



Ministère de la Santé

Ministère de la Santé

Rapport annuel

2005 - 2006



Together... a healthy future
Ensemble... pour un avenir en santé

Ministère de la Santé

Rapport annuel

pour l'exercice terminé le 31 mars 2006

Pour plus de renseignements concernant ce rapport, communiquez avec nous :

C.P. 2000, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 CANADA

Tél. : 902-368-5272 Téléc. : 902-368-4969

ou consultez notre site Web, à www.gov.pe.ca/health



Message du ministre



À l'honorable Barbara A. Hagerman
Lieutenant-gouverneure de l'Île-du-Prince-Édouard

Madame la Lieutenant-gouverneure,

J'ai l'immense privilège de vous présenter le *Rapport annuel du ministère de la Santé* pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in cursive script that reads "J. Chester Gillan".

J. Chester Gillan
Ministre de la Santé

Table des matières

Message du sous-ministre	1
Aperçu du nouveau ministère de la Santé	3
Structure organisationnelle	4
Rôles des divisions	5
Conseils des hôpitaux communautaires	7
Membres du conseil d'administration intérimaire des hôpitaux communautaires	8
Revue de l'exercice	9
Faits saillants de l'exercice	11
Mieux-être	11
Développement de l'enfant en santé	17
Accès aux services	21
Ressources humaines	25
Technologies de l'information en santé	31
Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé	33
Résultats obtenus	37
Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé des Insulaires	37
Objectif n° 2 : Accroître la responsabilisation en matière de santé	45
Objectif n° 3 : Améliorer la viabilité du système	51
Objectif n° 4 : Accroître la confiance du public dans le système	55
Objectif n° 5 : Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel ..	57
Responsabilité législative	61
Modifications législatives	63
Annexes	69
Annexe A – Sommaire des dépenses	69
Annexe B – Prévisions budgétaires	71

Message du sous-ministre



À l'honorable Chester Gillan
Ministre de la Santé
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le *Rapport annuel 2005-2006* pour le système de santé.

La fin du processus de restructuration du système de santé et de services sociaux au cours de l'exercice a permis la création du nouveau ministère de la Santé. Le *Rapport annuel 2005-2006 du ministère de la Santé* fait donc état des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs fixés dans le plan stratégique de 2001-2005 pour le système de santé et de services sociaux. Nous avons en outre entamé une planification stratégique et un processus consultatif poussés qui permettront d'établir les priorités du système de santé pour les années à venir. Le fruit de ce travail devrait être présenté en 2007.

Je suis fier de nos nombreuses réalisations en 2005-2006 et tiens à souligner les suivantes :

- Le dépôt du plan ou programme cadre a permis d'aller de l'avant avec le projet de modernisation de l'hôpital Queen Elizabeth, qui permettra à l'établissement de continuer d'assurer de manière efficace et rentable la prestation de soins de santé, et ce, pour longtemps encore.
- On a retenu les services d'Island EMS pour l'établissement d'un système provincial et amélioré de services ambulanciers pour les Insulaires.
- En janvier 2006, on a lancé les projets de système d'information clinique et de dossier de santé électronique intégré (interexploitables), pilotés par Cerner Canada; ces projets visent la conception et l'exploitation d'un système d'information clinique dans les sept hôpitaux de soins aigus et les quatre centres de santé.

- L'ajout du vaccin antipneumococcique conjugué au calendrier d'immunisation des enfants a permis à la province de se conformer à toutes les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation.
- Le nombre de médecins actifs dans la province a quant à lui atteint des sommets. De même, on a créé des postes d'infirmière praticienne et le gouvernement provincial a adopté une réglementation encadrant leur rôle.
- On a aussi appliqué des politiques en matière de nutrition dans les écoles primaires et consolidées des commissions scolaires de l'est et de l'ouest, en partenariat avec l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É., les commissions scolaires, la Fédération foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de l'Éducation et l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard.

Je suis ravi des progrès réalisés au cours de l'exercice 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D.B.R.', with a long horizontal flourish extending to the right.

David B. Riley
Sous-ministre

Aperçu du nouveau ministère de la Santé

En avril 2005, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a procédé à la restructuration du système de santé et de services sociaux. Avant cette date charnière, les services sociaux et de santé dans l'île étaient administrés et offerts par quatre régies régionales de la santé et la Régie provinciale des services de santé (RPSS), chacune ayant ses propres budget et structure administrative. Le ministère de la Santé et des Services sociaux conseillait et soutenait les régies régionales du point de vue de l'orientation stratégique, en plus d'offrir des services de réglementation et de santé publique directement à la population. Toutefois, dans la foulée du processus de restructuration, le ministère de la Santé et des Services sociaux a été scindé en deux : on a ainsi créé le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et des Aînés.

En plus de ces deux ministères, la restructuration a entraîné divers changements administratifs. Les plus importants comprennent les suivants :

- Le rôle du ministère de la Santé a changé : il n'a plus à fournir de conseils ni de soutien relativement à l'orientation stratégique, devant plutôt assurer la supervision de la prestation directe des services.
- Le transfert d'un modèle régional à un modèle ministériel pour l'administration et le soutien des services hiérarchiques.
- La structure organisationnelle précédente prévoyait un conseil d'administration par régie régionale, soit quatre conseils, et le conseil consultatif de la RPSS. Toutefois, en vertu du nouveau modèle, chacun des cinq hôpitaux communautaires est régi par un conseil d'administration. L'hôpital Queen Elizabeth, l'hôpital du comté de Prince et l'hôpital Hillsborough sont quant à eux gérés par le ministère de la Santé et n'ont pas de conseil d'administration, en raison de la nature provinciale des services qu'ils offrent.

Le rôle du nouveau ministère de la Santé :

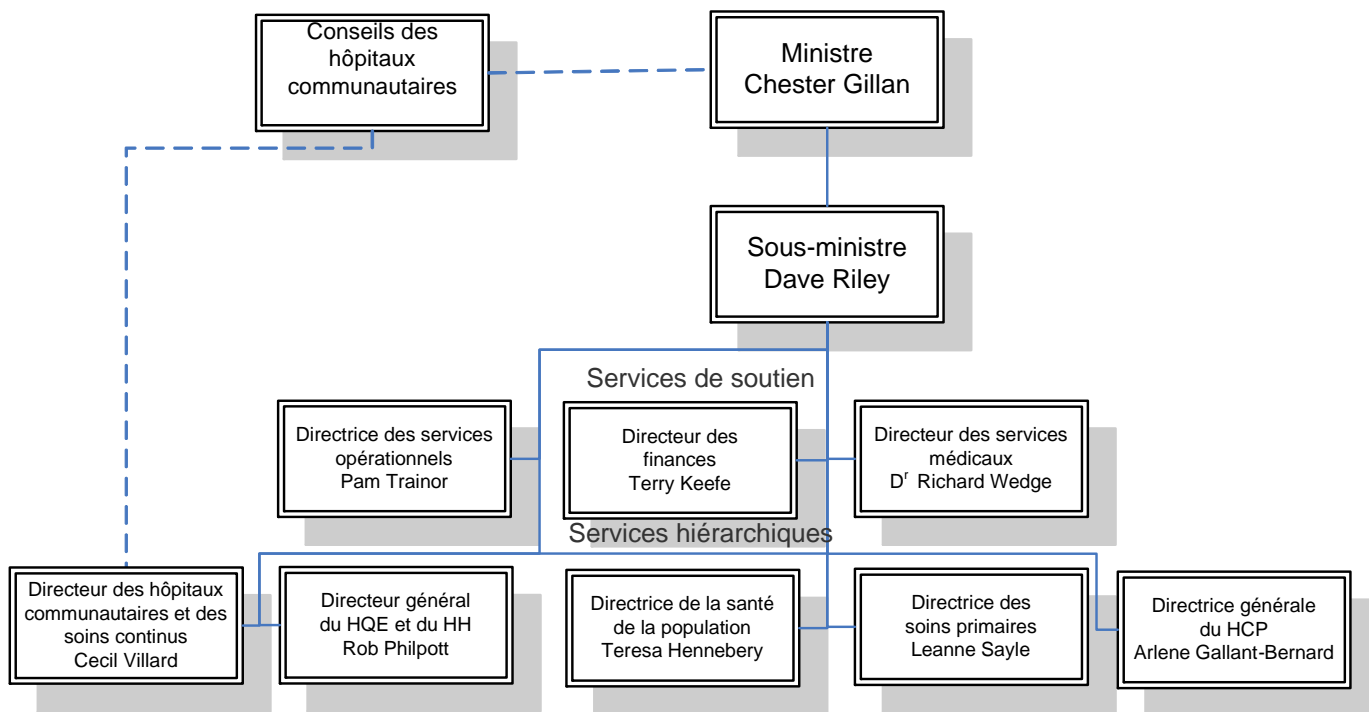
- Jouer un rôle de leader dans le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population.
- Jouer un rôle de leader dans l'amélioration continue et l'innovation afin d'offrir des services d'administration et de réglementation de grande qualité au système de santé et aux Insulaires.
- Fournir des services de santé de grande qualité axés sur le client et répondant aux besoins des collectivités.

Le ministère de la Santé assume son rôle en offrant des services de santé publique, des soins primaires et aigus, des services hospitaliers communautaires et des soins continus aux Insulaires afin de les aider à optimiser leur santé.

Structure organisationnelle

Le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard est composé du ministère de la Santé et de cinq conseils des hôpitaux communautaires, soit ceux de Souris, Montague, Tyne Valley, O'Leary et Alberton. À titre d'organisme gouvernemental, le ministère de la Santé relève du ministre assigné, qui doit finalement répondre du rendement du ministère devant les autres membres du gouvernement et les résidents de la province.

Le ministère de la Santé est géré par un comité de gestion ministériel composé du sous-ministre et de directeurs. Ce groupe doit assurer l'orientation générale de la gestion du ministère et superviser la planification stratégique à long terme.



Rôles des divisions

Divisions responsables de la prestation directe des services

Hôpitaux Queen Elizabeth et Hillsborough

Cette division est responsable de la prestation des soins médicaux, infirmiers et hospitaliers, de même que des services de soutien, aux hôpitaux Queen Elizabeth et Hillsborough. Sur le plan administratif, le directeur général de ces hôpitaux est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Hôpital du comté de Prince

Cette division est responsable de la prestation des soins médicaux, infirmiers et hospitaliers, de même que des services de soutien, à l'hôpital du comté de Prince. Sur le plan administratif, le directeur général de cet hôpital est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Hôpitaux communautaires et soins continus

Cette division offre des soins aigus dans les collectivités rurales et des services de soutien aux adultes et aînés qui ont besoin de soins continus. Ses programmes et installations comprennent cinq hôpitaux communautaires; des services de soins de longue durée, à domicile et palliatifs; le programme provincial de gériatrie; le programme provincial de dialyse; les services de convalescence; et les soins aux personnes de moins de 60 ans. Sur le plan administratif, le directeur des hôpitaux communautaires et des soins continus est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Soins primaires

Cette division assure la prestation des soins primaires. Ses programmes et installations comprennent les services communautaires en santé mentale et en toxicomanie (dont le Centre provincial de traitement des toxicomanies), sept centres de santé, les services en santé publique (dont les soins infirmiers de santé publique, l'orthophonie-audiologie et la nutrition communautaire), en sensibilisation au diabète et relativement aux modes de vie sains. Sur le plan administratif, le directeur des soins primaires est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Santé de la population

Cette division assure la prestation de services en santé publique, en protection de la santé et de réglementation partout dans la province. Ses programmes et services comprennent entre autres l'hygiène du milieu, les statistiques de l'état civil, l'inspection des foyers de soins privés et des soins communautaires (ce qui comprend le menu), la protection des adultes, le curateur public, la lutte contre les maladies transmissibles et l'immunisation, ainsi que la préparation en cas d'urgence sanitaire. De plus, le Bureau du médecin hygiéniste en chef et l'Unité d'épidémiologie relèvent de cette division. Le directeur de la division est aussi directeur des services d'urgence sanitaire en vertu de l'*Emergency Measures Act*. Sur le plan administratif, le directeur de la santé de la population est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Services de soutien opérationnel

Finances

Cette division est responsable de la planification financière, de la comptabilité et des rapports financiers, de même que de la gestion du matériel, pour le ministère de la Santé. La section de la planification financière est responsable de l'élaboration et de la coordination du budget du ministère de la Santé, et ce, en veillant à l'utilisation et au suivi adéquats des fonds publics. Cette section offre soutien et conseils relativement à la gestion financière. De plus, la section de la comptabilité et des rapports financiers est responsable du traitement et de la gestion des comptes payables, recevables et des salaires, ainsi que de la présentation de rapports sur ceux-ci, en temps opportun. Enfin, la section de la gestion du matériel est responsable de l'approvisionnement économique en biens et services de même que de la gestion des stocks. Sur le plan administratif, le directeur de la division des finances est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Programmes médicaux

Cette division est responsable de la prestation des programmes et services médicaux, qui comprennent le régime provincial d'assurance-médicaments, les services des médecins, l'aiguillage par les médecins, le recrutement de médecins et la formation médicale, l'évaluation de la facturation des médecins et son règlement, le programme de liaison relatif à l'obtention de soins à l'extérieur de la province, les services ambulanciers et d'évacuation aérienne d'urgence, les réclamations au régime d'assurance-maladie pour des soins reçus à l'Île-du-Prince-Édouard ou à l'extérieur de la province, l'évaluation de la technologie médicale, les Interprovincial Blood Services, de même que les dons d'organes et de tissus. Sur le plan administratif, le directeur des programmes médicaux est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Services généraux

Cette division assure leadership et soutien au sein du ministère de la Santé dans les domaines suivants : ressources humaines et relations de travail; communications; politiques et évaluations; évaluation des résultats; utilisation des services de santé; gestion de la qualité et des risques; accès à l'information et protection de la vie privée; gestion des renseignements dans les dossiers; législation et processus; services en français; relations fédérales-provinciales; agrément; et santé et sécurité au travail. Sur le plan administratif, le directeur des services opérationnels est responsable de la division et fait partie de l'équipe ministérielle de gestion.

