



Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.

ÉTABLIR UNE VISION COMMUNE EN SANTÉ

Guide de conversation – Phase II

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

Cher participant,

Bon retour à notre initiative **Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.**

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est reconnaissant pour votre excellente contribution pendant notre première phase et nous avons hâte de vous partager les résultats.

Plusieurs éléments clés furent identifiés dans chacun des quatre sites et nous avons reçu des évaluations très positives par rapport aux sessions, en plus de recevoir des suggestions sur comment améliorer votre expérience. Le degré d'effort et la qualité de votre contribution ont servi d'inspiration pour notre équipe dans leurs préparatifs pour cette phase II de notre première initiative provinciale.

Plusieurs questions furent soulevées dans nos premières sessions, en plus d'avoir reçu des commentaires concernant des précisions qui pourraient nourrir vos délibérations. Nous avons capté tous ces éléments et avons été en mesure d'en inclure la majorité dans notre matériel pour la deuxième phase. Cette première initiative nous a permis d'apprécier davantage le genre d'information que souhaitent avoir les citoyens. Pour ce qui est de l'information que nous n'avons pas été en mesure de vous fournir pour cette deuxième phase, nous allons maintenir nos efforts de sorte à la rendre disponible.

Enfin, nous souhaitons pouvoir vous compter parmi nous pour notre troisième phase qui aura lieu à Fredericton le 12 juin 2010.

Votre contribution est importante et elle est très appréciée.

Veillez agréer, cher(e) participant(e), mes sentiments distingués.



Stéphane Robichaud
Directeur général
Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Table des matières

1.0	<u>NOTRE SANTÉ. NOS PERSPECTIVES. NOS SOLUTIONS. – PHASE II</u>	3
1.1	Introduction	3
1.2	Une philosophie et une approche axée sur le citoyen	3
1.3	Vers le système de santé axé sur le citoyen	3
1.4	Une initiative d’engagement du citoyen en trois phases.	4
1.5	Phase II – Ordre du jour en un coup d’œil	5
2.0	<u>SOMMAIRE DE LA PHASE I : CE QUE NOUS AVONS ENTENDU</u>	6
2.1	Phase I : Profil des participants	6
2.2	Les perspectives générales : vote par télécommande	8
2.3	Ce que nous avons entendu : les valeurs	15
2.4	Ce que nous avons entendu : les enjeux	23
2.5	Ce que nous avons entendu : les forces	29
2.6	En route vers la Phase II : Solutions	32
3.0	<u>CE QUE VOUS NOUS AVEZ DEMANDÉ</u>	33
3.1	Qu’est-ce qu’un système de santé public?	33
3.2	Nouveau-Brunswick : du passé au présent	34
3.3	Quel est le COÛT des soins de santé?	35
3.4	Mesurer l’ÉQUITÉ dans la population néo-brunswickoise	36
3.5	Mesurer L’ACCESSIBILITÉ au sein du système de santé du Nouveau-Brunswick	37
3.6	Mieux-être, culture et sport	38
3.7	Télé-Soins 811	39
3.8	Services disponibles au Nouveau-Brunswick	39
3.9	Services d’ambulance	41
3.10	Visites à la salle d’urgence	42
3.11	Hôpitaux	43
3.12	Foyers de soins spéciaux et foyer de soins	44
	RÉFÉRENCES	46
	ANNEXE “A” : CSNB – Les six(6) dimensions de la qualité	47
	ANNEXE “B” : Phase I – Sommaire des évaluations des participants	48

Le générique masculin est utilisé tout au long de ce document afin d’alléger le texte.

1.0 NOTRE SANTÉ. NOS PERSPECTIVES. NOS SOLUTIONS. – PHASE II

1.1 Introduction

Fondé lors de la réforme en santé en 2008, le Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est une organisation indépendante et objective ayant pour mandat de mesurer, surveiller et évaluer la santé de la population ainsi que la livraison des services de santé dans la province du Nouveau-Brunswick. Cela veut dire que le CSNB est responsable de présenter régulièrement de l'information exacte à propos de l'état de santé de la province et de la performance du système de santé et d'offrir des recommandations au Ministre de la santé. De plus, la création du CSNB est basée sur la reconnaissance que les citoyens représentent les intervenants les plus importants du système de soins de santé. Cela dit, l'organisation a donc le mandat de faire de l'engagement du citoyen un pilier important de ses travaux en engageant les Néo-Brunswickois dans un dialogue constant et significatif à propos de la santé et les soins de santé.

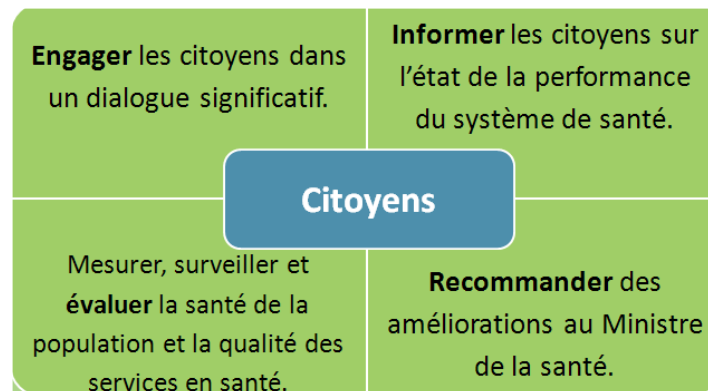


Tableau 1 : Mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

1.2 Une philosophie et une approche axées sur le citoyen

L'engagement du citoyen est une façon pour les gens d'avoir leur mot à dire dans la réalisation des politiques publiques. Cela demande que les citoyens soient informés des défis, et qu'on leur offre des occasions de partager leurs points de vue. Cela demande aussi que les gouvernements soient ouverts et attentifs à la voix des citoyens.

Pour le CSNB, ceci prend forme, d'une part en faisant rapport à la population du Nouveau-Brunswick concernant la performance du système de santé et d'autre part, en allant chercher l'opinion informée des gens pour mieux encadrer les politiques publiques qui guident le système de santé et qui ont un effet sur la santé de la population.

1.3 Vers un système de santé axé sur le citoyen

En 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié le *Plan provincial de la santé (2008-2012)*, dans lequel le besoin de transformer le système de santé actuel vers « un système de santé axé sur le citoyen » est clairement mentionné, c'est-à-dire :

« Un système qui répond aux besoins et aux préférences des particuliers et des collectivités plutôt qu'à s'attendre à ce que les gens s'adaptent à ce que le système leur offre. »^{A1}

1.4 Une initiative d'engagement du citoyen en trois phases

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. est la première initiative d'engagement du citoyen d'envergure et a pour objectif d'informer le CSNB dans l'élaboration de recommandations à l'endroit des partenaires du système de santé au sujet de ce que les citoyens considèrent comme déterminant pour bien mettre en place cette notion de système de santé axé sur le citoyen. Il s'agit d'un processus en trois phases qui implique les citoyens du Nouveau-Brunswick ainsi que les parties prenantes à s'engager dans une discussion sur ce qu'ils valorisent le plus en ce qui concerne le système de santé du Nouveau-Brunswick; comment le système peut-il être amélioré et ce qui peut être fait pour améliorer les résultats de santé dans la province.

