un niveau élevé d'hyperactivité ou d'inattention.
- En 2000-2001, le taux de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur au taux canadien. En fait, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que le taux d'hyperactivité et d'inattention était le plus faible au Canada.

Agressivité physique et trouble des conduites

- Des enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 11 % affichaient un niveau élevé d'agressivité, de trouble oppositionnel ou de trouble des conduites.
- Ce taux est semblable à la moyenne canadienne, de 13 %.

Comportement personnel et social

- En 1998-1999, 93 % des enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans affichaient un comportement prosocial satisfaisant.
- Ce taux était semblable à la moyenne canadienne et aux taux des autres provinces.

| Pourcentage d'enfants âgés entre deux et cinq ans affichant un comportement social satisfaisant* | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|
| | | 1998-1999 | 2000-2001 |
| Comportement prosocial | Î.-P.-É. | 93,0 % | |
| | Canada | 89,8 % | |
| Comportement personnel et social | Î.-P.-É. | | 93,2 % |
| | Canada | | 84,0 % |

Source : ELNEJ, cycle 3 (1998-1999) et cycle 4 (2000-2001).

* Les indicateurs de connaissances et de compétences sociales fournissent des renseignements sur la proportion d'enfants âgés de deux à cinq ans qui affichent ce que les chercheurs de l'ELNEJ ont appelé un « comportement prosocial » dans les cycles d'enquête précédents. Dans les données 2000-2001, le terme « comportement prosocial » a été remplacé par « comportement personnel et social », qui est évalué au moyen d'un nouvel outil appelé Questionnaires sur les étapes du développement (QED).

Quant aux données de 2000-2001, les chercheurs de l'ELNEJ ont restructuré la collecte de données et les processus de calcul grâce à un nouvel outil appelé QED.

- La plupart des jeunes enfants de l'Île ont montré un comportement personnel et social satisfaisant.
- L'enquête de 2000-2001 sur le comportement personnel et social des enfants de l'Île a révélé un comportement personnel et social positif, ce qui est supérieur à la moyenne canadienne. En fait, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que ce pourcentage est le plus élevé au pays.

Dépistage précoce

Taux de dépistage par le test de Pap

Plus de 90 % des cas de cancer du col utérin peuvent être évités grâce à un examen régulier de dépistage (test de Pap). La Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard a été créée en 2001. Les objectifs de la Campagne comprenaient la réduction de l'incidence de la maladie et, ainsi, la diminution du taux de mortalité associé au cancer du col utérin chez les femmes de l'Île, l'accroissement de l'accès au test et l'augmentation du nombre de femmes examinées.

Le taux de dépistage par le test de Pap correspond au pourcentage de femmes entre 20 et 69 ans qui ont subi ce test au cours d'une période donnée.

| Taux de dépistage par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard, selon le groupe d'âge, de 2001 à 2003 | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Groupe d'âge | Période de dépistage | | |
| | Un an (2003) | Deux ans (2002-2003) | Trois ans (de 2001 à 2003) |
| De 20 à 34 ans | 44 % | 62 % | 69 % |
| De 35 à 49 ans | 39 % | 59 % | 67 % |
| De 50 à 69 ans | 37 % | 52 % | 57 % |
| Total (de 20 à 69 ans) | 40 % | 58 % | 65 % |

Source : Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard, rapport de 2003.

- Environ 40 % des femmes de l'Île âgées entre 20 et 69 ans subissent un test de Pap chaque année, alors que 65 % d'entre elles subissent un test de Pap tous les 3 ans.
- La participation à la Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap diminue avec l'âge, peu importe l'intervalle des tests. C'est chez les femmes en âge de procréer que le taux de participation est le plus élevé.

L'ESCC fournit aussi des renseignements sur le taux de dépistage par le test de Pap. Ce taux est fondé sur les données déclarées par les répondantes et a tendance à être moins précis que les conclusions tirées dans le cadre de la Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard. Toutefois, les données de l'ESCC permettent de faire des comparaisons avec le taux canadien.

- En 2003, 81 % des femmes de l'Île ont déclaré avoir subi un test de Pap au cours des 3 années précédentes. Ce pourcentage était supérieur à celui de 2000-2001 et à la moyenne canadienne, de 74 %.