Conseils des hôpitaux communautaires

En vertu de la *Community Hospitals Authorities Act*, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, on compte désormais cinq hôpitaux communautaires au sein du réseau de santé, en plus du ministère. Ces conseils répondent tous à un conseil d'hôpital communautaire. Les conseils des hôpitaux communautaires sont ceux de Souris, qui gère l'hôpital de Souris; de Montague, qui est responsable de l'hôpital Kings County Memorial; de Tyne Valley, qui gère l'hôpital Stewart Memorial; d'O'Leary, qui est responsable de l'hôpital communautaire; et enfin d'Alberton, qui gère l'hôpital Western.

Responsabilités des conseils des hôpitaux communautaires

Chaque conseil d'administration des hôpitaux communautaires répond du ministre de la Santé et a pour mandat d'offrir les programmes et services établis dans tous les hôpitaux communautaires. Ces conseils sont composés de membres élus, à l'exception des membres des conseils intérimaires actuels, qui ont été nommés par le ministre.

Les conseils d'administration des hôpitaux communautaires ont les responsabilités suivantes :

- Exploitation et gestion de l'hôpital communautaire.
- Respect de la *Community Hospital Authorities Act* et de la *Hospital Act*.
- Établissement des besoins en soins de santé dans la collectivité et des priorités afférentes.
- Rédaction d'un plan opérationnel annuel.
- Tenue d'une assemblée publique.
- Rapport du rendement et des résultats des établissements au ministre et aux collectivités.

Responsabilités du ministre

Le ministre est responsable de l'application de la *Community Hospital Authorities Act*. Ainsi, c'est lui qui établit les paramètres et l'orientation que doivent respecter les conseils des hôpitaux communautaires du point de vue de la planification, de l'organisation, de la gestion et de la prestation des soins de santé.

Le ministre peut donc :

- établir des objectifs de rendement annuels ayant trait :
 - au développement de l'hôpital communautaire en tant qu'organisme,
 - à sa gestion financière,
 - à l'accès aux soins de santé approuvés fournis par l'établissement,
 - à l'obtention de résultats satisfaisants chez les patients,
 - au taux de satisfaction de la clientèle par rapport aux soins de santé approuvés,
 - à toute autre question établie dans la réglementation;
- approuver les règlements ou politiques de l'hôpital communautaire;
- nommer un administrateur, après consultation du conseil d'hôpital communautaire.

Membres du conseil d'administration intérimaire des hôpitaux communautaires

Conseil de l'hôpital communautaire de Souris

David MacAulay, président
Thelma MacDonald
Denis Thibodeau
Walter Townshend
Bill Rooney

Conseil de l'hôpital communautaire de Montague

Michael Gallant, président
Sherry Kacsmarik
Marion Trowbridge
Niall MacKay
Hugh Robbins

Conseil de l'hôpital communautaire de Tyne Valley

Lorraine Robinson, présidente
Susan Williams
Denis Marantz
Darlene Bernard, chef
Allan Lewis

Conseil de l'hôpital communautaire d'O'Leary

Allison Ellis, président
Thelma Sweet, vice-présidente
Eileen McCarthy
Justin Rogers
Ellen Larter

Conseil de l'hôpital communautaire d'Alberton

Colleen Handrahan, présidente
Phyllis Porter
Claude Dorgan
Donna Crocker
David Cahill

Revue de l'exercice

Planification ministérielle

Le nouveau ministère de la Santé fait actuellement l'objet d'un processus de planification ministériel visant à établir les priorités pour les années à venir, ce qui permettra de répondre aux besoins changeants des Insulaires en matière de santé de manière efficace, tant aujourd'hui que dans l'avenir, mais aussi de cerner les difficultés et les possibilités qui se présentent au sein du système, puis de réagir en conséquence. Ce nouveau plan n'est toutefois pas prêt; ainsi, le présent rapport se fonde sur l'ancien plan stratégique pour le système de santé et de services sociaux de 2001-2005.

On a élaboré ce plan stratégique quinquennal pour le système de santé et de services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard afin d'avoir un cadre pour l'amélioration de la santé des Insulaires et du rendement du système pour la période de 2001 à 2005.

Fruit de la consultation des fournisseurs de services et de la population, le plan stratégique de 2001-2005 établit six questions fondamentales auxquelles le système est confronté, soit : les attentes et demandes de la population; le recrutement de professionnels de la santé et leur maintien en poste; l'accès adéquat aux soins primaires; l'hygiène de vie; le vieillissement de la population; et la prévention des maladies.

Le plan établit également six stratégies qui précisent l'orientation que l'on donnera au système pour en améliorer les résultats. Ces stratégies portent sur le mieux-être, le développement de l'enfant en santé, l'accès aux services, les ressources humaines, les technologies de l'information en santé et les partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé. La section qui suit met l'accent sur les progrès réalisés au sein du système en 2005-2006 par rapport à ces stratégies, et sur les questions fondamentales susmentionnées.

Faits saillants de l'exercice

Mieux-être

Les initiatives de mieux-être, qui incitent la population à atteindre leur plein potentiel en santé, ont été mises de l'avant afin de mettre l'accent sur la prévention des maladies et d'améliorer la santé des Insulaires.

Stratégie de promotion d'un mode de vie sain de l'Î.-P.-É.

On a lancé la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain de l'Î.-P.-É. en juin 2003. Elle continue depuis à permettre au gouvernement, aux alliances communautaires et aux organismes non gouvernementaux (ONG) de travailler ensemble pour aider les Insulaires à surmonter les trois facteurs de risque courants qui contribuent aux maladies chroniques par l'adoption d'une saine alimentation et d'une vie active et la réduction du tabagisme. Un comité directeur coordonne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la Stratégie. Ce comité est composé des ministères provinciaux de la Santé, des Services sociaux et des Aînés, de l'Éducation, et des Affaires culturelles et communautaires, du Procureur général, du gouvernement fédéral, des administrations municipales, d'ONG, de l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É., de l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. et de l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard.

Au cours du dernier exercice, on a mis plusieurs initiatives de l'avant dans le cadre de cette stratégie :

Coordonnateurs de la vie active

Les coordonnateurs régionaux de la vie active sont en communication avec différents organismes partenaires et membres de la collectivité, avec lesquels ils œuvrent à l'amélioration des programmes existants, à l'élaboration de nouvelles initiatives et à la création de milieux appuyant un mode de vie sain.

Saine alimentation

Le ministère de la Santé continue de participer activement à la mise en œuvre de la Stratégie menant à une saine alimentation, élaborée et présentée par l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É. en 2002 afin d'améliorer les habitudes alimentaires des enfants et de la jeunesse de l'Île-du-Prince-Édouard au moyen de l'éducation nutritionnelle et de la promotion, et en créant des milieux favorables à la saine alimentation.

On a mis de l'avant plusieurs initiatives au cours de l'exercice afin d'accroître la sensibilisation à une saine alimentation et les connaissances connexes chez les parents et les enfants :

- Les politiques nutritionnelles ont fait leur entrée dans les écoles primaires et consolidées des commissions scolaires de l'est et de l'ouest en septembre 2005.

- On a poursuivi le travail de promotion d'un milieu favorable à un mode de vie sain dans les écoles intermédiaires.
- On a rédigé et diffusé des conseils mensuels sur la saine alimentation dans les écoles primaires et consolidées. Ces conseils sont en fait des renseignements pratiques aidant les parents et les enfants à faire des choix sains.
- Le groupe de travail sur l'éducation et la promotion nutritionnelles a mis de l'avant une initiative en 2005 : le concours scolaire de la Course Terry Fox.
- Le groupe de travail sur l'éducation et la promotion nutritionnelles s'est associé à l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. pour obtenir du Fonds de partenariats pour les enfants le financement nécessaire à la réalisation de la chanson « Eat Right! Stay Fit! A Healthy Living Song » et du DVD connexe.
- Le groupe de travail sur l'accès à des aliments sécuritaires et sains a continué d'offrir les programmes des petits-déjeuners et des collations dans les écoles de la province. En 2005, 43 programmes du genre étaient offerts, comparativement à 18 en 2003.

Réduction du tabagisme

Le ministère de la Santé demeure un membre actif de l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard. Ainsi, le ministère a collaboré avec d'autres intervenants afin d'aider les non-fumeurs à ne pas succomber au tabac, d'inciter et d'aider les fumeurs à renoncer au tabac et de promouvoir un milieu sain en éliminant toute exposition à la fumée secondaire.

Les clubs de prévention du tabagisme SWITCH (Students Working In Tobacco Can Help) dans les écoles secondaires de l'Île ont organisé diverses activités de sensibilisation dans leur école et leur collectivité.

L'Île-du-Prince-Édouard continue d'innover en offrant un soutien bilingue complet aux fumeurs grâce à la ligne téléphonique d'aide pour cesser de fumer de l'Île-du-Prince-Édouard (1-888-818-6300) et au Quit Care Program, dans les Services de traitement des dépendances de la province.

Ça marche à l'Î.-P.-É.

Le programme Ça marche à l'Î.-P.-É. est axé sur l'utilisation d'un podomètre et conçu pour accroître le niveau d'activité physique des Insulaires. Depuis 2002, le ministère de la Santé verse à l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. les fonds nécessaires à l'offre du programme dans les collectivités et les milieux de travail de la province.

Au cours de l'exercice 2005-2006, il y a eu 12 programmes communautaires auxquels 475 personnes ont participé. De plus, 9 écoles ont participé au volet scolaire du programme, offrant un total de 12 programmes à 763 élèves. Le défi olympique du programme Ça marche à l'Î.-P.-É. s'est avéré une compétition emballante et amicale dans les différents milieux de travail de la province. Au total, 11 groupes ont participé au programme dans les milieux de travail, pour un total de 312 participants. Le partenariat avec les bibliothèques provinciales s'est poursuivi, pour le bénéfice de nombreux Insulaires, puisqu'ils ont en effet emprunté les podomètres quelque 564 fois.

Initiative pour les écoles et les communautés actives et en bonne santé

Le milieu de l'éducation a participé à la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain par l'intermédiaire de l'Initiative pour les écoles et les communautés actives et en bonne santé. Cette dernière vise à créer des communautés scolaires actives et en santé permettant aux élèves, aux enseignants, aux parents et aux collectivités d'œuvrer ensemble à la promotion auprès des jeunes de modes de vie sains qu'ils conserveront toute leur vie.

Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap

Créée en janvier 2001, la Campagne de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap vise à réduire la prévalence du cancer du col utérin et le taux de mortalité qui y est associé. Cette condition est généralement évitable. En effet, près de la moitié des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer du col utérin n'avaient jamais subi de test de Pap, ou du moins, pas régulièrement. Globalement, le taux de dépistage bisannuel chez les femmes de 20 à 69 ans à l'Île-du-Prince-Édouard reste de 58 %.

Parmi les faits saillants de la cinquième année de la Campagne, mentionnons les suivants :

- **Sensibilisation de la population**

Sous le thème *Agissez dès maintenant – Les tests PAP réguliers peuvent prévenir le cancer du col utérin*, on a lancé la sixième année de la campagne de sensibilisation en octobre 2005. Et, pour la deuxième année, on a réalisé une publicité télévisée, en collaboration avec la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador, diffusée en janvier 2006.

- **Clinique de dépistage par le test de Pap et cliniques itinérantes**

En réponse à la demande croissante pour les services de la Clinique de dépistage par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard, on a décidé de poursuivre les cliniques itinérantes. Ces dernières nous ont permis d'offrir une alternative aux femmes qui ne passent pas le test assez souvent; 65 % des femmes qui s'y sont présentées n'avaient pas subi de test de Pap au cours des deux années précédentes.

- **Lignes directrices applicables au test de Pap**

On a rédigé des lignes directrices provinciales pour le dépistage par le test de Pap. Celles-ci sont actuellement à l'étude.

En 2006, on a dissout le Comité consultatif du dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap et celui du programme de dépistage du cancer du sein par la mammographie, pour les remplacer par le Comité du dépistage du cancer.

Stratégie de lutte contre le cancer

En octobre 2004, on a publié le rapport *Les partenaires passent à l'action : Stratégie de lutte contre le cancer pour l'Île-du-Prince-Édouard – 2004 à 2015*. Cette stratégie a trois objectifs clés, soit : réduire l'incidence du cancer, de la mortalité et de la morbidité à l'Île-du-Prince-Édouard; améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer et de leur famille; et contribuer à la durabilité de notre système de soins de santé. La stratégie présente des recommandations sur diverses questions liées au cancer, y compris la prévention, le dépistage et le diagnostic, le traitement et les soins de soutien, les soins palliatifs et les soins en fin de vie et la survivance.