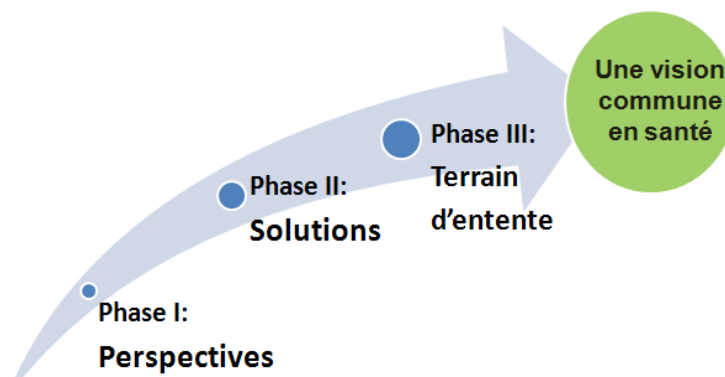


Tableau 2 : Une initiative d'engagement du citoyen en trois phases

- **Phase I :** La Phase I a mis l'accent sur les perspectives et les préoccupations des citoyens concernant l'état actuel du système de santé tout en faisant ressortir ce que les participants considèrent comme étant les plus grandes forces et les défis les plus importants.
- **Phase II :** La Phase II est l'occasion de faire l'exercice d'une projection future permettant d'imaginer quel système de santé les Néo-Brunswickois souhaitent avoir et identifier des solutions viables aux défis identifiés lors de la phase I.
- **Phase III :** La Phase III donnera l'opportunité d'explorer les zones où un terrain d'entente est possible et les aspects divergents qui ont ressortis des deux premières phases. Ce sera alors l'occasion de pouvoir identifier des priorités et des éléments d'une vision commune qui informera et guidera le CSNB dans l'élaboration des recommandations à l'endroit des partenaires du système de santé.

^{A1} Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012*, Avril 2008, p.10

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

Le CSNB reconnaît que les citoyens veulent faire partie du processus décisionnel qui influence les politiques publiques et croit qu'ils peuvent contribuer grandement à la mise en place de solutions viables. La contribution des citoyens tout au long de cette initiative informera et guidera le CSNB dans l'élaboration des recommandations à l'endroit des partenaires du système de santé.

1.5 Phase II – Ordre du jour en un coup d'oeil

Heure	À l'ordre du jour
9h30 – 9h55	Bienvenue
9h55 – 10h15	Visualisation : Un système de santé axé sur le citoyen
10h15 – 10h45	Phase I Validation : Valeurs
10h45 – 11h15	Phase I Validation : Défis et forces du système de santé
11h15 – 12h00	Comment le système de santé peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? Partie 1
12h00 – 12h45	REPAS DU MIDI
12h45 – 12h55	Caractéristiques d'un système de santé axé sur le citoyen
12h55 – 14h00	Comment le système de santé peut-il aider les citoyens et leur famille à être en meilleure santé? Partie 2
14h00 – 14h15	PAUSE
14h15 – 15h30	Que peuvent faire les citoyens pour s'aider, ainsi que leur famille, à être en meilleure santé?
15h30 – 16h00	Conclusion

2.0 SOMMAIRE DE LA PHASE I : CE QUE NOUS AVONS ENTENDU

À la suite des présentations en plénière du CSNB sur le système de santé au Nouveau-Brunswick, les participants ont été invités à discuter, entre eux à leur table respective, sur quelles valeurs qu'ils aimeraient voir dans un système de soins de santé provincial qui est plus axé sur le citoyen. De plus, ils ont été demandés de partager leurs opinions sur ce qu'ils voyaient comme étant les plus grandes forces du système de soins et les défis prioritaires.

Les pages suivantes résument ce que les participants ont partagés et que le CSNB a capté au cours de la Phase I. Ceci inclut les résultats des votes par télécommande de tous les sites où le dialogue s'est tenu (Moncton, Bathurst, Edmundston et Saint John). Dans les graphiques, la barre intitulée « Tous les sites » se réfèrent à la moyenne des répondants des quatre sites. Ceci nous permet de mieux comparer les moyennes des participants avec les taux néo-brunswickois du dernier sondage *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2008)*, qui se retrouvent sous la barre « Niveau provincial (N.-B.) ».

2.1 Phase I : Profil des participants

En dépit des efforts consentis lors de la phase de recrutement, l'objectif initial de 125 participants par session de dialogue (pour un total de 500 participants) n'a pas été atteint. Obtenir ce nombre de participants à chaque session de dialogue s'est avéré un défi, malgré les plus de 38 000 appels téléphoniques qu'a faits la firme de recrutement auprès de participants potentiels.

En tout, 479 participants qualifiés ont confirmé leur participation aux sessions de dialogue et 310 y ont participé.

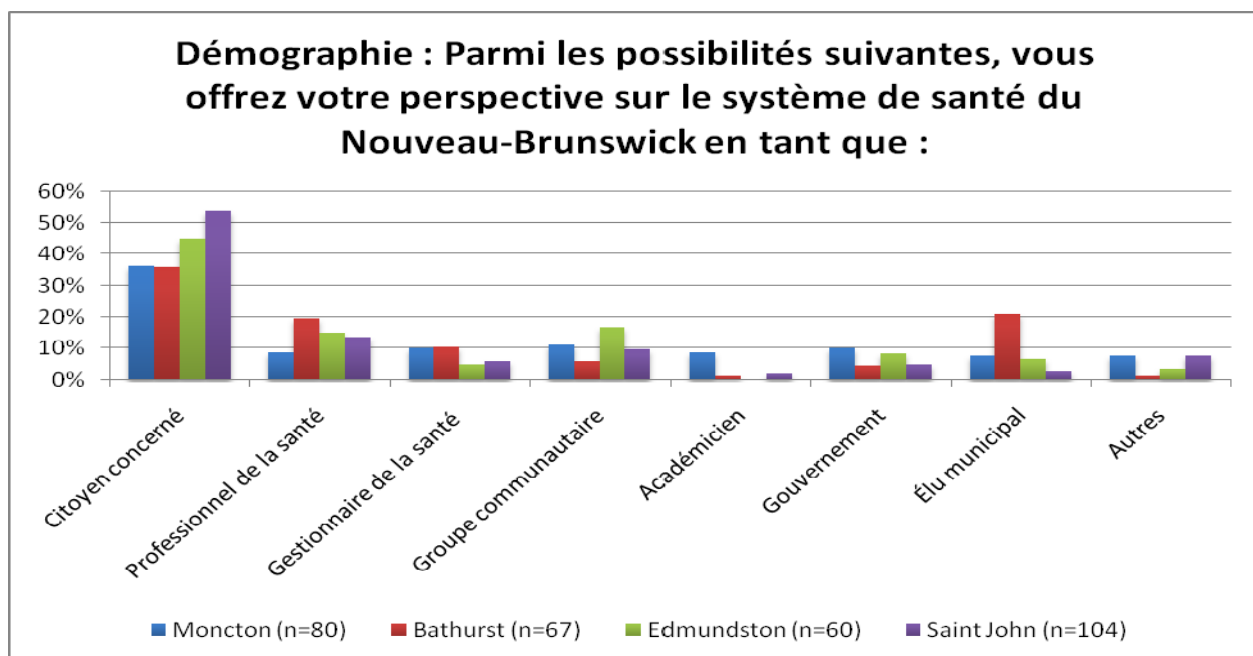


Tableau 3 : Phase I - La distribution des participants par perspectives (auto-identifiées)

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

Quoi qu'il en soit, l'ensemble des réponses des participants à chaque session de dialogue et dans tous les dialogues a ultimement donné lieu à une diversité équilibrée de perspectives, comme le fait voir le Tableau 3 (ces statistiques proviennent des résultats des votes par télécommande et démontrent comment les participants s'auto-identifient).