Taux de dépistage par mammographie

Le cancer du sein continue à être la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes au Canada. En 2004, on a diagnostiqué environ 21 200 nouveaux cas¹. Le taux de mortalité est passé d'un pourcentage estimé à 32 % en 1986 à 25 % en 2004. L'amélioration des programmes de dépistage du cancer du sein et des traitements a contribué à cette baisse.

En 2003 L'ESCC 49,3 % des femmes de l'Île âgées entre 50 et 69 ans ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage de routine au cours des 2 années précédentes. Ce taux était semblable à la moyenne canadienne, de 49,1 %.

¹ \ Statistiques anadiennes sur le cancer, Institut national du cancer du Canada, 2002.

Objectif n° 3 : Améliorer la viabilité du système

Plusieurs facteurs, notamment la demande accrue pour des services nouveaux et existants, la hausse des coûts, la disponibilité des professionnels de la santé, la nécessité d'investir dans les établissements de santé vieillissants, ainsi que les pressions exercées par la population pour l'adoption de nouvelles technologies coûteuses, nuisent à la viabilité à long terme du système de santé et de services sociaux.

On surveille les indicateurs de viabilité suivants : les dépenses en matière de santé et de services sociaux, les coûts des soins de santé et des services sociaux par habitant, la disponibilité des professionnels de la santé et la satisfaction de la clientèle.

Dépenses en matière de santé et de services sociaux

| Dépenses en matière de santé et de services sociaux à l'Île-du-Prince-Édouard (en dollars courants), de 2000-2001 à 2004-2005 (en millions de dollars) | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 |
| Dépenses – Soins de santé | 294,0 | 328,6 \$ | 342,8 \$ | 345,7 \$ |
| Dépenses – Services sociaux | 76,6 \$ | 81,6 \$ | 84,4 \$ | 84,9 \$ |
| Dépenses totales – Système | 370,6 \$ | 410,2 \$ | 428,2 \$ | 430,6 \$ |

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Finances et administration, 2005.

- En 2004-2005, le gouvernement provincial a affecté 430,6 millions de dollars à la prestation des soins de santé et des services sociaux.
- Entre 2001-2002 et 2004-2005, les dépenses totales du système ont augmenté de 60 millions de dollars (16 %).

Coûts des soins de santé et des services sociaux par habitant

| Coûts des soins de santé et des services sociaux par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard (en dollars courants), de 2001-2002 à 2004-2005 | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 |
| Coûts des soins de santé par habitant | 2 150 \$ | 2 399 \$ | 2 488 \$ | 2 510 \$ |
| Coûts des services sociaux par habitant | 560 \$ | 596 \$ | 620 \$ | 616 \$ |
| Coûts totaux par habitant | 2 710 \$ | 2 995 \$ | 3 108 \$ | 3 126 \$ |

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, Finances et administration, 2005.

- En 2004-2005, le gouvernement provincial a dépensé en moyenne 3 126 \$ par habitant pour les soins de santé et les services sociaux.
- Entre 2000-2001 et 2004-2005, le coût par habitant a augmenté de 416 \$ (15 %).

Professionnels de la santé

Le nombre de professionnels de la santé par 100 000 habitants est un indicateur utilisé à l'échelle provinciale et nationale pour surveiller et comparer les tendances.

| Nombre de professionnels de la santé par 100 000 habitants, 2002-2003 | | | | |
|---|--------|----------|--------|----------|
| | 2002 | | 2003 | |
| | Canada | Î.-P.-É. | Canada | Î.-P.-É. |
| Infirmières autorisées | 734 | 921 | 760 | 994 |
| Infirmières auxiliaires | 191 | 423 | 199 | 448 |
| Médecins praticiens et de famille | 96 | 85 | 97 | 88 |
| Médecins spécialistes | 93 | 51 | 91 | 54 |
| Pharmaciens | 84 | 98 | 87 | 108 |
| Dentistes | 57 | 44 | 58 | 44 |
| Physiothérapeutes | 48 | 38 | 49 | 38 |
| Ergothérapeutes | 31 | 27 | 33 | 25 |
| Hygiénistes dentaires | 51 | 31 | 53 | 49 |
| Chiropraticiens | 20 | 6 | 21 | 6 |
| Optométristes | 11 | 10 | 12 | 11 |
| Diététistes | 23 | 42 | 24 | 44 |

Source : Indicateurs de santé de l'ICIS, 2004.