Ce rapport a été élaboré par un comité consultatif composé de représentants de la division de l'Île-du-Prince-Édouard de la Société canadienne du cancer, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Hospice Palliative Care Association, du PEI Cancer Registry, du Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É., du PEI Health Research Institute, de la PEI Medical Society, de la Régie provinciale des services de santé et des survivants du cancer.

En 2005-2006, le ministère de la Santé a poursuivi son travail avec ses partenaires relativement aux soins oncologiques à l'Île-du-Prince-Édouard.

Au cours du dernier exercice, le gouvernement a en outre entrepris plusieurs initiatives pour accroître le soutien offert aux personnes atteintes du cancer et à leur famille, en améliorant les services du Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É., entre autres par la création de postes et l'ajout de médicaments contre le cancer à la liste de médicaments.

Stratégie sur le virus du Nil occidental et Programme de surveillance des moustiques

En 2005, on a une fois de plus demandé à la population de signaler les oiseaux morts, plus particulièrement la corneille noire, le grand corbeau et le geai bleu. Des représentants du ministère de l'Environnement, de l'Énergie et des Forêts ont ainsi donné suite à tous les appels que le ministère de la Santé a reçus relativement aux oiseaux morts de ces espèces. Tous les oiseaux morts récupérés ont été remis au Collège vétérinaire de l'Atlantique pour être testés. Aucun oiseau testé à l'Île-du-Prince-Édouard en 2005 n'était porteur du virus du Nil occidental.

Le ministère de la Santé a une fois de plus retenu les services d'une technicienne chargée de la surveillance des moustiques en 2005. On a installé des pièges à moustiques dans le comté de Prince-Ouest, la région de Charlottetown et le Nord du comté de Queens. On a relevé une faible population pour 2005, l'espèce *Culex* étant surtout présente dans Prince-Ouest. Charlottetown présentait pour sa part un nombre inférieur de moustiques *Culex*. Aucune mesure contre les moustiques, comme l'épandage d'insecticides, n'a donc été nécessaire en 2005.

Agents en hygiène de l'environnement

Les agents en hygiène de l'environnement de l'Île-du-Prince-Édouard font l'inspection des restaurants, des établissements de soins pour enfants, des maisons de soins infirmiers, des centres de soins communautaires, des piscines, des écoles, des salons de tatouage et des abattoirs. Ils sont d'ailleurs responsables de l'application de la *Tobacco Sales and Access Act* et de la *Smoke-free Places Act*. Et, ce sont aussi eux qui sont responsables de l'émission d'avis d'ébullition de l'eau quand on cerne un problème avec la qualité de l'approvisionnement privé en eau dans un établissement public ou en partie public.

Développement de l'enfant en santé

Les expériences positives dans la petite enfance ont une incidence durable sur la réussite des enfants à l'école, ainsi que sur leur capacité d'établir des relations et de participer à la vie communautaire.

Au cours du processus de restructuration de 2005-2006, on a réparti les composantes de la Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé entre le nouveau ministère de la Santé et celui des Services sociaux et des Aînés.

Programme d'immunisation

En juin 2005, on a ajouté le **vaccin antipneumococcique conjugué** au calendrier d'immunisation des enfants. Ce vaccin les protège contre les infections causées par la bactérie *Streptococcus pneumoniae*, comme la méningite, la pneumonie et les infections du sang et des oreilles. Le vaccin est administré aux enfants de **18 mois, 2 ans, 4 ans et 6 ans** dans le cadre de cliniques d'immunisation menées par des infirmières en santé publique.

L'ajout de ce vaccin au calendrier d'immunisation des enfants a permis à la province de se conformer à toutes les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation. Le taux d'immunisation antipneumococcique chez les enfants de la province est de plus de 90 %.

Vaccin contre la coqueluche

Les programmes universels d'immunisation des bébés et enfants ont permis de réduire de façon marquée le nombre de cas de coqueluche. Cependant, on constate une augmentation des cas chez les adolescents et les adultes qui est probablement due au fait que le vaccin reçu à l'enfance perd de son efficacité avec le temps. Jusqu'à tout récemment, on recommandait en effet d'attendre dix ans avant de donner une injection de rappel assurant une protection continue contre la coqueluche. La première dose de ce vaccin est généralement administrée à 4 ans.

Une étude menée récemment chez les enfants et adolescents fréquentant les écoles de la province a permis de dresser un tableau précis de la situation et de recommander la réduction du délai pour l'injection de rappel afin que celui-ci soit plutôt de moins de cinq ans. Dirigée par le D^r Scott Halperin (Clinical Trials Research Centre, Université Dalhousie) et le D^r Lamont Sweet (médecin hygiéniste en chef, ministère provincial de la Santé), l'étude s'est terminée en octobre 2005. Elle a permis d'établir qu'un délai pour l'injection de rappel de moins de 10 ans après le premier vaccin contre la coqueluche à 4 ans n'entraînait pas une augmentation marquée des effets secondaires. Les résultats de cette étude ont été présentés dans le rapport final sur le vaccin ADACEL[®] (tétanos, diphtérie et coqueluche acellulaire), puis publiés dans *The Pediatric Infectious Disease Journal* (n^o 3, vol. 25, mars 2006, p. 195-200).

Ainsi, le vaccin contre la coqueluche est maintenant inclus dans le vaccin ADACEL[®] et administré à tous les adolescents de la province. Les adultes et très jeunes enfants (qui n'ont pas encore reçu tous les vaccins de base) sont désormais mieux protégés contre la coqueluche grâce à ce programme.

Politiques nutritionnelles

Le PEI Health Research Fund a financièrement contribué à la recherche menée pour améliorer la compréhension que l'on a des facteurs habilitants de la mise en œuvre de politiques nutritionnelles dans les écoles de la province, ainsi que des obstacles connexes.

Le ministère de la Santé a travaillé en étroite collaboration avec l'Alliance pour la saine alimentation à l'Î.-P.-É., les commissions scolaires, la Fédération foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de l'Éducation et l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard afin de concevoir et de mettre en œuvre des politiques nutritionnelles dans les écoles primaires et consolidées des commissions scolaires de l'est et de l'ouest en septembre 2005. Le travail de promotion d'un milieu scolaire offrant une alimentation plus saine s'est en outre poursuivi dans les écoles intermédiaires en 2005-2006.

Ça marche à l'Î.-P.-É.

Le ministère de la Santé a versé du financement à l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. afin qu'elle offre le programme Ça marche à l'Î.-P.-É. dans les écoles intermédiaires et secondaires de la province. Ce programme est axé sur l'utilisation d'un podomètre et conçu pour accroître le niveau d'activité physique des enfants et des jeunes. En 2005-2006, 9 écoles ont offert un total de 12 programmes auxquels 763 élèves ont participé.

On a aussi proposé le programme Ça marche à l'Î.-P.-É. à titre d'essai dans certaines écoles primaires en 2005-2006, après l'avoir adapté en fonction d'enfants plus jeunes.

Sensibilisation à l'exposition à la fumée secondaire

En partenariat avec l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère a déployé des efforts soutenus en 2005-2006 pour sensibiliser davantage les gens aux dangers de la fumée secondaire pour les enfants et jeunes. Le ministère de la Santé a en effet poursuivi la diffusion de décalcomanies du symbole « Interdit de fumer », que l'on peut apposer sur les véhicules et à la maison, afin de sensibiliser la population à la nécessité de protéger les enfants de la fumée de tabac à la maison et ailleurs dans la collectivité.

De plus, les clubs de prévention du tabagisme SWITCH des écoles de la province ont tenu diverses activités de sensibilisation dans leur école et leur collectivité.

Allaitement maternel

En septembre 2005, la Coalition pour l'allaitement maternel de l'Île-du-Prince-Édouard proposait la conférence *Beyond the Basics: Breastfeeding Conference*, avec comme conférencière invitée M^{me} Barbara Wilson-Clay, clinicienne et chercheuse de premier plan établie à Austin, au Texas. Cette conférence a eu lieu en collaboration avec le Programme de soins périnataux de l'Î.-P.-É., l'Atlantic Lactation Consultants Association et la division canadienne de l'Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN Canada).

Un exposé précédant la conférence, intitulé *Everything You've Always Wanted to Know about Breastfeeding (But Were Afraid to Ask)*, a aussi permis de transmettre aux participants quelques faits peu connus sur l'allaitement maternel. Organisé pour l'ensemble de la population, plus particulièrement les mères et les familles, l'exposé a été suivi d'une période de questions.

Programme de soins périnataux de l'Î.-P.-É.

Le Programme de soins périnataux de l'Î.-P.-É. vise l'optimisation de la santé du fœtus, de la mère, du nourrisson et de la famille pendant et après la grossesse. En 2005-2006, plusieurs lignes directrices ont été revues et mises à jour afin de tenir compte des derniers renseignements sur les pratiques exemplaires.

En mars 2006, le Programme, en partenariat avec l'Aboriginal Women's Association of PEI, a coordonné un atelier de deux jours intitulé *Raising Awareness about Alcohol Use in Pregnancy and Supporting Change*. Cet atelier visait à sensibiliser davantage la population aux conséquences de nos croyances personnelles sur notre travail et au rôle de l'alcool dans notre société afin qu'elle soit mieux équipée pour repérer la consommation d'alcool en cours de grossesse. On souhaitait aussi lui transmettre des stratégies efficaces pour aider les femmes enceintes à gérer leur consommation d'alcool. De plus, le Programme a élaboré une source de renseignements, intitulée *Be Safe: Have an alcohol-free pregnancy*.

Consortium mixte pour la santé dans les écoles

En 2005, les ministères de la Santé et de l'Éducation de l'Île-du-Prince-Édouard ont intégré le Consortium mixte pour la santé dans les écoles, coalition créée par des ministères provinciaux, territoriaux et fédéraux afin de renforcer les capacités des systèmes et organismes en santé, en éducation et autres liés à la promotion de la santé dans les écoles.

Programme provincial sur le diabète

En 2005-2006, le programme a poursuivi le développement de son programme pédiatrique afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes de la province atteints de diabète. On a régulièrement tenu des cliniques de diabète pédiatrique à Summerside et à Charlottetown, offertes par une équipe multidisciplinaire composée d'au moins un pédiatre, une infirmière et une diététiste.

Santé publique

Soins infirmiers de santé publique

Les Soins infirmiers de santé publique offrent un calendrier d'immunisation standard pour protéger les enfants de 2, 4, 6, 12, 15 et 18 mois et de 4 ans contre diverses maladies graves et mortelles. Le taux provincial d'immunisation complète contre les maladies infantiles chez les enfants de 2 ans et moins (nés entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2006) est passé de 92 % en 2004-2005 à 94 % en 2005-2006. C'est en fait l'un des taux les plus élevés au pays.

Les Soins infirmiers de santé publique offrent aussi le programme Meilleur départ, dans le cadre duquel les infirmières effectuent un dépistage et une évaluation poussés, ainsi que des visites à domicile, afin de cerner les enfants à risque et leurs parents de sorte à prévenir la négligence et l'abus. De plus, les Soins infirmiers offrent une évaluation poussée de la croissance et du développement normaux de l'enfant, ce qui permet de déceler rapidement tout problème et d'aiguiller la famille vers un spécialiste ou un médecin de famille. On transmet également aux familles de plus amples renseignements sur le rôle des parents et la santé des enfants (nutrition, prévention des empoisonnements et des accidents et apprentissage de la propreté, entre autres).

Orthophonie

L'orthophonie a pour objet le dépistage, le diagnostic et le traitement des difficultés à communiquer. Les recherches tendent à confirmer l'efficacité des interventions précoces en cas de troubles de la parole; ainsi, on a mis l'accent sur les jeunes enfants. Les enfants d'âge préscolaire suivent une thérapie ciblée, et les élèves de la 1^{re} à la 3^e année ont droit à des services de consultation.

Audiologie

Le programme d'audiologie vise les enfants et les jeunes qui ont des problèmes auditifs, sont sourds ou risquent une perte auditive en raison de l'exposition au bruit, de prédispositions génétiques, de l'exposition à certains médicaments ou d'infections de l'oreille moyenne.

Nutrition communautaire

L'équipe de nutrition communautaire offre différents services en nutrition, soit l'évaluation, le counseling, la sensibilisation, la défense des droits et la consultation, aux femmes enceintes, bébés, enfants et familles à faible revenu présentant des risques élevés, afin qu'ils atteignent une nutrition maximale et améliorent ainsi leur santé tout en réduisant les risques de maladie chronique. Le programme de nutrition communautaire assure aussi la distribution de coupons pour le lait et de suppléments vitaminiques et de minéraux pendant la grossesse aux femmes qui bénéficient d'un suivi nutritionnel et qui sont dans une situation financière précaire.

Accès aux services

La réussite de cette stratégie, qui vise à faciliter l'accès aux services, dépend de notre capacité, en tant que système de santé, de faire preuve d'innovation dans la prestation des services afin d'accroître l'incidence de ces derniers sur la santé et le mieux-être des résidents et d'en améliorer la qualité.