La grande majorité (plus de 85 %) des participants à chaque session de dialogue regroupait des gens de leur région, c'est-à-dire qu'ils ont assisté à la session de dialogue la plus près de leur lieu de résidence.

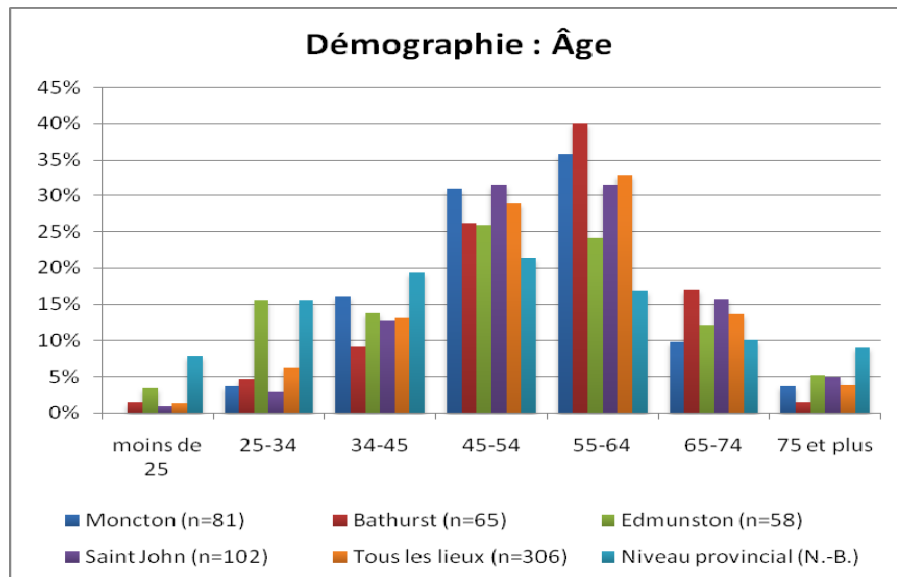


Tableau 4 : Phase I - La distribution des participants par ville et groupe d'âge

De plus, les participants affichaient une diversité d'âge, de genre et de langue, comme l'illustrent les tableaux qui suivent.

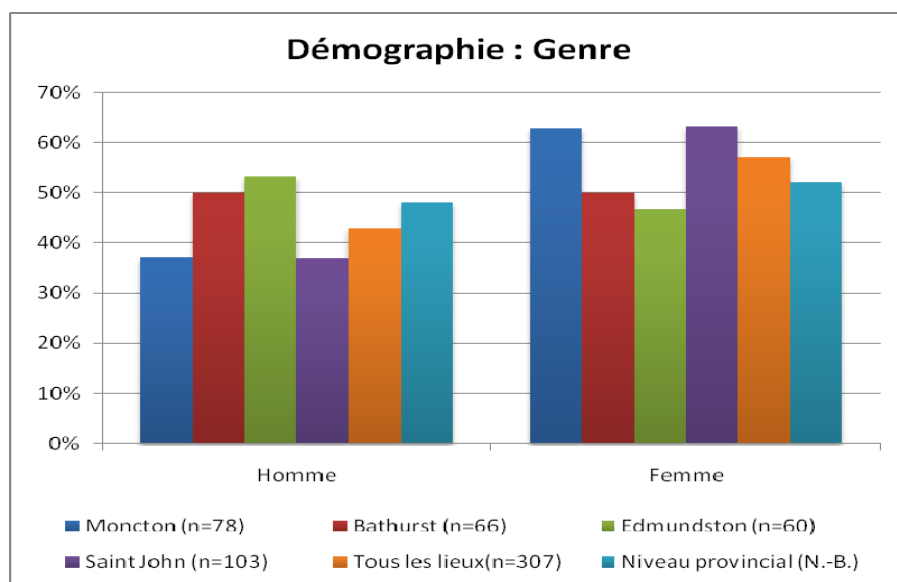


Tableau 5 : Phase I - La distribution des participants par ville et genre

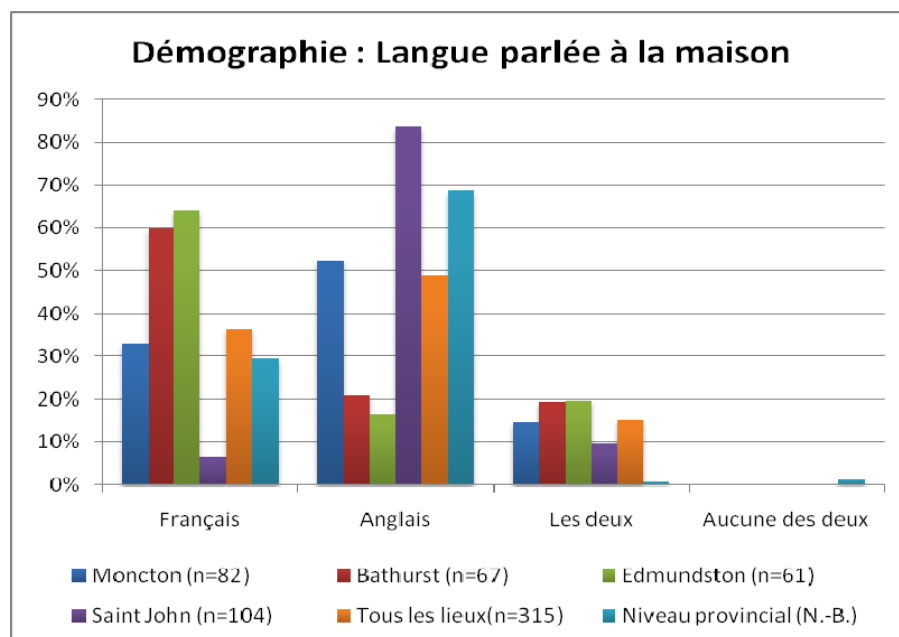


Tableau 6 : Phase I – La distribution des participants par ville et langue

2.2 Les perspectives générales : vote par télécommande

Le vote par télécommande fut utilisé tout au long de la journée pour sonder les perspectives générales des participants sur quelques questions d'ordre général.^{A2} Cela a permis de mettre en contexte les commentaires des participants au cours des sessions de dialogue et d'obtenir une connaissance un peu plus approfondie sur les perspectives générales qu'ils formulent sur le système de santé du Nouveau-Brunswick.