- En 2002 et 2003, le nombre d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires, de pharmaciens et de diététistes par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard était supérieur à la moyenne nationale. En fait, le nombre d'infirmières auxiliaires à l'Île-du-Prince-Édouard était deux fois plus élevé que la moyenne nationale.
- Le ratio des autres professionnels de la santé, tels que les médecins, les dentistes, les hygiénistes dentaires et les optométristes, était inférieur à la moyenne nationale. Il est toutefois important de souligner que les Insulaires reçoivent certains services, comme des consultations avec des spécialistes, à l'extérieur de la province. Par conséquent, bien que le nombre de certains professionnels de la santé par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard soit inférieur à celui d'autres provinces, les Insulaires bénéficient d'un accès approprié à ces services, même s'ils doivent parfois sortir de la province pour y accéder.

Satisfaction de la clientèle

Dans le cadre de l'ESCC de 2003, on a évalué la satisfaction de la clientèle à l'égard des soins de santé en général, des soins communautaires, des soins hospitaliers et des soins médicaux.

Les soins communautaires comprennent les soins de santé reçus à l'extérieur d'un hôpital ou du cabinet d'un médecin. Il peut s'agir, notamment, de soins infirmiers à domicile, de counseling ou de thérapies à domicile, de soins personnels et de soins offerts dans une clinique communautaire sans rendez-vous. Pour les fins de cette enquête, les soins médicaux comprenaient les soins offerts par un médecin de famille ou un spécialiste, à l'exception des soins reçus dans un hôpital.

Le tableau ci-après présente le pourcentage de répondants de 15 ans et plus qui se sont dits « satisfaits » ou « assez satisfaits » de la prestation des services au cours des 12 mois précédents.

| Proportion de répondants qui se sont dits « satisfaits » ou « assez satisfaits » des services de santé, 2003 | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| | Soins de santé en général | Soins de santé communautaires | Soins hospitaliers | Soins médicaux |
| Î.-P.-É. | 88,3 % | 88,4 % | 85,0 % | 94,2 % |
| Canada | 85,3 % | 82,9 % | 82,3 % | 91,8 % |

Source : ESCC, 2003.

- La majorité des Insulaires et des Canadiens se sont dits satisfaits des divers soins de santé reçus.
- Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard sont fondés sur un très petit échantillon de répondants et doivent donc être interprétés avec circonspection.

Objectif n° 4 : Accroître la confiance du public dans le système _____

La confiance du public dans le système de santé et des services sociaux est essentielle à la progression de ses objectifs et stratégies. On peut la mesurer en demandant au public d'évaluer la qualité des services reçus. On a évalué la façon dont les gens perçoivent la qualité des services dans le cadre de l'ESCC.

Le tableau ci-après présente le pourcentage de la population qui juge « bons » ou « excellents » les soins de santé en général, les soins communautaires, les soins hospitaliers et les soins médicaux. Les soins communautaires comprennent les soins infirmiers à domicile, le counseling ou les thérapies à domicile, les soins personnels et les soins offerts dans une clinique communautaire sans rendez-vous.

| Proportion de la population de 15 ans et plus qui juge « bons » ou « excellents » les soins de santé reçus, 2003 | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| | Soins de santé en général | Soins communautaires | Soins hospitaliers | Soins médicaux |
| Î.-P.-É. | 88,6 % | 87,2 % | 86,2 % | 94,6 % |
| Canada | 86,8 % | 79,6 % | 83,9 % | 91,9 % |

Source : ESCC, 2003.

- Les Insulaires et les Canadiens ont généralement répondu positivement à la question relative à la qualité des soins reçus. À l'Île-du-Prince-Édouard, 88,6 % de la population juge « bonne » ou « excellente » la qualité des soins de santé.
- Dans les quatre domaines des soins de santé, le taux de l'Île-du-Prince-Édouard est supérieur au taux canadien.

Objectif n° 5 : Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel

Pour assurer la qualité et la viabilité à long terme du système de santé et des services sociaux, il faut que suffisamment de ressources humaines en santé qualifiées soient disponibles. On déploie divers efforts visant le recrutement, le maintien en poste et le mieux-être des employés à tous les échelons du système.

| Employés permanents dans le système de santé et des services sociaux, de mars 2003 à mars 2005 | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | Nombre d'employés en mars 2003 | Nombre d'employés en mars 2004 | Nombre d'employés en mars 2005 |
| Ministère | 159 | 167 | 165 |
| Régions sanitaires | 3 615 | 3 792 | 3 887 |
| Total | 3 774 | 3 959 | 4 052 |
| Taux d'augmentation par rapport à l'année précédente | -- | 4,9 % | 2,3 % |