Réaménagement de l'hôpital Queen Elizabeth

L'hôpital Queen Elizabeth existe depuis 24 ans. Cet établissement a vécu de nombreux changements de programmes, de services et de normes au fil des ans. Le processus de réaménagement vise à assurer la prestation continue des soins de santé de la manière la plus efficace possible pour de nombreuses années à venir.

Le Programme directeur, aussi appelé Plan directeur, applicable au réaménagement de l'hôpital Queen Elizabeth est terminé. Cette phase s'est traduite par une description poussée précisant les agrandissements nécessaires, l'emplacement idéal des services du point de vue logistique et les coûts détaillés prévus du projet de réaménagement. L'établissement d'un programme fonctionnel pour ce projet se fera au cours de l'automne et de l'hiver 2006-2007.

Le réaménagement de l'hôpital Queen Elizabeth se fera en deux phases : la phase 1 du projet comprend la conception initiale et la construction d'un nouveau service des urgences et d'un centre de soins ambulatoires, de même que des améliorations à la chirurgie d'un jour et aux services de soutien connexes. (La phase 1 sera conçue et élaborée au cours des prochaines années.) Le gouvernement a accordé un budget de 47 millions de dollars à la réalisation de cette première phase.

Programme d'accès pour malentendants

Les malades qui sont sourds ou malentendants doivent surmonter certains obstacles pour accéder aux services de santé. On a donc créé à l'hôpital Queen Elizabeth un programme d'accès aux soins pour les malentendants qui assure la sensibilisation du personnel ainsi que l'établissement et l'acquisition de l'équipement et des affiches nécessaires pour offrir à ces malades des soins sûrs et de qualité. On a mis ce programme en place après la tenue de séances de formation et la diffusion de documents sur le sujet afin de sensibiliser le personnel. Maintenant, ces renseignements font aussi partie des séances d'orientation du personnel. Le Programme d'accès pour malentendants fait actuellement l'objet d'une évaluation.

Hôpital du comté de Prince

À son ouverture en 2004, le nouvel hôpital du comté de Prince comptait 14 lits pour les malades hospitalisés en santé mentale (psychiatrie), dont 2 lits d'observation. Ces deux lits sont maintenant aussi utilisés à des fins d'hospitalisation, ce qui assure un plus grand accès aux soins en santé mentale pour les malades.

Island EMS (service ambulancier)

En novembre 2005, le ministère de la Santé a fait une demande de propositions pour l'exploitation d'un système d'ambulances amélioré et provincial devant commencer ses activités le 1^{er} avril 2006. Les améliorations recherchées par le ministère comprenaient : un service ambulancier homogène, en éliminant les limites géographiques existantes; un service de répartition centralisé; des véhicules et de l'équipement standardisés; et une formation en sauvetage améliorée.

À la fin de janvier 2006, le gouvernement a retenu la proposition d'Island EMS, une filiale de Croix Bleue Medavie. En février, le gouvernement concluait un protocole d'entente avec l'entreprise pour l'exploitation du système d'ambulances provincial à compter du 1^{er} avril 2006.

Centres de santé familiale

Les centres de santé familiale (CSF) sont des établissements communautaires réunissant des médecins, des infirmières autorisées et d'autres fournisseurs de soins de santé travaillant ensemble et partageant la responsabilité de la prestation des soins aux malades et des résultats des clients du point de vue de leurs besoins en santé. Ces centres offrent une gamme précise de services qui mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la gestion des maladies chroniques. Les CSF reposent sur un modèle de pratique interdisciplinaire collaborative et demeurent un rouage des soins de santé primaires.

Parmi les CSF à l'Île-du-Prince-Édouard, mentionnons les suivants : Kings-Est (Souris); Four Neighbourhoods (Charlottetown); Queens-Centre (Hunter River) et Gulf Shore (bureau satellite, à Rustico); Harbourside (Summerside); et Beechwood (O'Leary). D'autres modèles de pratique en santé familiale sont appliqués dans la province, dont celui de Kings-Sud (Montague) et d'Évangéline (Wellington).

Projet pilote de dialyse par cathéter central

Beaucoup de maladies jouent un rôle dans l'insuffisance rénale, mais les causes les plus fréquentes sont le diabète et l'hypertension artérielle. La dialyse est nécessaire lorsque les reins sont endommagés de manière permanente et ne peuvent plus fonctionner normalement pour maintenir la vie. La dialyse épure le sang et élimine l'excès de fluide.

Il existe deux manières d'effectuer une hémodialyse : par voie veineuse périphérique et par cathéter veineux central. La voie veineuse périphérique est la plus répandue, environ 50 % des patients en hémodialyse à l'Île-du-Prince-Édouard recevant ce type de traitement. Cependant, cette méthode ne convient pas à tous et, dans certains cas, il faut avoir recours à la dialyse par cathéter central. C'est pourquoi ce service est important pour ces Insulaires.

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a participé à un projet pilote visant à offrir l'hémodialyse par cathéter veineux central. Le traitement a d'abord été offert à la clinique de dialyse satellite actuelle de Prince-Est. Compte tenu des résultats positifs obtenus dans le cadre de ce projet pilote, on a étendu l'offre de ces services à l'unité de dialyse du comté de Queens, à Charlottetown.

Services en français

La communauté acadienne et francophone a fait de la capacité d'obtenir des services de santé en français sa priorité. Dans un même ordre d'idées, le ministère de la Santé, en collaboration avec le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard (RSSFÎPÉ), s'est affairé à appliquer la *Loi sur les services en français*. On a donc créé un poste partagé d'analyste des services en français pour le ministère de la Santé et celui des Services sociaux et des Aînés. Le titulaire de ce poste doit veiller au respect de la *Loi* et fournir conseils et assistance aux deux ministères afin d'améliorer la prestation des services en français.

Afin d'accroître l'accès aux services en français, le ministère de la Santé a réussi à obtenir du financement de la Société Santé en français. On a donc mis de l'avant, au cours de l'exercice, trois projets dans différentes régions de l'Île-du-Prince-Édouard :

- La division des soins primaires a mis en œuvre un projet intitulé *Choix sains, communautés en santé*. Ce projet comprend l'élaboration d'ateliers éducatifs et de matériel de promotion de la santé en français traitant de sujets comme la réduction du tabagisme, une saine alimentation et l'activité physique. Les principaux objectifs du projet sont d'accroître la sensibilisation aux facteurs de risque des maladies chroniques au sein de la communauté acadienne et francophone, et d'améliorer la collaboration en matière de promotion de la santé entre cette communauté et le système de santé.
- L'hôpital du comté de Prince a entamé un projet d'amélioration du Centre de ressources en santé. Cette initiative mettait l'accent sur l'ajout de nouvelles ressources en santé en français au Centre afin d'aider la communauté acadienne et francophone à mieux gérer sa santé; l'amélioration des liens entre les établissements, les fournisseurs de soins et spécialistes, le ministère de la Santé et la communauté acadienne et francophone, de même qu'au sein des organismes; et l'accroissement de la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services de santé en français conformément à la *Loi*.
- Les Acadiens et francophones du comté de Kings-Est ont profité d'une initiative prévoyant des services éducatifs et de santé en français par vidéoconférence. Le recours à cette technologie augmente l'accès aux services en français d'une façon qui respecte la *Loi*, en plus de donner aux employés des occasions de formation en français.

Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard

Le RSSFÎPÉ a été créé en novembre 2002 par le ministre responsable des Affaires acadiennes et francophones et le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui ont convenu que le moyen le plus approprié pour le système de santé de se préparer à la promulgation de la *Loi sur les services en français* consistait à créer un réseau communautaire-public conjoint consacré à la proposition de solutions pratiques en matière de prestation de services sociaux et de santé en français à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce réseau veillera à l'échange de renseignements entre le système de santé et la communauté acadienne et francophone.

Le RSSFÎPÉ compte 17 membres et comprend des représentants des domaines de la santé et des services sociaux, de même que de la communauté acadienne et francophone. Au cours du dernier exercice, on a procédé à la restructuration du RSSFÎPÉ afin qu'il soit conforme à la nouvelle structure gouvernementale. Les derniers membres en date du RSSFÎPÉ comprennent des représentants de la population, de la Société Saint-Thomas-d'Aquin, de la Société éducative, du Comité consultatif des communautés acadiennes, de même que d'un certain nombre de divisions du ministère de la Santé et de celui des Services sociaux et des Aînés, et un représentant de la Division des affaires acadiennes et francophones.

Projet Préparer le terrain

L'arrivée à terme du projet Préparer le terrain est une réalisation importante de l'exercice. Coordonné par le RSSFÎPÉ et entièrement financé par la Société Santé en français, ce projet a permis de formuler des recommandations et un plan d'action pour la prestation de soins de santé primaires en français et de soumettre le tout au ministère de la Santé.

Stratégie relative aux temps d'attente

Dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004, les premiers ministres se sont engagés à fournir à la population canadienne des renseignements utiles sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente. Le premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard a participé à toutes les discussions sur les temps d'attente. À ce jour, les provinces et territoires ont approuvé des indicateurs comparables pour les cinq domaines prioritaires (soit le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, le remplacement d'articulations et la restauration de la vue) et convenu de points de repère quand il y avait assez de données probantes pour le faire.

Après avoir consulté les médecins, chirurgiens et autres fournisseurs de soins de la province, le gouvernement provincial a entrepris le travail nécessaire à la création d'une stratégie d'amélioration de l'accès aux services dans les domaines prioritaires. On a créé des sous-groupes dans quatre domaines : le remplacement d'articulations, la restauration de la vue, la radio-oncologie et l'imagerie diagnostique (les chirurgies cardiaques ne sont pas incluses parce qu'elles sont faites à l'extérieur de la province). Ces sous-groupes établiront des stratégies et objectifs sur plusieurs années afin de réduire les temps d'attente de sorte à atteindre les points de repère nationaux.

Ressources humaines

On a entrepris un certain nombre d'initiatives de planification des ressources humaines afin de veiller à un approvisionnement et à un agencement adéquats des professionnels afin de répondre aux besoins en santé des Insulaires.

Recrutement et maintien en poste

Le gouvernement s'est engagé à maintenir un nombre adéquat de professionnels de la santé dans la province. Il a donc mis en œuvre certaines initiatives pour relever ce défi. On a en effet procédé à un recrutement actif pendant l'exercice et pris d'autres mesures pour pourvoir les postes posant particulièrement problème.

Stratégie de recrutement et de maintien en fonction des médecins

En février 2000, le gouvernement a mis de l'avant une stratégie de 4,2 millions de dollars sur 4 ans pour recruter des médecins et ainsi remédier à des besoins criants au sein du corps médical. Cette stratégie comprenait le financement de la formation d'omnipraticiens et de spécialistes, la création de places en faculté de médecine, le parrainage de résidents en médecine, une aide financière aux étudiants, des subventions d'établissement, une aide à la relocalisation, un soutien à la suppléance, un perfectionnement continu, l'embauche d'un agent au recrutement, l'amélioration des ressources de recrutement et des incitatifs pour attirer des diplômés en médecine de l'étranger.

L'exercice 2005-2006 marque l'atteinte d'un sommet dans l'effectif médical et le nombre de médecins dans la province. En mars 2006, l'effectif médical (soit le nombre total de postes de médecin possibles) dans la province était de 203,1, comparativement à 195,1 un an plus tôt.

Convention collective cadre des médecins

L'amélioration des services des médecins demeure une priorité gouvernementale. La convention collective, valable du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2007, veille à ce que l'Île-du-Prince-Édouard reste concurrentielle par rapport aux autres régions canadiennes afin que les Insulaires aient toujours accès à un système de santé de qualité.

Le gouvernement et le corps médical ont beaucoup collaboré afin de mener le processus à terme. La question du recrutement et du maintien en poste est celle qui préoccupe le plus le gouvernement. On a réalisé beaucoup de progrès à cet égard et la convention collective continuera de soutenir cette priorité gouvernementale.

La convention collective actuelle prévoit une augmentation de 2 % la première année, de 2,5 % la deuxième année et de 3 % la troisième année. De plus, le gouvernement doit investir 2,1 millions de plus au cours des 3 années où la convention s'applique afin de gérer certaines questions de sorte à rendre le système de santé plus concurrentiel et ainsi à maintenir les services et accroître le taux de réussite des efforts de recrutement et de maintien en poste des médecins. Les négociations entre les représentants du gouvernement et la Medical Society of PEI pour le renouvellement de la convention collective commenceront à l'automne 2006 afin qu'une nouvelle convention collective entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

Programme d'enseignement médical

Le programme d'enseignement médical s'est poursuivi en 2005-2006, offrant diverses possibilités de formation. Ce programme est administré par le ministère de la Santé, qui travaille en étroite collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie, à Halifax. Les résidents des facultés de médecine de partout au pays sont aussi accueillis par les médecins enseignants.

Les résidents sont des médecins qui poursuivent leur formation après leurs études supérieures. On pourrait comparer la résidence à un stage dans le cadre duquel les médecins mettent leurs connaissances théoriques en pratique et exercent leurs compétences cliniques. Les résidents en médecine familiale font une résidence de deux ans alors que, dans d'autres spécialités, de quatre à sept ans peuvent être requis pour acquérir le savoir-faire nécessaire.