L'accès à un médecin de famille

La grande majorité des participants (plus de 95 % dans toutes les sessions de dialogue, sauf à Moncton où le taux a été de 87 %) ont indiqué avoir un médecin de famille. Ceci démontre une performance plus élevée que la moyenne au Nouveau-Brunswick en comparaison avec le reste du Canada. Selon le sondage *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2008)*, 91 % des Néo-Brunswickois ont répondu avoir un médecin de famille.

^{A2} Plusieurs des questions soumises au vote par télécommande ont été reformulées ou remplacées pour y ajouter de la clarté et de la pertinence, à la suite de la session de dialogue de Moncton. À cet égard, certains résultats du vote ne sont pas disponibles pour Moncton.

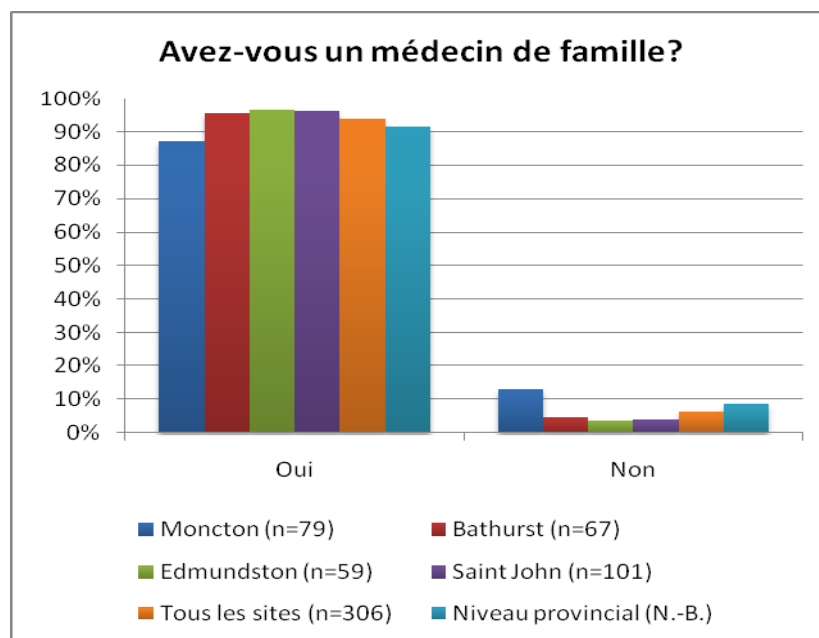


Tableau 7 : Phase I - L'accès à un médecin de famille

Influence du système de santé sur la santé physique et la santé mentale.

Il fut également demandé aux participants d'évaluer leur **santé physique globale** et leur **santé mentale globale**. Les résultats de vote par télécommande indiquent que 51 % des participants de Bathurst, Edmundston et Saint John évaluent leur santé physique globale comme étant soit « Excellente » ou « Très bonne » (veuillez noter que cette question ne fut pas posée à la session de la Phase I à Moncton). Ce chiffre est inférieur à la moyenne provinciale enregistrée, soit 55 % (recueilli lors du sondage *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2008)* en réponse à la question: « *En général, est-ce que vous diriez que votre santé est Excellente; Très bonne; Bonne; Passable ou Pauvre ?* »).

Les mêmes participants ont eu tendance à évaluer leur santé mentale globale de façon plus positive, trois quarts ou plus (78 %) ont donc indiqué que leur santé mentale globale était ou « Très bonne » ou « Excellente ». Ce chiffre est plus élevé que la moyenne provinciale enregistrée, soit 71 % selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2008)*.

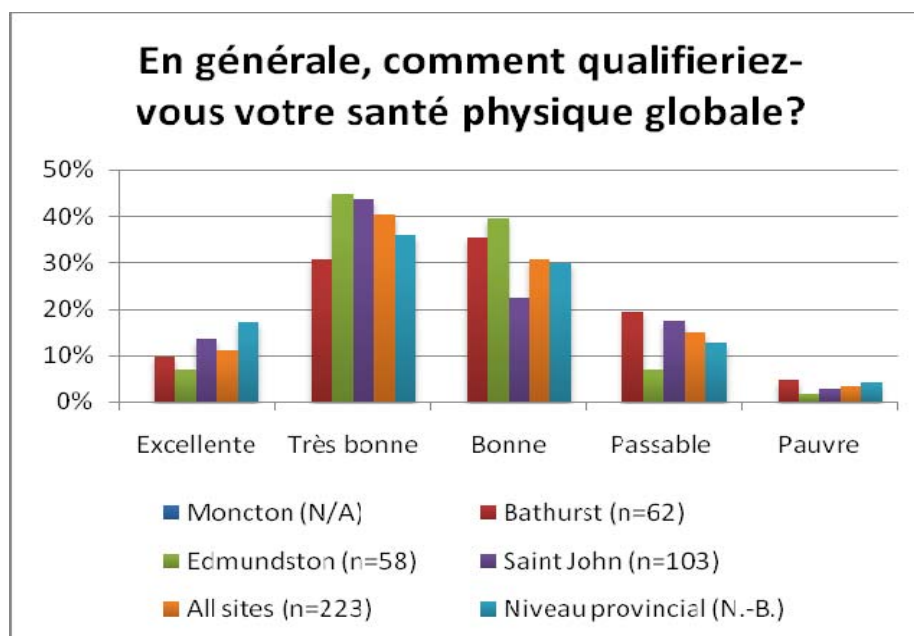


Tableau 8 : Phase I – Santé physique globale selon les participants

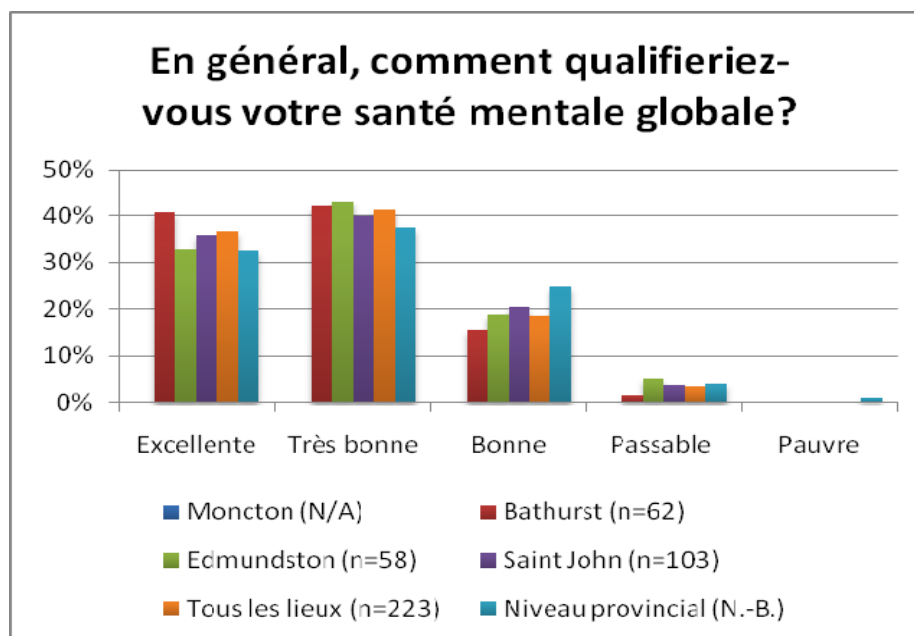


Tableau 9 : Phase I – Santé mentale globale selon les participants

Par la suite, les participants ont été demandé d'indiquer jusqu'à quel point ils croient que le système de santé influence la santé globale d'une personne. Alors que les recherches démontrent qu'il en est responsable à 10 %, les participants de toutes les sessions de dialogue ont eu tendance à croire que ce pourcentage était plus élevé (ex. plus du tiers des participants à Bathurst et à Edmundston, et près de 20 % à Saint-John, a estimé que le système de santé était responsable à hauteur de 50 % de la santé globale d'une personne).