Source : Ressources humaines du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

Congés de maladie pour les employés

L'utilisation des congés de maladie dépend de divers facteurs. Par exemple, les conventions collectives (les articles précisent que les congés de maladie restants sont utilisés pour des rendez-vous chez le médecin et le traitement des dépendances), la culture organisationnelle et les problèmes de dotation peuvent tous contribuer à l'augmentation ou à la diminution de l'utilisation des congés de maladie. Le tableau suivant présente l'utilisation des congés de maladie au sein des régions des services de santé en 2003-2004 et 2004-2005.

| Utilisation des congés de maladie au sein des régions des services de santé*, 2003-2004 et 2004-2005 | | |
|--|-----------|-----------|
| | 2003-2004 | 2004-2005 |
| Nombre total d'heures | 7 405 727 | 7 616 696 |
| Nombre total d'heures de maladie | 288 032 | 300 019 |
| Pourcentage d'heures de maladie par rapport aux heures totales | 3,9 % | 3,9 % |
| Nombre moyen de jours de maladie utilisés par année par ETP** | 10,2 | 10,2 |

Source : Ressources humaines du ministère de la Santé et des Services sociaux.

* À l'exception du ministère de la Santé et des Services sociaux.

** ETP est l'acronyme d' « équivalent temps plein » et correspond au nombre d'heures de travail d'un employé à temps plein, c'est-à-dire 1 950 heures par année.

- Le nombre moyen de jours de maladie pour les exercices 2003-2004 et 2004-2005 est demeuré constant, à 10,2. Cette moyenne cadre avec les moyennes nationales.

Réclamations auprès de la Commission des accidents du travail

| Réclamations auprès de la Commission des accidents du travail, de 2001-2002 à 2004-2005 | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2001-2002 | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 |
| Réclamations déposées | 500 | 452 | 401 | 374 |
| Réclamations avec absence | 196 | 162 | 142 | 115 |
| Jours perdus | 4 187,8 | 3 571,9 | 3 404,2 | 2 510,2 |

Source : Commission des accidents du travail, Île-du-Prince-Édouard.

- Le nombre de réclamations déposées et de jours perdus a diminué au cours des quatre derniers exercices.
- Le nombre de jours perdus a chuté de 40 % entre 2001-2002 et 2004-2005.

Utilisation des services du programme d'aide aux employés

Le programme d'aide aux employés (PAE) offre des services de counseling confidentiels et des séances de groupe axées sur les programmes de mieux-être au travail. Le taux d'utilisation des services du PAE fournit une indication des besoins en matière de santé des employés et de leur volonté de faire appel à des services de soutien.

| Taux d'utilisation des services du PAE, régions sanitaires, 2002-2003 et 2003-2004 | | | |
|---|-----------------------|-----------|-----------|
| Répartition selon l'âge et l'ancienneté | | 2002-2003 | 2003-2004 |
| Groupes d'âge | De 36 à 45 ans | 40,1 % | 37,6 % |
| | De 46 à 55 ans | 23,9 % | 22,1 % |
| Ancienneté | De 6 à 10 ans | 26,5 % | 23,3 % |
| | De 11 à 19 ans | 41,2 % | 34,0 % |
| | 20 ans et plus | 14,5 % | 11,2 % |

Source : Programme d'aide aux employés, 2004.

- En 2002-2003, 578 employés des régions sanitaires ont fait appel aux services du PAE, alors que, en 2003-2004, ce nombre s'élevait à 614, soit une augmentation d'environ 6 %.
- Au cours des deux exercices, les trois principaux problèmes ayant nécessité une consultation étaient les problèmes conjugaux, les conflits au travail et l'angoisse.
- Chaque exercice, plus du quart de ceux qui ont utilisé les services offerts par le PAE ont indiqué que leurs problèmes avaient des répercussions sur la qualité de leur travail et leur rendement. Près de 20 % ont déclaré que ceux-ci occasionnaient des conflits au travail, et près de 20 % ont indiqué qu'ils avaient même dû s'absenter de leur travail à cause de ces problèmes.

- La plupart des participants au PAE étaient âgés entre 36 et 55 ans, le plus grand nombre étant âgés entre 36 et 45 ans.