Les résidents passent un certain temps avec des précepteurs, soit des médecins qualifiés qui leur servent de mentors. Quand des médecins de l'Île travaillent avec des résidents, cela est bénéfique pour les deux parties, puisque les possibilités d'enseignement figurent parmi les aspects les plus gratifiants de la pratique de la médecine. L'enseignement permet en effet de montrer sa fierté par rapport à la profession, contribue à l'avancement de la discipline et favorise les efforts de recrutement.

Les résidences en médecine sont aussi une occasion de montrer ce que la province a à offrir. Ainsi, inciter les résidents à terminer leur rotation clinique à l'Île-du-Prince-Édouard donne l'occasion à la province d'influer sur leur choix de l'endroit où ils souhaitent pratiquer la médecine.

Étude de planification des ressources humaines en santé de l'Atlantique

Processus lancé en février 2002, *l'Étude de planification des ressources humaines en santé de l'Atlantique* vise l'intégration de l'information sur les besoins régionaux dans les disciplines et programmes de formation en santé afin de permettre une planification et une prise de décisions avisées relativement à la formation en santé au Canada atlantique.

En septembre 2005, les sous-ministres ont accepté d'approuver le rapport final sur l'*Étude* et toutes les tâches demandées. On a donc déposé et accepté six rapports, chacun respectant les exigences précisées dans l'entente avec le contractant, soit : 1) sommaire; 2) rapport final; 3) analyse comparative des études provinciales précédentes; 4) synthèse des données tirées des études provinciales; 5) inventaire des programmes de formation en santé – manuel de l'utilisateur de la banque de données; et 6) analyse de conjoncture des questions liées à la formation en santé.

Programme de bourses étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières

Le personnel infirmier autorisé représente le groupe de fournisseurs de soins de santé le plus important de l'Île. Le Programme de bourses étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières favorise le recrutement et le maintien en poste en fournissant une aide financière aux étudiants de troisième et quatrième années qui acceptent de travailler dans la province une fois diplômés.

Intégration du rôle de l'infirmière praticienne

Le ministère de la Santé appuie l'ajout d'un nouveau titre et champ de pratique pour les infirmières praticiennes à l'Île-du-Prince-Édouard et admet qu'il faut évaluer l'assignation adéquate de ces nouveaux fournisseurs de soins de santé dans les différents secteurs de prestation des soins. La *Registered Nurses Act* a reçu la sanction royale en décembre 2004. Il s'agit d'une refonte complète de la *Nurses Act*; elle comprend des dispositions reconnaissant les infirmières praticiennes et encadrant leur pratique. L'Association of Registered Nurses of Prince Edward Island (ARNPEI) et le gouvernement provincial ont établi quatre règlements d'application de cette loi. Le gouvernement a ensuite promulgué la *Registered Nurses Act* le 25 février 2006. On a alors créé un comité d'évaluation du poste d'infirmière praticienne. Ce comité recevra les propositions de postes d'infirmière praticienne au ministère de la Santé et les évaluera selon des critères précis, dont la valeur ajoutée au système, la viabilité, les ententes de pratique collaborative et l'évaluation.

Bourse pour radiothérapeutes

On a créé un programme de bourses d'études pour les Insulaires qui suivent une formation en radiothérapie. On a en outre conclu une entente avec Capital Health, en Nouvelle-Écosse, afin qu'un étudiant de l'Île reçoive une formation en radiothérapie au Michener Institute de Toronto, en Ontario, puis fasse sa formation clinique au QEII Health Sciences Center de Halifax, en Nouvelle-Écosse. Une entente relative aux bourses d'études était d'ailleurs en vigueur en 2005-2006 et on a signé une entente de trois ans de retour de service. L'étudiant concerné terminera sa formation en novembre 2006.

Places pour technologues médicaux en laboratoire

Les technologues en laboratoire médical effectuent les tests liés au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies. En 2003, les gouvernements de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick ont conclu une entente de trois ans qui assure trois places aux Insulaires qualifiés pour chaque année du programme de technologie de laboratoire médical du campus de Saint John du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. Une entente de retour de service de deux ans assure un emploi aux étudiants à leur retour dans la province, une fois leur formation terminée.

Professionnels de la santé diplômés à l'étranger

Le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard a conclu un partenariat avec le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Santé Canada afin d'entreprendre diverses initiatives qui permettront de mieux intégrer les professionnels de la santé diplômés à l'étranger dans le système de santé provincial.

Projet de base de données pour l'inscription des professionnels de la santé de l'Î.-P.-É.

Le Projet de base de données pour l'inscription des professionnels de la santé de l'Î.-P.-É. donne à diverses associations de professionnels de la santé la capacité de saisir et de gérer électroniquement les données sur l'agrément et de fournir des renseignements tous les ans au ministère de la Santé dans le cadre de la planification des ressources humaines. Il y a 15 associations professionnelles qui participent à ce projet.

Plan des ressources humaines en santé

On a élaboré un plan des ressources humaines en santé dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* des premiers ministres, conclu en 2004. Ainsi, on a publié *Meeting the Needs of Islanders: An Action Plan for Health Human Resources on Prince Edward Island* en décembre 2005. Ce plan établit les objectifs et stratégies nécessaires pour aller de l'avant et veiller à ce que le système de santé dispose des professionnels nécessaires dans l'avenir.

Stratégie pour la prévention de blessures musculosquelettiques à l'intention des travailleurs de la santé

La Stratégie pour la prévention de blessures musculosquelettiques à l'intention des travailleurs de la santé est une initiative de la promotion de la santé en milieu de travail de Santé Canada, financée par ce dernier dans le cadre de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé. Les objectifs de ce projet sont 1) de permettre aux services de santé provinciaux de progresser et d'élargir la portée de leurs programmes actuels de prévention des blessures musculosquelettiques; et 2) d'élaborer des stratégies, normes et ressources provinciales relativement à la prévention de telles blessures. L'objectif du projet est d'améliorer les stratégies de prévention des blessures et d'en élargir la portée pour les travailleurs de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard.

On a embauché un coordonnateur de projet en octobre 2005. Un comité consultatif provincial, créé en décembre 2005, a quant à lui obtenu du ministère qu'il approuve l'allocation des ressources nécessaires au projet.

Hôpital Queen Elizabeth – Sécurité

On a cerné le besoin à l'hôpital Queen Elizabeth de fournir un milieu plus sûr tant aux malades qu'au personnel. Ainsi, on a installé un système de surveillance vidéo (caméras) pour assurer la sécurité dans tout l'établissement. Les progrès sont continus à cet égard. De plus, on a établi un « code blanc » afin d'assurer un milieu de travail sûr qui permet de protéger les malades, le personnel et les visiteurs contre toute forme de violence et d'abus, un problème croissant dans le système de santé canadien. Cette politique franchit actuellement les dernières étapes du processus d'approbation.

Technologies de l'information en santé

On peut améliorer les services offerts aux Insulaires en présentant des renseignements de qualité aux fournisseurs de soins de santé. Des renseignements précis et fiables sur la santé aident les Insulaires à mieux gérer et à améliorer leur santé.

Projets de système d'information clinique et de dossier de santé électronique

Les projets de système d'information clinique et de dossier de santé électronique intégré (interexploitables) visent la conception et l'exploitation d'un système d'information clinique dans les sept hôpitaux de soins aigus et les quatre centres de santé communautaires. Le système d'information clinique comprend un progiciel intégré de Cerner Canada applicable aux soins aigus et comprenant les fonctionnalités suivantes : consignation au dossier, ordonnances, analyses en laboratoire, pharmacie, urgence, chirurgie, inscription, dossiers et répartition. Les avantages de ces projets comprennent : un accès plus sûr aux renseignements sur les patients pour les cliniciens, une sécurité accrue pour les patients, une duplication réduite des tests, une amélioration de l'efficacité des services, le soutien aux exigences cliniques de l'agrément en santé, de même qu'un recrutement et un maintien en poste plus efficaces.

La mise de fonds pour ces projets est assurée par divers partenaires, dont le Fonds pour l'achat d'équipement médical et diagnostique, Inforoute Santé du Canada, la fondation des hôpitaux et le gouvernement provincial. On a commencé à se préparer à la mise en œuvre des projets en septembre 2005 en élaborant une structure provinciale composée de représentants de chacun des hôpitaux. Sous la direction de Cerner Canada, les projets ont débuté en janvier 2006 et se traduiront par l'élaboration et la mise en œuvre d'un seul système de renseignements cliniques provincial, d'abord au sein des hôpitaux Queen Elizabeth et du comté de Prince en 2007; le système sera ensuite déployé dans les hôpitaux communautaires et des améliorations y seront apportées d'ici le printemps 2008.

Système d'information sur les médicaments

Le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère des Services sociaux et des Aînés et les Services partagés en technologie de l'information du Trésor provincial, travaille actuellement à l'élaboration d'un système d'information sur les médicaments qui permettra de saisir l'information sur tous les médicaments d'ordonnance pris par les Insulaires. Le système se fondera sur le Programme de renseignements pharmaceutiques (PRPh) et comprendra All Drugs All People (ADAP). Le gouvernement provincial a entamé sa transition vers un système d'information sur les médicaments en 1997, quand les pharmacies communautaires ont commencé à présenter des réclamations par voie électronique au programme provincial des médicaments par l'intermédiaire du PRPh.

Le système d'information sur les médicaments vise à établir un lien électronique entre tous les sites liés aux soins de santé, y compris les pharmacies, les cabinets de médecins, les centres de traitement des dépendances, les pharmacies d'hôpitaux et les salles d'urgence, à l'aide d'une banque de données contenant tous les dossiers des médicaments administrés aux malades. Le système vise à donner aux pharmaciens et médecins l'accès au profil médicamenteux des malades afin de mieux les traiter, de communiquer des renseignements électroniques à l'administration des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux et de fournir des renseignements utiles à la planification, à l'évaluation et à la recherche approuvées en santé pour ce qui est des effets bénéfiques et secondaires des médicaments consommés par les Insulaires. Le système est appuyé par la *Pharmaceutical Information Act*, adoptée par le gouvernement en décembre 2000.

Dans le cadre de ce projet, le ministère de la Santé travaille aussi avec Inforoute Santé du Canada afin de veiller à ce que le système respecte la transition pancanadienne vers les dossiers de santé électroniques. Le système sera donc conçu selon les nouvelles normes pancanadiennes adoptées pour l'échange de renseignements électroniques en santé au pays. L'Île-du-Prince-Édouard est en outre l'une des premières provinces à atteindre cette étape dans la mise en œuvre de ces technologies de pointe en santé.

Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé

Il est essentiel de former des partenariats et de les renforcer pour aider le système de santé à influencer de façon positive la santé et le mieux-être des Insulaires.

Le ministère de la Santé est fier des partenariats qu'il a conclus, et les résultats positifs mentionnés dans le présent rapport annuel n'auraient pas été possibles sans l'aide de ses nombreux partenaires.

Les partenaires de la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain de l'Î.-P.-É. comprennent :

L'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard; 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, des Services sociaux et des Aînés, de l'Éducation, des Affaires communautaires et culturelles, ainsi que le Bureau du procureur général; l'Association canadienne du diabète; la division provinciale de la Société canadienne du cancer; la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard; les commissions scolaires de l'est et de l'ouest; la Federation of PEI Municipalities; la PEI Recreation Facilities Association; et d'autres groupes communautaires.

Les partenaires de l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard comprennent :

La division provinciale de la Société canadienne du cancer; l'Association pulmonaire de l'Île-du-Prince-Édouard; les ministères provinciaux de l'Éducation, de la Santé, et des Services sociaux et des Aînés; l'Early Childhood Development Association of PEI; le Centre de santé communautaire Évangéline; la Federation of PEI Municipalities; Santé Canada; la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard; le Collège Holland; la Medical Society of PEI; la Fédération foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard; et les commissions scolaires de l'est et de l'ouest.

Les partenaires de l'Alliance pour la saine alimentation à l'Île-du-Prince-Édouard comprennent :

Les ministères provinciaux de la Santé, de l'Éducation, de l'Agriculture, et des Affaires communautaires et culturelles; des représentants communautaires, entre autres de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard; la Société canadienne du cancer; les commissions scolaires; la Fédération foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard; la Medical Society of PEI; l'Association of Nurses of PEI; l'hôpital Queen Elizabeth; la Fondation des maladies du cœur; la fondation du Programme de distribution de lait dans les écoles; les Dietitians of PEI; l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É.; la CBC; la Société canadienne de la Croix-Rouge; les programmes des petits-déjeuners dans les écoles; l'Association d'économie familiale de l'Île-du-Prince-Édouard; Chartwells International; et des parents.