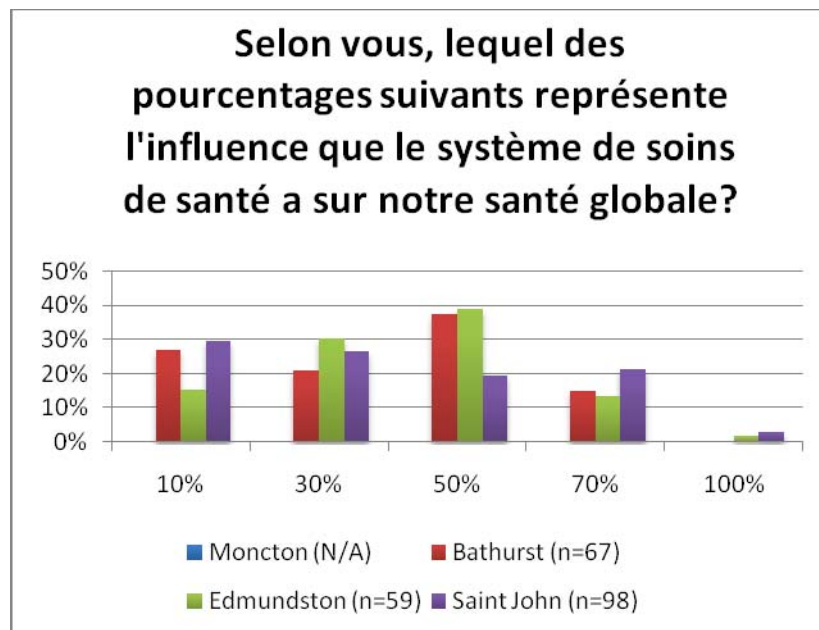


Tableau 10 : Phase I - L'influence du système de soins de santé sur la santé globale, selon les participants

Les quatre catégories de facteurs qui ont une influence sur la santé de la population ont été présentées et expliquées aux participants (ex., soins de santé, environnement physique, facteurs socioéconomiques et habitudes de vie, à droite).

Par la suite, il fut demandé aux participants d'indiquer lequel a le plus d'influence et lequel a le moins d'influence sur l'état de santé, compte tenu de leur état de santé actuel.

En très grande majorité (environ les trois quarts), les participants ont estimé que leurs propres habitudes de vie ont le plus d'influence sur leur état de santé globale. Ceci reflète la croyance des participants – fréquemment exprimée au cours des sessions de dialogue – que chaque personne est dans une certaine mesure responsable de la gestion de sa santé.



Tableau 11 : Les facteurs qui influencent la santé de la population

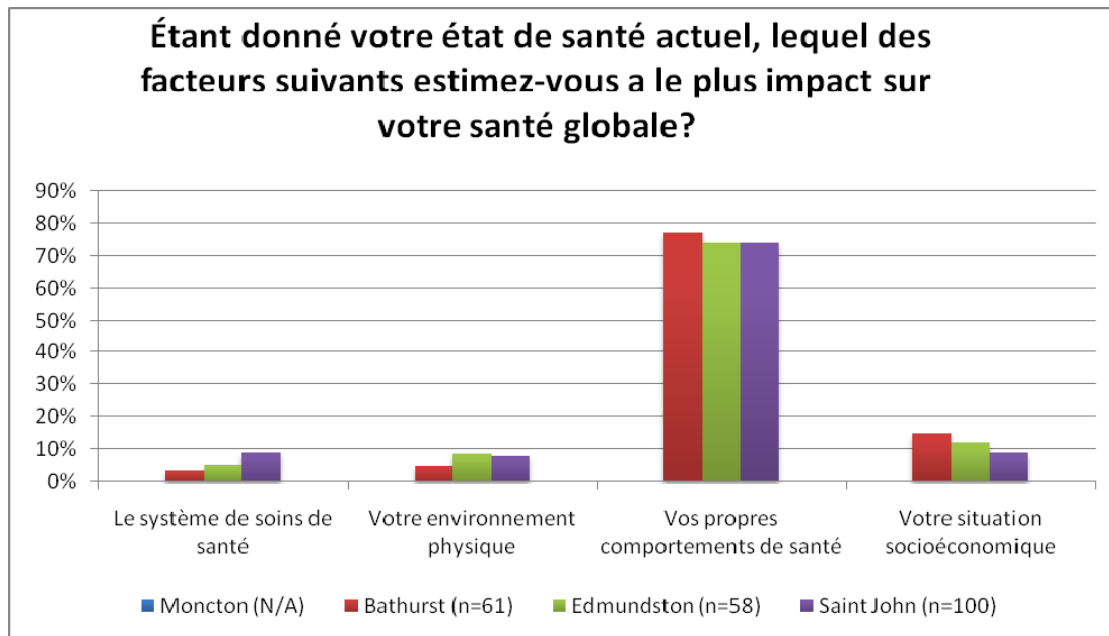


Tableau 12 : Phase I - Le facteur ayant le plus d'impact sur la santé globale, selon les participants

Les participants ont été plutôt divisés sur la catégorie de facteurs qui a le moins d'influence sur leur santé globale. De façon marquée cependant, au moins un tiers des participants de chaque dialogue a indiqué que le système de santé est le facteur qui a le moins d'influence sur leur santé globale.