Recrutement et maintien en poste

Taux d'attrition

Pour la période de 12 mois terminée le 4 décembre 2004, le taux d'attrition au sein du système de santé et des services sociaux était d'environ 4,4 %. En résumé, 180 employés non occasionnels sont sortis du système pendant cette période d'un an, pour les motifs suivants : démission (43 %); retraite (28 %); fin d'un poste d'une durée déterminée (12 %); décès (5 %); mise à pied (2 %); et autres (9 %).

Succès en matière de recrutement de médecins

Toutes les provinces sont confrontées à une pénurie de médecins de famille et de spécialistes. Le nombre de postes à pourvoir en médecine familiale et en médecine spécialisée a des répercussions sur les services offerts à la population. La province déploie constamment des efforts de recrutement pour tenter de remédier à la pénurie de médecins et de pourvoir les postes vacants.

Le tableau suivant présente le nombre total de postes vacants et de postes pourvus en médecine pour 2003 et 2005. L'effectif visé correspond au nombre total d'emplois disponibles en médecine à l'Île-du-Prince-Édouard.

| Effectif visé et postes pourvus, Île-du-Prince-Édouard, 2003 et 2005 | | | | |
|--|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Champ de pratique | En mars 2003 | | En mars 2005 | |
| | Effectif visé | Postes pourvus* | Effectif visé | Postes pourvus* |
| Médecine familiale | 81,0 | 77,3 | 82,6 | 79,6 |
| Spécialité | 106,5 | 104,4 | 110,1 | 100,2 |
| TOTAUX | 187,5 | 181,7 | 192,7 | 179,8 |

* Les postes pourvus reflètent un ETP selon les postes permanents et de suppléance.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, programmes médicaux, 2004.

- Le nombre de postes visés en médecine à l'Île-du-Prince-Édouard a augmenté de plus de 21 depuis 2002, ayant passé de 171,1 en 2002 à 187,5 en 2003, puis de 191,6 en 2004 à 192,7 en 2005.
- Depuis 2002, le nombre de médecins nécessaires en médecine interne, en médecine d'urgence, en psychiatrie, en médecine physique et en médecine familiale a augmenté dans la province.
- On compte plus de médecins à l'Île-du-Prince-Édouard qu'en 2002. Le nombre de postes de médecins ETP pourvus est passé de 158,3 en 2002 à 180 en 2005. À l'heure actuelle, certains des postes vacants sont nouveaux, et le recrutement est en cours.

- Depuis 2004, les postes dans la majorité des champs de pratique à l'Île-du-Prince-Édouard sont pourvus, et le nombre de médecins dans les salles d'urgence, en ophtalmologie et en médecine physique a augmenté. Il reste toutefois des postes vacants en médecine familiale, en anesthésie, en médecine interne, en psychiatrie et en chirurgie plastique.

Recrutement d'infirmières

Les infirmières autorisées représentent le groupe le plus important de fournisseurs de soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard. La Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières et des infirmiers a établi divers programmes pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant d'infirmières à long terme. Ces programmes étaient entre autres axés sur le parrainage d'étudiants de troisième et de quatrième années, sur l'aide à la relocalisation, sur l'aide financière pour des programmes de recyclage et sur les emplois d'été. Le tableau suivant présente le nombre de participants à ces programmes.

| Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières et des infirmiers | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| | 2002-2003 | 2003-2004 | 2004-2005 |
| Nombre d'étudiants (de troisième et de quatrième années) parrainés | 78 | 127 | 77 |
| Nombre d'infirmières autorisées ayant reçu des fonds de relocalisation | 30 | 22 | 40 |
| Nombre d'infirmières autorisées recevant de l'aide financière pour suivre des programmes de recyclage | 2 | 2 | 3 |
| Nombre d'étudiants en soins infirmiers participant au programme d'emploi d'été | 73 | 77 | 78 |

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières et des infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard*, 2005.

- Par le passé, la Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières et des infirmiers a contribué à relocaliser des dizaines d'infirmières dans la province.
- On a parrainé 282 étudiants en soins infirmiers dans le cadre de cette stratégie. Les étudiants parrainés doivent travailler au sein du système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard après leurs études.
- En plus de mettre en place la Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières et des infirmiers, le gouvernement provincial a parrainé des étudiants inscrits au cours de radiothérapie et au programme de maîtrise en orthophonie.