Les partenaires de l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É. comprennent :

Les ministères provinciaux de la Santé, de l'Éducation, et des Affaires communautaires et culturelles; l'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap; Allied Youth; la Société d'arthrite; l'Association of Nurses of PEI; l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse; la division provinciale de la Société canadienne du cancer; l'Association canadienne du diabète; l'Association canadienne pour la santé mentale; l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA); l'Association canadienne des paraplégiques; la PEI Cerebral Palsy Association; la Coaches Association of PEI; le College of Piping and Celtic Performing Arts; la Commission scolaire de langue française; le Centre de développement des jeunes de Prince-Est; la Commission scolaire de l'est; le Centre de santé communautaire Évangéline; la Federation of PEI Municipalities; le chapitre de l'Île-du-Prince-Édouard des Guides du Canada; la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Island Fitness Council; Island Trails; l'Association des femmes acadiennes and francophones; la Licensed Practical Nurses' Association of PEI; la Medical Society of PEI; Outside Expeditions Inc.; Paralympics PEI Inc.; la Société Parkinson Régionale Maritime (Canada); Partners for Living – Hunter River; la Prince Edward Island 55+ Games Society; la PEI Association for Community Living; le PEI Council of the Disabled; la Fédération foyer-école de l'Î.-P.-É.; l'Association pulmonaire de l'Île-du-Prince-Édouard; la PEI Occupational Therapy Society; la PEI Recreation and Facilities Association; la PEI School Athletics Association; la PEI School Physical Education Association; PEI Senior Citizens' Federation Inc.; la GRC à l'Île-du-Prince-Édouard; le Conseil de l'Île-du-Prince-Édouard de Scouts Canada; le Shapers Life Fitness and Wellness Centre for Women; les Special Olympics PEI; Sport PEI; la Commission scolaire de l'ouest; le Women's Institute of PEI; le Women's Network PEI; le YMCA Summerside; le programme de gestion des sports et des loisirs du Collège Holland; et la Commission des accidents de travail de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les partenaires du comité consultatif de la Stratégie de lutte contre le cancer comprennent :

Le ministère provincial de la Santé; le PEI Health Research Institute; la division provinciale de la Société canadienne du cancer; des survivants du cancer; la Hospice Palliative Care Association of PEI; le PEI Cancer Registry; le Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É.; et la PEI Medical Society.

Les partenaires du Comité de dépistage du cancer comprennent :

Le ministère provincial de la Santé; la division provinciale de la Société canadienne du cancer; la PEI Medical Society; de même que le laboratoire de cytologie et le département d'imagerie diagnostique de l'hôpital Queen Elizabeth.

Résultats obtenus

Dans le plan stratégique de 2001-2005, on a établi pour le système de santé et de services sociaux six objectifs visant à améliorer le rendement et les résultats de celui-ci, soit :

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. 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.

Le présent rapport se fonde sur les dernières données disponibles. Toutefois, ces données ne sont pas toujours mises à jour tous les ans, puisque nombre des sources ne présentent pas de nouveaux renseignements annuellement. Les données peuvent en outre différer de celles des rapports annuels antérieurs en raison de méthodes de rapport différentes (p. ex. en raison de données standardisées selon l'âge) ou d'une mise à jour des données par une des sources.

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 1993 et 2003.

Espérance de vie en années, 1993 et 2003						
	1993		2003		Changement de l'espérance de vie (1993-2003)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Î.-P.-É.	74,2	80,1	76,5	81,6	+2,3	+1,5
Canada	74,8	80,9	77,4	82,4	+2,6	+1,5

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 2,3 ans entre 1993 et 2003. L'espérance de vie des femmes a augmenté de 1,5 an 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	82,6 ans	71,7 ans	71,8 ans	70,5 ans	72,5 ans
Canada	Hommes	77,0 ans	68,3 ans	65,8 ans	68,6 ans	70,5 ans
	Femmes	82,1 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 inférieure 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 de l'Île, le revenu influe peu sur l'EVAS.

- L'EVAS des hommes de l'Île est inférieure à la moyenne canadienne d'environ un an. Chez les hommes de l'Île, l'EVAS du tiers de la population ayant le revenu le plus élevé était de 4,3 ans supérieure à celle du tiers de la population la plus pauvre.

Santé des bébés

Mortalité infantile

Divers facteurs influent sur le taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an), 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 5 ans par 100 000 naissances vivantes pour les 2 dernières décennies, 1982-2001				
	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, à l'exception d'une légère augmentation de 1997 à 2001 à l'Île-du-Prince-Édouard.

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 prénatals 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 taux de 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 taux de 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, 2000-2004					
	2000*	2001*	2002**	2003**	2004**
Taux de faible poids à la naissance					
Î.-P.-É.	4,3 %	4,0 %	5,3 %	4,2 %	5,6 %
Canada	5,6 %	5,5 %	5,8 %	5,8 %	5,9 %
Taux de poids élevé à la naissance					
Î.-P.-É.	19,9 %	22,0 %	17,4 %	17,8 %	16,8 %
Canada	13,8 %	s.o.	13,2 %	12,8 %	12,3 %

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

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

- Le taux de faible poids à la naissance à l'Île-du-Prince-Édouard a toujours été inférieur au taux canadien.
- De 2000 à 2004, le taux de poids élevé à la naissance à l'Île-du-Prince-Édouard était supérieur au taux canadien.

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 2003 et en 2005.

Autoévaluation de la santé, proportion de la population de 12 ans et plus qui s'est déclarée en « très bonne » ou en « excellente » santé, selon le groupe d'âge, 2003 et 2005		
	2003	2005
Î.-P.-É.	66,0 %	60,9 %
Canada	59,8 %	61,5 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- En 2005, la proportion de répondants de l'Île-du-Prince-Édouard qui s'est dite en « très bonne » ou en « excellente » santé est semblable à la moyenne canadienne.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, la proportion de répondants qui s'est déclarée en « très bonne » ou en « excellente » santé a légèrement baissé, passant de 66,0 % en 2003 à 60,9 % en 2005.

Principales préoccupations en matière de santé

Plusieurs maladies chroniques et aiguës, notamment le cancer, les crises cardiaques, les accidents 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 et normalisée selon l'âge des formes de cancer (par 100 000 habitants) en 2005***					
		Colorectal	Poumon	Prostate*	Sein**
Î.-P.-É.	Hommes	65	86	179	s.o.
	Femmes	59	50	s.o.	98
Canada	Hommes	62	71	121	s.o.
	Femmes	41	49	s.o.	106

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

* 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 cas 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	s.o.
	Femmes	22	50	s.o.	28
Canada	Hommes	27	63	26	s.o.
	Femmes	17	40	s.o.	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.

- 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.

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (taux de décès à l'hôpital, toutes causes confondues) en raison d'un ACV ou d'une crise cardiaque		
	Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) De 2001-2002 à 2003-2004	Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un ACV De 2001-2002 à 2003-2004
Î.-P.-É.	14,3 %	17,4 %
Canada	11,1 %	19,1 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Maladies chroniques

Prévalence de l'arthrite, de l'asthme, des maladies du cœur et de la dépression

Le tableau ci-après présente la prévalence de l'arthrite, de l'asthme, des maladies du cœur et de la dépression telle qu'elle apparaît dans l'ESCC de 2003 et 2005. 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 normalisée selon l'âge des cas de maladie chronique autodéclarés chez les 12 ans et plus, 2003 et 2005

		Arthrite*	Asthme**	Maladies du cœur***	Dépression****
Î.-P.-É.	2003	18,3 %	9,32 %	4,94 %	6,3 %
	2005	17,5 %	8,85 %	6,29 %	3,8 %
Canada	2003	15,2 %	8,59 %	5,18 %	6,0 %
	2005	14,6 %	8,49 %	4,92 %	5,3 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

* L'arthrite englobe la polyarthrite rhumatoïde et l'ostéoporose, mais exclut la fibromyalgie.

** L'asthme exclut la bronchite et l'emphysème.

*** Les maladies du cœur comprennent l'ACV et autres troubles cardiaques, mais excluent l'hypertension.

**** La dépression fait référence à la proportion de la population de 12 ans et plus qui, selon les réponses à une série de questions établissant les probabilités de vivre un épisode dépressif majeur, affichait des symptômes de dépression, tels qu'établis dans DSM-III-R et ICD-10. On constate une probabilité de dépression de 0,9 quand il y a au moins un épisode dépressif aux 2 semaines, se traduisant par un état déprimé, une perte d'intérêt et des problèmes de santé.

- La prévalence des cas de maladie chronique autodéclarés susmentionnée est demeurée assez stable de 2003 à 2005, tant à l'Île-du-Prince-Édouard que dans l'ensemble du Canada.
- L'arthrite était l'affection chronique la plus répandue en 2003 et en 2005, et ce, tant à l'Île-du-Prince-Édouard que dans l'ensemble du Canada.

Prévalence du diabète

Le tableau qui suit présente la prévalence des cas de diabète autodéclarés dans la province et au pays, selon les données de l'ESCC de 2003 et 2005.

Prévalence normalisée selon l'âge des cas de diabète autodéclarés, chez les 12 ans et plus, 2003 et 2005

	2003	2005
Î.-P.-É.	4,70 %	5,32 %
Canada	4,14 %	4,33 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- La prévalence des cas de diabète autodéclarés est demeurée relativement stable de 2003 à 2005, et ce, tant à l'Île-du-Prince-Édouard que dans l'ensemble du Canada.

Incidence des maladies à déclaration obligatoire

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

Maladies à déclaration obligatoire, incidence par 100 000 habitants*								
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Méningococcie invasive	Î.-P.-É.	0,74	0	0	0	0	0	0,73
	Canada	0,51	0,67	0,78	1,19	0,68	0,55	0,60
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib)	Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	0	0
	Canada	0,17	0,07	0,11	0,15	0,14	0,14	0,22
Rougeole	Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	0	0
	Canada	0,05	0,11	0,65	0,11	0,02	0,05	0,03
Tuberculose	Î.-P.-É.	1,5	1,5	1,4	2,2	0,7	aucune donnée	aucune donnée
	Canada	5,9	5,9	5,5	5,5	5,2	aucune donnée	aucune donnée
Coqueluche	Î.-P.-É.	15,5	7,3	8,1	6,6	0	29,9	11,6
	Canada	29,5	19,2	15,5	9,5	10,3	7,1	8,8
Hépatite C	Î.-P.-É.	43,4	19,1	8,1	19,8	27,8	27,7	22,5
	Canada	67,6	61,8	58,0	54,3	50,9	45,0	44,7

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

* Les données fournies dans le tableau ont été mises à jour depuis la publication des autres rapports annuels, à partir des données de Santé Canada.

- À l'Île-du-Prince-Édouard, on n'a pas diagnostiqué de cas d'infection invasive à Hib depuis 1995, ni de cas de rougeole depuis 1992. Des vaccins sont maintenant disponibles pour la méningococcie invasive, le Hib et la rougeole.

Tous les trois ou quatre ans, il y a une flambée de coqueluche à l'Île-du-Prince-Édouard, et la hausse du nombre de cas constatée en 2003-2004 illustre bien cette tendance. Parmi les efforts déployés pour contrôler les flambées de coqueluche, mentionnons les suivants :

- Mise à niveau en 2003 de l'injection de rappel en 9^e année, celle-ci protégeant désormais les enfants contre la coqueluche acellulaire en plus du tétanos et de la diphtérie.
- Immunisation de plus de 7 000 enfants d'âge scolaire, de la 3^e à la 12^e année (à l'exception de la 10^e année) en 2004 dans le cadre des essais cliniques du vaccin ADACEL®.
- Offre d'une injection unique d'ADACEL® comme protection contre le tétanos chez les adultes dans le cadre des cliniques en santé publique depuis 2003.

On espère ainsi réduire le nombre de cas de coqueluche dans la province, tant à l'école que chez les adultes.

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 cause première de maladies évitables et de décès au Canada. Santé Canada estime que le tabagisme cause annuellement le décès de plus de 37 000 Canadiens.

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

Taux de tabagisme déclaré (population de 15 ans et plus), 2000-2005						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Î.-P.-É.	26 %	26 %	23 %	21 %	21 %	20 %
Canada	24 %	22 %	21 %	21 %	20 %	19 %

Source : *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, section sur les foyers, de 2000 à 2005.*

- En 2005, 20 % des Insulaires ont déclaré fumer, une diminution par rapport aux 26 % de 2000.

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 devenir un fumeur régulier.

Le tableau ci-après présente le pourcentage de la population de 15 à 19 ans (inclusivement) qui a déclaré fumer dans le cadre de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*.

Taux de tabagisme déclaré chez les jeunes (de 15 à 19 ans), 2004-2005		
	2004	2005
Î.-P.-É.	17 %	13 %
Canada	18 %	18 %

Source : *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2004 et 2005.*

- Le pourcentage de fumeurs à l'Île-du-Prince-Édouard est inférieur aux pourcentages canadiens.
- À l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada, on compte plus de fumeuses que de fumeurs chez les 15 à 19 ans.

Condition physique et alimentation

Activité physique déclarée

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 et 2005. 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 normalisé selon l'âge de personnes de 12 ans et plus affirmant faire de l'activité physique, 2003 et 2005				
	2003		2005	
	Active	Sédentaire	Active	Sédentaire
Î.-P.-É.	23,8 %	54,3 %	22,3 %	54,6 %
Canada	27,5 %	47,4 %	27,6 %	47,2 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- Le taux de personnes actives dans la province était inférieur à la moyenne canadienne en 2003 et 2005.
- En 2003 et 2005, plus de 50 % des Insulaires étaient sédentaires.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'obésité est un facteur de risque associé à un certain nombre de maladies graves, comme l'hypertension, les ACV, le diabète de type II, les maladies cardiaques, l'arthrose et d'autres problèmes musculosquelettiques, et le cancer.