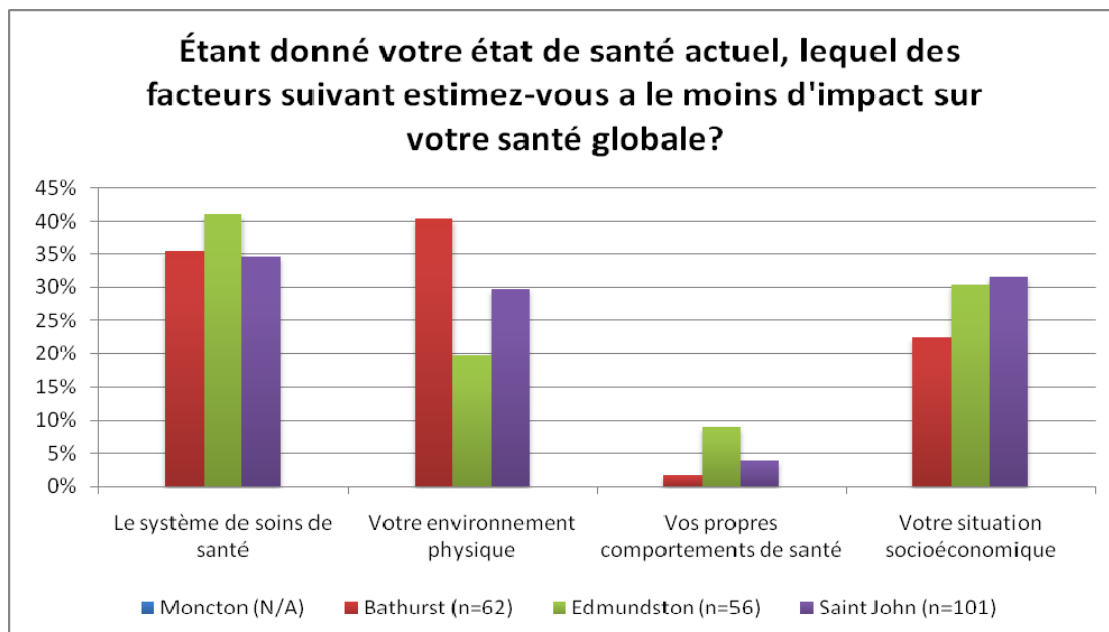


Tableau 13 : Phase I - Le facteur ayant le moins d'impact sur la santé globale, selon les participants

Les perspectives sur les coûts des soins de santé au Nouveau-Brunswick

Un troisième jeu de questions a été conçu pour mieux sonder la compréhension et les opinions des participants sur les coûts des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Il fut d'abord demandé aux participants d'indiquer lequel des quatre éléments coûte le plus cher au système de soins de santé. Moins de la moitié (environ 40 % à 45 % par session de dialogue) étaient au courant que les maladies chroniques représentent le principal facteur de coût du système de soins de santé.

Cela démontre l'importance de poursuivre les efforts afin de sensibiliser le public à la gestion et à la prévention des maladies chroniques.

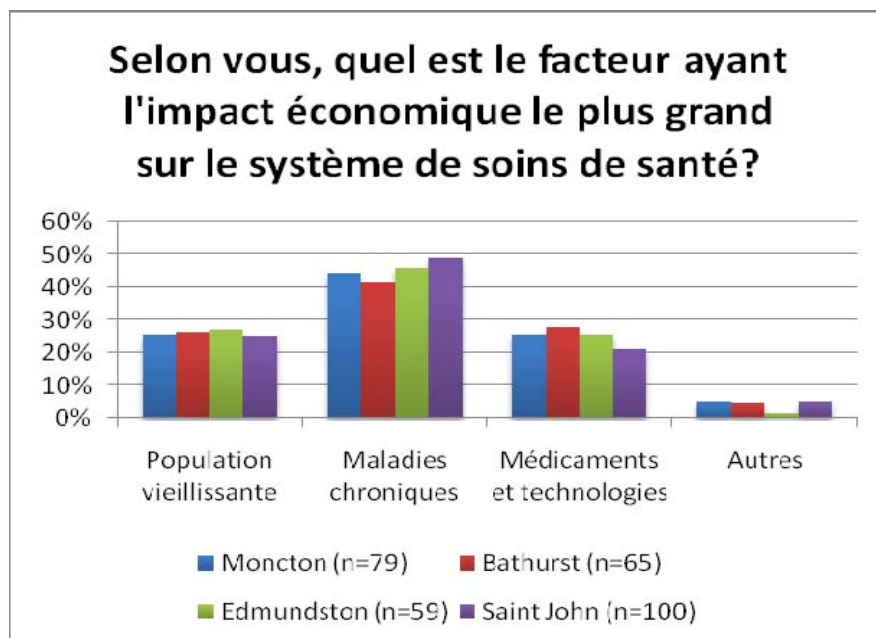


Tableau 14 : Phase I – Le facteur ayant le plus grand impact économique sur le système de soins de santé, selon les participants

Les participants ont été demandés d'indiquer s'ils croyaient qu'ils en avaient pour leur argent en termes de services de santé, compte tenu des sommes publiques d'argent public qui sont dépensées en soins de santé au Nouveau-Brunswick. Les perspectives à l'égard de cette question ont varié selon les régions, alors que les participants de Bathurst ont fait part de leur grande insatisfaction et de loin (plus de 50 % ont voté «non», comparativement à 25 % à Edmundston et à Saint John).

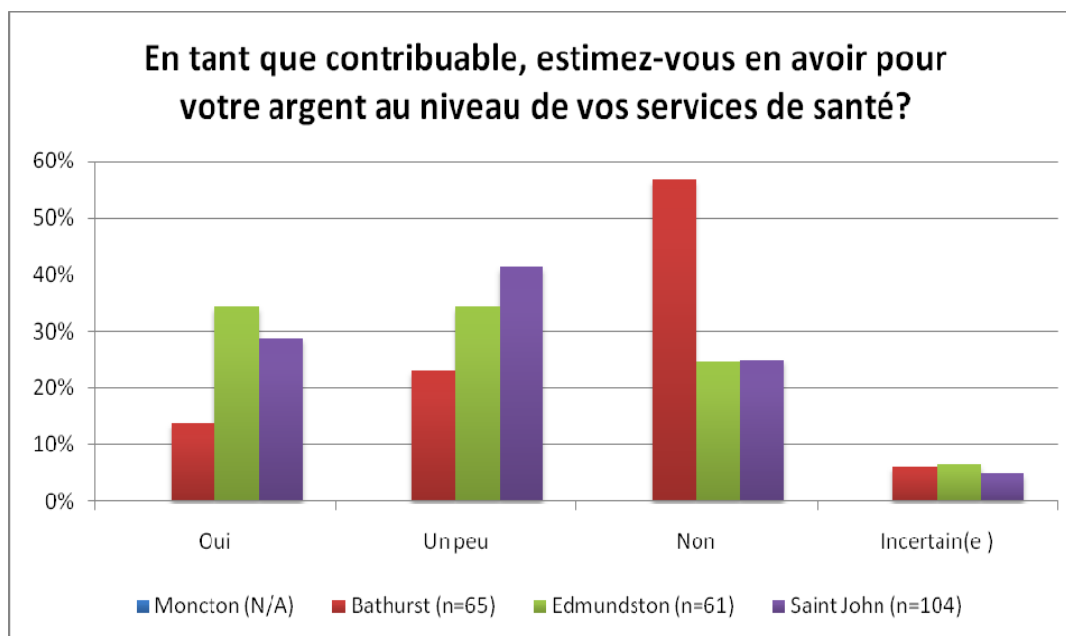


Tableau 15 : Phase I – Perception à l'égard d'en avoir pour son argent en termes de services de santé, selon les participants

Vers un système de santé axé sur le citoyen

Vers la fin de la journée, on a demandé aux participants de répondre à une dernière question conçue pour évaluer à quel point le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick est « axé sur le citoyen » (en vertu de la définition d'un système de santé axé sur le citoyen proposée par le *Plan provincial de la santé 2008-2012*).