Responsabilités législatives

Liste de lois administrées par le système de santé et des services sociaux et dont le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable :

| | |
|--|---|
| <i>Adoption Act</i> | <i>Licensed Practical Nurses Act</i> |
| <i>Adult Protection Act</i> | <i>Marriage Act</i> |
| <i>Change of Name Act</i> | <i>Medical Act</i> |
| <i>Child Care Facilities Act</i> | <i>Mental Health Act</i> |
| <i>Child Protection Act</i> | <i>Nurses Act</i> |
| <i>Chiropractic Act</i> | <i>Occupational Therapists Act</i> |
| <i>Community Care Facilities and Nursing Homes Act</i> | <i>Optometry Act</i> |
| <i>Consent to Treatment and Health Care Directives Act</i> | <i>Pharmacy Act</i> |
| <i>Dental Profession Act</i> | <i>Physiotherapy Act</i> |
| <i>Denturists Act</i> | <i>Premarital Health Examination Act</i> |
| <i>Dietitians Act</i> | <i>Provincial Health Number Act</i> |
| <i>Dispensing Opticians Act</i> | <i>Psychologists Act</i> |
| <i>Donation of Food Act</i> | <i>Public Health Act</i> |
| <i>Drug Cost Assistance Act</i> | <i>Rehabilitation of Disabled Persons Act</i> |
| <i>Family and Child Services Act</i> | <i>Smoke-Free Places Act</i> |
| <i>Health and Community Services Act</i> | <i>Social Assistance Act</i> |
| <i>Health Services Payment Act</i> | <i>Social Work Act</i> |
| <i>Hospital and Diagnostic Services Insurance Act</i> | <i>Tobacco Sales to Minors Act</i> |
| <i>Hospitals Act</i> | <i>Vital Statistics Act</i> |
| <i>Housing Corporation Act</i> | <i>White Cane Act</i> |
| <i>Human Tissue Donation Act</i> | |

Nota :

Deux autres lois, qui sont en fait des projets de lois d'initiative parlementaire et qui ne font pas partie de la codification officielle de la province, sont considérées comme la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux :

Dental Technicians Association Act
Funeral Directors and Embalmers Act

Modifications législatives

Lois

- L'*Act to Amend the Adoption Act* a reçu la sanction royale le 2 mai 2004. Cette loi remplace un processus qui était offert en vertu de la *Family and Child Services Act*, maintenant abrogée, et permettait au directeur des services de bien-être à l'enfance de conclure des ententes relatives à la garde avec des parents souhaitant placer leur enfant en vue de l'adoption ou le placer pendant qu'ils pensent à l'adoption. Bien qu'il existe une entente semblable en vertu de la *Child Protection Act*, celle-ci vise strictement à protéger l'enfant et n'est donc pas appropriée pour les parents qui envisagent cette option et dont l'enfant n'est pas en danger. Elle est entrée en vigueur le 14 septembre 2004.
- L'*Act to Amend the Pharmaceutical Information Act* a reçu la sanction royale le 20 mai 2004. Il a fallu effectuer cette modification pour s'adapter aux changements apportés à la *Pharmacy Act* et reconnaître les autres personnes que l'on peut autoriser à prescrire des médicaments. La modification précise la prépondérance de la loi sur la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* en cas de conflit. De plus, elle clarifie les dispositions concernant la divulgation des renseignements sur les programmes aux chercheurs qui présentent une demande. (Ni la loi ni la modification ne sont encore entrées en vigueur.)
- Le 29 septembre 2004, le paragraphe 2(3) de la *Smoke-free Places Act*, annulant l'exemption pour les établissements correctionnels, est entré en vigueur.
- L'*Act to Amend the Tobacco Sales to Minors Act* a reçu la sanction royale le 16 décembre 2004. Les modifications comprennent l'ajout de définitions; la suppression des références aux fournisseurs; la clarification de l'interdiction de vendre du tabac aux personnes de moins de 19 ans; l'introduction d'une exception si le tabac est utilisé dans des pratiques ou cérémonies autochtones; l'énumération d'endroits désignés où la vente de tabac est interdite; l'ajout de l'interdiction d'utiliser des distributeurs de tabac automatiques et des présentoirs de tabac libre-service; la modification du barème des amendes et du pouvoir réglementaire; l'ajout des pharmacies et des magasins comprenant une pharmacie à la liste des endroits désignés; ainsi que des modifications corrélatives à la *Health Tax Act*.
- La *Registered Nurses Act* a reçu la sanction royale en décembre 2004. Il s'agit d'une loi nouvelle et à jour régissant la pratique des infirmières autorisées; elle englobe aussi une nouvelle catégorie d'infirmières pour l'Île-du-Prince-Édouard : les infirmières praticiennes.
- L'*Act to Amend the Occupational Therapists Act* a reçu la sanction royale en décembre 2004. Les modifications mettent à jour la loi régissant l'ergothérapie et comprennent notamment la reconnaissance des concepts actuels, comme les compétences permanentes, de même qu'un soutien accru à la mobilité des spécialistes de ce domaine.