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 disent avoir un poids normal, faire de l'embonpoint ou encore être obèses, selon une estimation de l'IMC déterminée par l'ESCC.

Répartition normalisée selon l'âge de personnes de 12 ans et plus selon l'IMC autodéclaré, 2003 et 2005				
		Poids normal	Embonpoint	Obésité
Î.-P.-É.	2003	44,7 %	35,9 %	19,5 %
	2005	43,8 %	34,2 %	21,0 %
Canada	2003	54,6 %	31,5 %	13,9 %
	2005	51,4 %	31,5 %	14,3 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- 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 de consommation de fruits et de légumes autodéclarée chez la population de 12 ans et plus selon l'ESCC.

Taux normalisé selon l'âge de consommation de fruits et légumes autodéclarée chez les personnes de 12 ans et plus, 2003 et 2005		
	2003	2005
	Au moins 5 portions par jour	
Î.-P.-É.	31,4 %	32,7 %
Canada	41,5 %	43,9 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- La consommation de fruits et de légumes provinciale était inférieure à la moyenne canadienne en 2003 et en 2005.
- En 2005, la proportion d'Insulaires ayant indiqué consommer au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour était de 32,7 % seulement.

Prévention précoce

Immunisation 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. L'immunisation 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, l'immunisation 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 d'immunisation contre la grippe autodéclarée chez les personnes de 65 ans et plus, 2003 et 2005		
	2003	2005
Î.-P.-É.	72,1 %	69,8 %
Canada	75,7 %	71,3 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- L'immunisation contre la grippe à l'Île-du-Prince-Édouard est semblable à celle dans l'ensemble du pays, soit environ 70 % des personnes de 65 ans et plus en 2005.

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			2005		
	% d'enfants de 11 ans et moins	% d'enfants de 12 à 17 ans	% d'enfants de 17 ans et moins	% 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 %	12 %	17 %	14 %
Canada	12 %	19 %	15 %	9 %	16 %	12 %

Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2004 et 2005.

- 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 qui suit montre le pourcentage d'Insulaires qui donnaient le sein à leur enfant quand elles ont eu leur congé de l'hôpital.

Taux d'allaitement (à la sortie de l'hôpital) à l'Île-du-Prince-Édouard		
	2004-2005	2005-2006
Î.-P.-É.	63,5 %	64,5 %

Source : *Gestion des services intégrés, 2004-2005 et 2005-2006.*

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, 2001-2003			
	Période de dépistage		
Groupe d'âge	Un an (2003)	Deux ans (2002-2003)	Trois ans (2001-2003)
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 ont subi un test de Pap au cours des 3 dernières années.
- Le nombre de femmes âgées entre 20 et 69 ans subissant un test de Pap tous les 2 ans à l'Île-du-Prince-Édouard demeure de 58 %. Ce taux est sensiblement le même depuis neuf 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. Le tableau qui suit indique le pourcentage de femmes de 20 à 69 ans qui ont affirmé avoir subi un test de Pap au cours des 3 dernières années.

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans déclarant avoir subi un test de Pap, 2001-2005		
	2001-2003	2003-2005
Î.-P.-É.	78,2 %	82,5 %
Canada	70,1 %	75,7 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- En 2005, 82,5 % 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 2003 et à la moyenne canadienne, de 75,7 %.

Taux de dépistage par mammographie

Le cancer du sein continue à être la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes au Canada. On remarque toutefois une baisse du taux de mortalité due à cette forme de cancer. Le recours à des programmes de dépistage et à des traitements améliorés a en outre favorisé une telle baisse. Dans la province, on a effectué 10 078 mammographies en 2005-2006, ce qui comprend les femmes de tous âges, de même que les mammographies de dépistage et de diagnostic effectuées aux hôpitaux Queen Elizabeth et du comté de Prince.

Le tableau qui suit indique le pourcentage de femmes entre 50 et 69 ans qui ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage de routine ou autre au cours des 2 dernières années, tel que précisé dans l'ESCC.

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie, 2002-2005		
	2002-2003	2004-2005
Î.-P.-É.	70,7 %	64,9 %
Canada	72,6 %	72,1 %

Source : ESCC, 2003 et 2005, Statistique Canada.

- En 2005, 64,9 % des femmes de l'Île âgées entre 50 et 69 ans ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des 2 années précédentes. Ce pourcentage est inférieur à celui de 2003, de même qu'à la moyenne canadienne, de 72,1 %.
- Le pourcentage véritable de mammographies tend à être inférieur au taux déclaré.

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 près de chez elle, nuisent à la viabilité à long terme du système de santé.

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

Dépenses en matière de santé

Dépenses en matière de santé à l'Île-du-Prince-Édouard (en dollars courants), de 2000-2001 à 2005-2006* (en millions de dollars)					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005**	2005-2006
Dépenses – Soins de santé	277,9	311,4	324,4	326,7	335,2

Source : Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, Finances et administration, 2006.

- * On a apporté un rajustement rétroactif aux données des rapports annuels antérieurs afin de refléter le transfert de la Pharmacie provinciale des dépenses en santé aux dépenses dans les services sociaux.
- ** En 2004-2005, la somme de 2,3 millions de dollars pour les technologies de l'information a été transférée au budget du Trésor provincial.

- En 2005-2006, le gouvernement provincial a alloué 335,2 millions de dollars à la prestation des soins de santé.
- Sur une période de 5 ans, entre 2001-2002 et 2005-2006, les dépenses totales du système de santé ont augmenté de 57,3 millions de dollars (20,6 %).

Coûts des soins de santé par habitant

Coûts des soins de santé par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard (en dollars courants), de 2001-2002 à 2005-2006*					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Coûts des soins de santé par habitant	2 033 \$	2 273 \$	2 355 \$	2 371 \$	2 490 \$

Source : Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, Finances et administration, 2006.

- * On a apporté un rajustement rétroactif aux données des rapports annuels antérieurs afin de refléter le transfert de la Pharmacie provinciale des dépenses en santé aux dépenses dans les services sociaux.
- En 2005-2006, le gouvernement provincial a dépensé en moyenne 2 490 \$ par habitant pour les soins de santé.
- Sur une période de 5 ans, entre 2001-2002 et 2005-2006, les coûts des soins de santé par habitant ont augmenté de 457 \$ (22,5 %).

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, 2002-2004						
	2002		2003		2004	
	Canada	Î.-P.-É.	Canada	Î.-P.-É.	Canada	Î.-P.-É.
Infirmières autorisées	734	921	760	994	769	1 000
Infirmières auxiliaires autorisées	191	423	199	448	198	456
Omnipraticiens et médecins de famille	96	85	97	88	97	95
Médecins spécialistes	93	51	91	54	92	57
Pharmaciens	84	98	87	108	89	110
Dentistes	57	44	58	44	57	47
Physiothérapeutes	48	38	49	38	49	37
Ergothérapeutes	31	27	33	25	34	25
Hygiénistes dentaires	51	31	53	49	55	36
Chiropraticiens	20	6	21	6	21	6
Optométristes	11	10	12	11	12	11
Diététistes	23	42	24	44	24	44

Source : Indicateurs de santé de l'ICIS, 2004, 2005 et 2006.

- En 2002, 2003 et 2004, 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 plus de 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, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, 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 peuvent tout de même bénéficier d'un accès approprié à ces services, même s'ils doivent sortir de la province pour y accéder. De plus, la présence d'écoles ou établissements d'enseignement dans certaines provinces vient fausser ces données. En effet, les données pour certaines provinces montrent un écart avec l'Île-du-Prince-Édouard supérieur à ce qu'il est en réalité.

Satisfaction de la clientèle

Dans le cadre de l'ESCC, 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 « très satisfaits » ou « assez satisfaits » de la prestation des services au cours des 12 mois précédents.

Proportion de répondants de 15 ans et plus qui se sont dits « très satisfaits » ou « assez satisfaits » des services de santé, 2005				
	Soins de santé en général	Soins de santé communautaires	Soins hospitaliers	Soins médicaux
Î.-P.-É.	88,7 %	86,8 %	86,9 %	93,1 %
Canada	86,0 %	82,1 %	81,4 %	91,6 %

Source : Statistique Canada, ESCC, 2005.

- La majorité des Insulaires et des Canadiens se sont dits satisfaits des divers soins de santé reçus en 2005.

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

La confiance du public dans le système de santé 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, 2005				
	Soins de santé en général	Soins communautaires	Soins hospitaliers	Soins médicaux
Î.-P.-É.	88,8 %	82,0 %	90,3 %	93,1 %
Canada	86,0 %	79,1 %	82,5 %	91,3 %

Source : Statistique Canada, ESCC, 2005.

- 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, 88,8 % 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, 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.

Équivalents temps plein (ETP) au sein du ministère de la Santé,* en mars 2006	
	Mars 2006
Gestion	130,03
Personnel de première ligne	2 888,17
Total des ETP	3 018,20

Source : Ressources humaines du ministère de la Santé, 2006.

* En 2005, dans la foulée de la restructuration, le ministère de la Santé et des Services sociaux a été remplacé par deux entités, soit le ministère de la Santé et celui des Services sociaux et des Aînés.

Il s'agit du premier rapport annuel déposé par le nouveau ministère de la Santé. L'exercice 2005-2006 servira donc d'année de référence pour cerner toute tendance relative au personnel dans les rapports subséquents.

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 du ministère de la Santé en 2005-2006.

Utilisation des congés de maladie au sein du ministère de la Santé, 2005-2006	
	2005-2006
Nombre total d'heures	7 521 178
Nombre total d'heures de maladie	280 324
Pourcentage d'heures de maladie par rapport aux heures totales	3,7 %
Nombre moyen de jours de maladie utilisés par année par ETP*	12,4

Source : Ressources humaines du ministère de la Santé.

* 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.

Les statistiques montrent que l'absentéisme est en hausse dans le secteur des soins de santé comparativement aux autres secteurs. En 2004, au Canada, les employés à temps plein dans le secteur de la santé ont perdu en moyenne 12,8 jours de travail en raison d'une maladie ou d'une invalidité, comparativement à 7,4 jours pour les travailleurs des autres secteurs (ICIS, 2005). De nombreux facteurs contribuent à cette situation, dont le vieillissement des employés et la répartition des quarts de travail sur 24 heures.

Comme on l'a précisé un peu plus tôt, il s'agit du premier rapport annuel du nouveau ministère de la Santé. Ainsi, l'utilisation des congés de maladie sera suivie au fil du temps et l'exercice 2005-2006 servira d'année de référence pour cerner toute tendance relative au personnel dans les rapports subséquents.

Réclamations auprès de la Commission des accidents du travail

Réclamations auprès de la Commission des accidents du travail, de 2002-2003 à 2005-2006*				
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Réclamations déposées	452	401	379	345
Réclamations avec absence	162	142	115	97
Jours perdus	5 704,67	5 643,87	4 569,72	4 043,80

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

* On a modifié certaines données par rapport aux rapports annuels précédents puisque le nouveau ministère de la Santé n'a pas le même nombre d'employés à la suite du regroupement des systèmes de santé et de services sociaux effectué pendant la restructuration.

- Le nombre de réclamations déposées et de jours perdus a diminué au cours des 4 derniers exercices; il y a eu moins de 100 réclamations avec absence en 2005-2006.
- Le nombre de jours perdus a chuté de 29 % entre 2002-2003 et 2005-2006.

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 de 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 %); et autres (16 %). Ces données s'inscrivent dans la tendance des années précédentes. On évalue actuellement le taux d'attrition de 2005. Le nombre de départs à la retraite pour 2005 sera plus élevé en raison du Programme de renouvellement de la main-d'œuvre.

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 de 2003 à 2006. 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, 2003-2006*								
Champ de pratique	En mars 2003		En mars 2004		En mars 2005		En mars 2006	
	Effectif visé	Postes pourvus**	Effectif visé	Postes pourvus**	Effectif visé	Postes pourvus**	Effectif visé	Postes pourvus**
Médecine familiale	78,5	72,5	80,6	76,6	81,6	78,9	84,6	79,1
Médecine spécialisée	104,5	93,8	111,0	102,1	113,5	104,4	118,5	104,6
TOTAUX	183,0	166,3	191,6	178,7	195,1	183,3	203,1	183,7

Source : Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, programmes médicaux.

* Données révisées.

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

- L'effectif visé a augmenté de plus de 20 postes (soit 10,9 %) dans la province, de mars 2003 à mars 2006 (soit de 183,0 à 203,1 postes).
- Depuis 2003, 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 2003. Le nombre de postes de médecins ETP pourvus est passé de 166,3 en 2003 à 183,7 en 2006 (10,5 %). À l'heure actuelle, certains des postes vacants sont nouveaux, et le recrutement est en cours.
- L'autre mode de rémunération pour les médecins a permis d'accroître le recrutement et a rendu la province plus attrayante comme destination. Cela contribue à garder la province concurrentielle à l'échelle nationale.