De façon intéressante, les perspectives concernant cette question ont grandement varié dans toutes les sessions de dialogue: les répondants de Moncton ont été les plus critiques, alors que 43 % ont répondu que le système ne répondait pas à leurs besoins ni à leurs préférences personnelles ni à celles de leurs collectivités. Les répondants des autres sessions de dialogue ont été quelque peu moins catégoriques, alors qu'environ 50 % (Bathurst, Edmundston) à 60 % (Saint John) ont indiqué que cela ne répond que « d'une certaine façon » ni à leurs besoins ni à leurs préférences personnelles ni à celles de leurs collectivités.

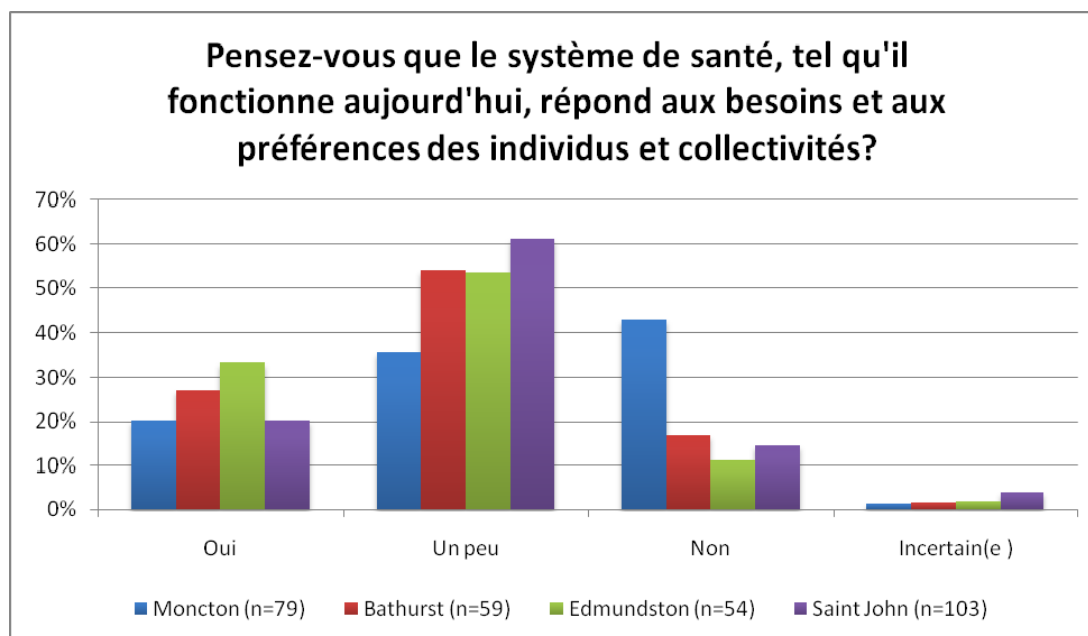


Tableau 16 : Phase I – Perception à l'égard du système de soins de santé répondant aux besoins des individus et des collectivités, selon les participants

2.3 Ce que nous avons entendu : les valeurs

Au cours de leur première discussion significative à leur table, les participants ont été demandés d'imaginer un système de santé « idéal » et de discuter :

- de ce qui serait le plus important pour eux;
- du genre de valeurs qu'ils voudraient retrouver dans la façon dont fonctionne le système de santé.

Le but de cet exercice consistait à ce que les participants identifient et articulent les valeurs sous-jacentes qui guident les opinions qu'ils formulent et les choix qu'ils font. Le but ne consistait pas d'en venir à un consensus au sein du groupe, mais plutôt à ce que les gens partagent leurs différentes perspectives et apprennent l'un de l'autre. À cet égard, chaque groupe de dialogue dans chaque salle est devenu un « microcosme » de la province visant à illustrer le spectre de ce que les Néo-Brunswickois valorisent.

À la suite de leurs discussions de groupe, chaque participant a été demandé d'écrire ce qu'il valorise le plus dans un système de santé « idéal » et d'expliquer ce que cela signifie pour lui. Ces feuilles de travail furent ramassées et compilées et, au cours du repas du midi, l'équipe thématique (composée d'analystes du CSNB) en a pris connaissance et a regroupé les commentaires par thème. Ces thèmes ont ensuite été convertis en un « nuage de mots » – une image qui représente les divers mots-thèmes ainsi que leur fréquence de mention (plus le mot est gros, plus il est apparu souvent lors de la synthèse).

Les nuages de mots suivants représentent chacune des quatre sessions de dialogue. **Il est important de noter cependant que cela représente une analyse très rapide sur place des commentaires recueillis.** Un sommaire provincial est présenté plus loin

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

dans la présente section. Il est basé sur une analyse plus détaillée de toutes les données recueillies dans les quatre sessions de dialogue.



Tableau17 : Phase I - Moncton - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal



Tableau18 : Phase I - Bathurst - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal



Tableau 19 : Phase I - Edmundston - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal



Tableau 20 : Phase I – Saint John - Ce que vous valorisez le plus dans un système de santé idéal

Ce qui ressort immédiatement à la lecture de ces quatre nuages de mots est l'emphase placée par les participants sur des sujets liés à :

- l'accessibilité aux services de soins de santé;
- des soins et des services équitables pour tous;
- l'éducation (connaissances en matière de santé), la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- l'efficacité, le rendement et l'imputabilité du système;
- la qualité et la sécurité des soins de santé (humains, empreints de compassion et respectueux), et;
- un système axé sur le citoyen (holistique, communautaire, axé sur le client, responsabilité du citoyen et communication).

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

Une analyse plus détaillée de ces données provenant des quatre sessions de dialogue nous permet d'explorer la signification qu'attribuent les participants à ces valeurs de haut niveau. Il faut également noter que les valeurs exprimées par les participants reflètent de près les six dimensions de qualité par lesquelles le CSNB évalue la qualité des services de santé au Nouveau-Brunswick: l'accessibilité, la justesse, l'efficacité, le rendement, l'équité et la sécurité (*Voir en **Annexe A** pour obtenir la définition du CSNB de chacune de ces dimensions de qualité.*)

Ce que nous avons entendu :

Valeurs – L'accessibilité aux services de soins de santé

L'accès opportun aux services de soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Avoir accès aux soins requis dans un délai raisonnable, sans retard indu, sans longue période d'attente et sans temps d'attente entre les visites.• Recevoir « les soins requis au moment opportun » (une valeur qu'on a étroitement liée à la notion de « soins appropriés »).
La disponibilité des médecins, spécialistes et examens, etc	<ul style="list-style-type: none">• Avoir accès à un médecin de famille et pouvoir consulter un spécialiste ou faire les examens lorsqu'ils sont requis.
Suffisamment de temps avec les fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Les fournisseurs de soins, surtout les médecins de famille, doivent prendre le temps nécessaire d'écouter leurs patients afin de poser un diagnostic juste.
L'accessibilité aux services de soins de santé dans la langue officielle de son choix	<ul style="list-style-type: none">• Être capable d'avoir accès aux services de soins de santé dans la langue de son choix, quand et où ces services sont requis.
Les coûts ne devraient pas empêcher l'accessibilité à un traitement ni à des services	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que les coûts des médicaments d'ordonnance, des services dentaires et en optométrie ne constituent pas une barrière à l'accessibilité.