Règlements :

- On a modifié le règlement d'application de la *Vital Statistics Act* afin d'établir des honoraires à l'acte pour les cas « urgents » en vertu de la loi. La modification est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2004.
- On a modifié le règlement d'application de la *Change of Name Act* afin d'augmenter les frais de traitement de 160 \$ à 185 \$. Cette augmentation est attribuable à la hausse des frais d'enregistrement des documents auprès du bureau d'enregistrement. La modification est entrée en vigueur le 15 mai 2004.
- On a modifié le règlement d'application de la *Drug Cost Assistance Act* afin d'augmenter la quote-part de 1 \$. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2004.
- On a apporté des modifications au *Slaughter House Regulations* en vertu de la *Public Health Act*, de sorte à mettre à jour la terminologie relative à l'industrie de l'abattage et à refléter la sensibilisation accrue aux maladies bovines (encéphalopathie spongiforme bovine) et les précautions hygiéniques afférentes. Les modifications sont entrées en vigueur le 22 mai 2004.
- On a apporté des modifications aux exigences relatives à l'enregistrement et à la délivrance de permis auxquelles doivent satisfaire les techniciens d'urgence médicale et qui sont prescrites dans l'*Emergency Medical Services Regulations* en vertu de la *Public Health Act*. Les modifications comprennent le passage de deux à trois niveaux de permis et certains changements relatifs à l'équipement nécessaire pour les ambulances. Tous les articles sont entrés en vigueur le 25 décembre 2004, à l'exception de l'article 6, concernant les nouveaux niveaux de permis, qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 2005, soit en même temps que la nouvelle période de permis.
- On a apporté certaines modifications au règlement d'application de la *Licensed Practical Nurses Act*, notamment des modifications d'ordre administratif et une modification des exigences auxquelles doivent satisfaire les moniteurs de programme. Les modifications sont entrées en vigueur le 26 février 2005.

Annexe A

États financiers

Principaux programmes – Pourcentage du budget total

| | <u>2002-2003</u> | <u>2003-2004</u> | <u>2004-2005</u> |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Soins de santé | | | |
| Services hospitaliers | 31,4% | 31,6% | 32,2% |
| Services médicaux | 12,2 | 12,7 | 13,2 |
| Services transfusionnels | 1,1 | 1,4 | 1,3 |
| Services ambulanciers | 0,9 | 1,0 | 1,1 |
| Soins à domicile | 1,7 | 1,9 | 2,0 |
| Soins prolongés | 9,8 | 10,4 | 10,7 |
| Pharmacie provinciale | 4,2 | 4,3 | 4,6 |
| Santé mentale | 3,0 | 3,3 | 3,5 |
| Services infirmiers de santé publique | 0,7 | 0,8 | 0,9 |
| Services de traitement des dépendances | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| Santé dentaire | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Établissement de santé de Prince- Est | 4,1 | 1,7 | 0,0 |
| Autres programmes | <u>8,9</u> | <u>8,8</u> | <u>10,8</u> |
| Total – Soins de santé | 80,1% | 80,0 % | 82,4% |
| Services sociaux | | | |
| Services à l'enfance et à la famille | 15,6% | 15,7% | 13,9% |
| Création d'emplois | 0,5 | 0,6 | 0,3 |
| Logements sociaux | 2,2 | 2,1 | 2,1 |
| Subventions – Organismes non gouvernementaux | 1,6 | 1,6 | 1,3 |
| Total – Services sociaux | 19,9 | 20,0 | 17,6 |
| Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux | <u>100,0%</u> | <u>100,0%</u> | <u>100,0%</u> |

Annexe B

Prévisions budgétaires

Prévisions budgétaires

2005-2006

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dépenses brutes

445 278 000 \$

Revenu brut

23 076 600 \$

Dépenses ministérielles nettes

422 201 400 \$