Recrutement d'infirmières

Les infirmières autorisées représentent le groupe le plus important de fournisseurs de soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Le Programme de bourses étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières favorise le recrutement et le maintien en poste en assurant le parrainage d'étudiants de troisième et de quatrième années qui acceptent de travailler dans la province après l'obtention de leur diplôme. Le tableau suivant présente le nombre de participants à ce programme de 2002-2003 à 2005-2006.

Programme de bourses étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières*				
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Nombre d'étudiants (de troisième et de quatrième années) parrainés	78	127	77	32**

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.

* Au cours de l'exercice 2005-2006, on a suspendu l'application du Programme de bourses pour une année.

** Le gouvernement s'est engagé à parrainer 32 étudiants à leur quatrième année d'étude (soit des étudiants en soins infirmiers qui ont terminé leur troisième année d'études).

- Entre 2002-2003 et 2005-2006, on a assuré 314 parrainages d'étudiants en soins infirmiers dans le cadre du Programme de bourses étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières.

Responsabilité législative

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

<i>Adult Protection Act</i>	<i>Long-Term Care Subsidization Act</i>
<i>Change of Name Act</i>	<i>Marriage Act</i>
<i>Chiropractic Act</i>	<i>Medical Act</i>
<i>Community Care Facilities and Nursing Homes Act</i>	<i>Mental Health Act</i>
<i>Community Hospital Authorities Act</i>	<i>Occupational Therapists Act</i>
<i>Consent to Treatment and Health Care Directives Act</i>	<i>Optometry Act</i>
<i>Dental Profession Act</i>	<i>Pharmacy Act</i>
<i>Denturists Act</i>	<i>Physiotherapy 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>Health Services Act</i>	<i>Registered Nurses Act</i>
<i>Health Services Payment Act</i>	<i>Smoke-free Places Act</i>
<i>Hospital and Diagnostic Services Insurance Act</i>	<i>Tobacco Sales and Access Act</i>
<i>Hospitals Act</i>	<i>Vital Statistics Act</i>
<i>Human Tissue Donation Act</i>	<i>White Cane Act</i>
<i>Licensed Practical Nurses Act</i>	

REMARQUE :

Deux autres lois, qui sont en fait des projets de loi 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 :

Dental Technicians Association Act
Funeral Directors and Embalmers Association Act

Modifications législatives

Lois

- La *Health and Community Services Reorganization Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi entraîne la dissolution des régies de la santé, de même que le transfert des actifs et des responsabilités au gouvernement, puis précise les amendements connexes apportés à de nombreuses autres lois. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- La *Community Hospital Authorities Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi désigne les hôpitaux communautaires, crée les conseils des hôpitaux communautaires, établit le rôle et les responsabilités de chacun, précise le processus de nomination des administrateurs et prévoit que les conseils des hôpitaux communautaires établissent des ententes avec le gouvernement relativement à la dotation. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- La *Health Services Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi remplace la *Health and Community Services Act* en raison de la scission du ministère de la Santé et des Services sociaux en deux entités (soit le ministère de la Santé et celui des Services sociaux et des Aînés). Elle établit les responsabilités du ministre de la Santé, protège le ministre et les employés du ministère contre toute responsabilité civile, et protège le travail des groupes d'assurance de la qualité. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- La *Long-Term Care Subsidization Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi remplace la Partie II de la *Social Assistance Act*. Elle porte sur les soins subventionnés dans les foyers de soins. Cette loi est entrée en vigueur le 8 novembre 2005.
- L'*Act to Amend the Social Assistance Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cet amendement scinde l'ancienne loi, de sorte que l'ancienne Partie II devienne une nouvelle loi (la *Long-Term Care Subsidization Act*, susmentionnée), le reste tombant sous la responsabilité du ministère des Services sociaux et des Aînés. Cet amendement est entré en vigueur le 8 novembre 2005.
- L'*Act to Amend the Health and Community Services Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi a trait à la scission du ministère et répartit les responsabilités pour les services de santé relevant du ministère de la Santé et pour les services sociaux et aux aînés relevant du ministère des Services sociaux et des Aînés. Cette loi est entrée en vigueur le 8 novembre 2005.
- La *Health and Social Services Reorganization Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi fait entrer en vigueur divers amendements législatifs de sorte qu'on fasse référence au bon ministère suivant la scission du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette loi est entrée en vigueur le 8 novembre 2005.

- La *Health Authorities Employees Act* a reçu la sanction royale le 7 juin 2005. Cette loi atteste du transfert de tous les employés des régies de la santé à l'appareil gouvernemental et assure un processus de résolution des conflits de travail. Cette loi est entrée en vigueur le 28 juin 2005.
- La *Registered Nurses Act* a reçu la sanction royale le 16 décembre 2004. Cette loi remplace la *Nurses Act* et régit la pratique des infirmières autorisées dans la province. Cette loi est entrée en vigueur le 25 février 2006.
- L'*Act to Amend the Tobacco Sales to Minors Act* a reçu la sanction royale le 16 décembre 2004. Cet amendement change le nom de la loi pour *Tobacco Sales and Access Act* et concerne essentiellement la vente au détail de tabac, en plus de désigner les lieux où on ne peut pas vendre de tabac. Cet amendement est entré en vigueur le 1^{er} août 2005.
- L'*Act to Repeal the Pre-Marital Health Examination Act* annule une loi désuète sur les examens effectués afin de mieux contrôler la propagation de la syphilis. Cette abrogation est entrée en vigueur le 15 décembre 2005.
- L'*Act to Amend the Health Authorities Employees Act* a reçu la sanction royale le 15 décembre 2005. Cet amendement vient clarifier la question des rentes pour certains fonctionnaires. Il est entré en vigueur le 28 juin 2005 et est rétroactif.
- La *Hospitals Act* a reçu la sanction royale le 15 décembre 2005. Cette loi remplace la loi du même nom et reflète la nouvelle structure du système de santé. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Règlements

- L'*Emergency Medical Services Regulations*, en application de la Partie II de la *Public Health Act*, a été modifié afin de tenir compte des nouveaux niveaux d'agrément, soit Technicien d'urgence médicale Niveaux I, II et III, par rapport aux anciens niveaux (*de base et au-delà du niveau de base*). Ce changement est entré en vigueur le 1^{er} avril 2005.
- Les modifications suivantes ont été apportées aux règlements d'application de la *Pharmacy Act* (toutes ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} mai 2005) :
 - On a modifié l'*Authorization Regulations* afin de le mettre à jour et surtout de tenir compte des exigences liées à la mobilité.
 - On a créé le *New Drug Schedule Regulations* afin de préciser les médicaments qui sont d'accès restreint dans diverses catégories selon l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP). Ce règlement établit certaines restrictions quant à la vente de médicaments et exige que les pharmacies suivent certaines règles, selon la catégorie de médicaments.
 - On a créé le *New Interchangeable Drug List Regulations*. Ce règlement confirme la création d'un comité pour recommander une liste interchangeable des médicaments d'ordonnance à l'Île-du-Prince-Édouard et la garder à jour. Il énonce en outre les critères applicables à ces médicaments, les règles que les pharmacies doivent suivre et les droits des malades.
 - On a apporté des changements au *Standards Regulations* afin de mettre les normes pharmaceutiques à jour, y compris les règles d'étiquetage et de tenue de dossiers.
- Des modifications ont été apportées au règlement d'application de la *Tobacco Sales and Access Act*, y compris à propos des affiches à installer dans les établissements qui vendent du tabac et de l'utilisation d'une pièce d'identité acceptable permettant d'établir l'âge du client. L'ancien règlement d'application de la *Tobacco Sales to Minors Act* a été abrogé. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2005.
- On a modifié le règlement d'application de la *Marriage Act* afin d'abroger une disposition et de réviser certains des formulaires qu'il contient, principalement d'après la nouvelle définition du mariage dans la législation fédérale. Ces modifications sont entrées en vigueur le 18 août 2005.
- On a changé le règlement d'application de la *Vital Statistics Act* afin de remplacer l'expression « bride and groom » par le mot « spouses » et de réviser certains formulaires. Ces modifications sont entrées en vigueur le 18 août 2005.
- On a modifié le *Slaughter House Regulations*, en application de la *Public Health Act*, en ce qui a trait à une exception quant à la transformation d'un animal mort, assujettie aux circonstances spéciales précisées. Cette modification est entrée en vigueur le 3 décembre 2005.

- On a modifié le *Supported Adoption Regulations*, en application de l'*Adoption Act*, afin d'en retirer toute référence aux régies de la santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le règlement d'application de la *Child Protection Act* afin d'enlever toute référence aux régies de la santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le règlement d'application de la *Civil Service Act* afin de clarifier qui sont les employés qui ne bénéficient pas d'une représentation syndicale. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le *Participating Employer Regulations*, en application de la *Civil Service Superannuation Act*, afin de retirer toute référence aux régies de la santé dans les listes des employés participants. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a créé un nouveau règlement d'application de la *Community Hospital Authorities Act* relativement aux conseils des hôpitaux communautaires, y compris les conseils intérimaires. Ce règlement est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le *Special Project Funds Regulations*, en application de la *Financial Administration Act*, afin de retirer la référence à un programme qui n'est plus offert. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a abrogé le règlement d'application de la *Health and Community Services Act* le jour avant l'abrogation de celle-ci. Ce changement est entré en vigueur le 31 décembre 2005.
- On a modifié le règlement d'application de la *Health Services Payment Act* afin d'en retirer toute référence aux régies de la santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le règlement d'application de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* afin d'en retirer toute référence aux régies de la santé et de mettre à jour le règlement afin qu'il reflète la nouvelle structure du système de santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le *Hospital Management Regulations*, en application de la *Hospitals Act*, afin d'en retirer toute référence aux régies de la santé et de mettre à jour le règlement afin qu'il reflète la nouvelle structure du système de santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le *Low Income Assisted Home Ownership Supplement Program Regulations*, le *Provincial Contribution to Senior Home Repair Regulations* et le *Serviced Lot Subsidy Regulations*, en application de la *Housing Corporation Act*, principalement pour en retirer toute référence au mot « Board », qu'on a remplacé par le mot « Corporation ». Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

- On a modifié le règlement d'application de la *Mental Health Act* afin d'en retirer toute référence aux régies de la santé. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a modifié le *Notifiable and Communicable Diseases Regulations*, en application de la *Public Health Act*, afin de préciser à qui le médecin hygiéniste en chef fournit des renseignements. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.
- On a abrogé le *Discipline Regulations*, le *Registration and Licensing of Nurses Regulations* et le *Schools of Nursing Regulations*, en application de l'ancienne *Nurses Act*. Ces anciens règlements ont été abrogés le jour précédant l'abrogation de la loi. Ces modifications sont entrées en vigueur le 24 février 2006.
- On a rédigé les nouveaux règlements suivants en application de la nouvelle *Registered Nurses Act* qui régit la pratique des infirmières autorisées à l'Île-du-Prince-Édouard : *Nurse Practitioner Regulations*, *Professional Conduct Review Regulations*, *Registration and Licensing of Nurses Regulations* et *Schools of Nursing Regulations*. Ces règlements sont entrés en vigueur le 25 février 2006.

Annexe A

Sommaire des dépenses

	DÉPENSES 2005-2006 \$	PRÉVISIONS 2005-2006 \$
Services opérationnels	5 002 646	4 943 000
Services financiers	8 717 828	8 713 300
Santé de la population	2 672 670	2 658 600
Programmes médicaux	90 628 176	86 413 800
Soins aigus provinciaux		
Hôpital Queen Elizabeth	85 534 039	86 468 800
Hôpital du comté de Prince (<i>comprend le capital financé par la fondation de l'hôpital – 675 000 \$</i>)	32 756 860	31 567 800
Hôpital Hillsborough	8 920 314	8 862 500
Hôpitaux communautaires		
Hôpital Western	4 058 511	4 116 800
Hôpital communautaire (<i>Note 1</i>)	4 046 628	4 025 300
Hôpital Stewart Memorial	2 035 758	2 135 800
Hôpital King County Memorial	5 613 705	5 775 000
Hôpital de Souris	3 906 304	4 117 800
Total pour les hôpitaux communautaires	19 660 906	20 170 700
<i>Note 1 : 1,7 million de dollars de moins aux foyers de la province</i>		
Foyers provinciaux	40 838 269	38 276 100
<i>Note 1 : Ajout de 1,7 million de dollars tirés du budget de l'hôpital communautaire pour les soins de longue durée</i>		
<i>Comprend des dépenses de 991 300 \$ pour le foyer Sherwood à partir du budget des Services sociaux</i>		
<i>Comprend des dépenses de 806 995 \$ pour Kensington Laundry pour les soins aigus</i>		
Soins et soutien à domicile, dialyse	10 002 620	10 488 900
Foyers privés	8 992 252	9 113 600
Soins primaires	24 423 720	24 957 000
Total des technologies de l'information en santé (Recettes en déduction des dépenses)	5 092 472	10 832 700
TOTAL POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ	343 242 772	343 466 800

Note : Rajustement pour les recettes des hôpitaux inclus dans les données ci-dessus et inscrit dans l'annexe sur les recettes gouvernementales

Annexe B

Prévisions budgétaires

Prévisions budgétaires

2006-2007

Ministère de la Santé

Dépenses brutes

343 850 200 \$

Revenu brut

12 917 900 \$

Dépenses ministérielles nettes

330 932 300 \$