Ce que nous avons entendu : Valeurs – Des soins et des services équitables pour tous	
Des soins de santé universels	<ul style="list-style-type: none">• Des soins de santé universels financés par des fonds publics constituent un facteur important visant la protection d'une accessibilité équitable pour tous à des services.
Sans égard au statut socioéconomique	<ul style="list-style-type: none">• Voir au problème de la pauvreté afin de promouvoir la santé et prendre le meilleur soin de tous les citoyens, y compris les plus vulnérables.
Sans égard au lieu de résidence	<ul style="list-style-type: none">• Offrir aux communautés rurales et éloignées un accès équitable aux soins.• S'assurer que la distance, les déplacements et le transport n'empêchent pas un accès aux soins.
Sans égard à la langue	<ul style="list-style-type: none">• Des services bilingues, équitables dans les communautés françaises et anglaises.

Ce que nous avons entendu : Valeurs : La promotion de la santé et la prévention des maladies	
La sensibilisation et l'éducation à des habitudes de vie saines (connaissances en matière de santé)	<ul style="list-style-type: none">• Une éducation qui commence à l'enfance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte sur la façon d'améliorer la santé, le mieux-être, une vie saine et la prévention des maladies.
Faire des exercices et des activités physiques	<ul style="list-style-type: none">• L'exercice est considéré comme un moyen de diminuer l'obésité et le risque de maladies chroniques qui y est lié.
La nutrition et les aliments sains	<ul style="list-style-type: none">• L'accès à des aliments abordables et nutritifs et une connaissance en matière d'alimentation saine vont promouvoir la santé et prévenir les maladies.
Un environnement sain	<ul style="list-style-type: none">• Un environnement propre et sain accompagné d'espaces verts dans la communauté est considéré comme un moyen de promouvoir la santé et de prévenir les maladies.
Faire de sa propre santé une responsabilité personnelle	<ul style="list-style-type: none">• Donner aux citoyens le pouvoir d'assumer leur responsabilité à l'égard de leur propre santé (ex. par le biais d'incitations et d'appuis de la part du gouvernement): les gens assument une plus grande responsabilité à l'égard du maintien de leur santé et de celle de leur famille, de leur propre éducation en matière d'habitudes de vie saines et de la connaissance de leur maladie s'ils sont malades.

Ce que nous avons entendu : Valeurs : La qualité des soins de santé dans un système viable ^{A3}	
Des soins appropriés	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir avoir confiance que l'on reçoit des soins appropriés, au bon moment, par le bon professionnel de la santé.
La compassion à l'égard des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Un système de soins de santé qui soit plus « humain » et des professionnels de la santé qui traitent leurs patients avec dignité et respect.
La sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soins de santé qui soient sécuritaires. Par exemple, les patients ne veulent pas se préoccuper d'attraper quelque maladie ou infection lors de leur hospitalisation.
Des soins efficaces	<ul style="list-style-type: none"> • Des soins qui donnent les résultats escomptés, administrés par des fournisseurs de soins de santé qui soient compétents et bien renseignés.
Le rendement	<ul style="list-style-type: none"> • Un système de soins de santé qui soit plus rentable afin d'en assurer la viabilité, mais qui demeure juste dans l'allocation des fonds.
L'imputabilité	<ul style="list-style-type: none"> • La transparence dans la façon dont les fonds de soins de santé sont alloués et dans leur destination. • Rendre les fournisseurs de soins de santé imputables quant à leur facturation auprès du système de santé.

^{A3} Ce regroupement reflète partiellement les dimensions de qualité du CSNB (la jutesse, l'efficacité, le rendement et la sécurité). Cependant, comme les participants ont mis une emphase particulière sur l'accessibilité et l'équité, ces valeurs se démarquent comme valeurs à part. L'imputabilité a été incluse ici parce qu'elle a souvent été l'objet de discussions dans le cadre de soins efficaces et rentables, alors que la compassion a plutôt alimenté la notion de soins « appropriés ».

Ce que nous avons entendu : Valeurs – Un système de santé axé sur le citoyen	
Des centres de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des centres de santé bien intégrés et multidisciplinaires pour aider à promouvoir une meilleure santé au sein des communautés. • Placer les centres de santé communautaires au cœur d'un modèle des « besoins humains » axés sur le citoyen .
Un continuum de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Des services de soins de santé qui soient bien coordonnés et qui opèrent en dehors des silos professionnels afin d'offrir aux patients des traitements continus. • S'assurer que la politique n'interfère pas dans la prestation des services .
Des soins holistiques et alternatifs	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le système de soins de santé se concentre sur l'état général de santé des gens (une approche de «la personne dans son ensemble») et non pas sur le traitement de symptômes individuels. • Faire des traitements non médicaux et non-pharmaceutiques ainsi que des thérapies une partie intégrante du système de santé. • Offrir un plus grand accès à un large éventail de médecines alternatives, comme celle de la naturopathie.
Associer le citoyen au processus de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les populations, y compris les plus vulnérables (ex. Les personnes handicapées, les enfants, les personnes âgées), devraient participer à la prise de décisions qui a des répercussions sur leur santé et leur proposer un choix dans le cadre de leur traitement.

2.4 Ce que nous avons entendu : les enjeux

Au cours du deuxième exercice de la journée, les participants ont discuté dans leurs groupes de ce qu'ils considèrent être des enjeux prioritaires dont il faudrait parler afin de créer le système de santé qu'ils souhaitent avoir au Nouveau-Brunswick. Les questions de la discussion ont été :

- Quels sont les problèmes les plus urgents?
- Quels sont les plus grands besoins?
- Comment pouvons-nous avoir la plus grande influence possible sur l'état général de santé des Néo-Brunswickois?
- Comment pouvons-nous faire que notre système de santé en soit un qui est vraiment axé sur le citoyen?

À la suite d'une discussion autour de la table sur ces enjeux, chaque participant a noté ses « 3 enjeux prioritaires ». Ces enjeux ont été rassemblés par thème dans chacun des groupes et, au cours de la séance plénière, un porte-parole de chaque groupe a fait rapport sur au moins un enjeu prioritaire que son groupe avait identifié.

Chaque jeu de commentaires individuels et de groupe des quatre sessions de dialogue ont été recueillis suite à cet exercice pour être analysés afin d'établir la liste des priorités suivantes.

Comme indiqué dans les tableaux suivants, les participants se sont exprimés sur des enjeux qui peuvent être regroupés dans des catégories élargies : accessibilité aux services de soins de santé ; coût/financement du système de santé ; promotion de la santé et prévention des maladies ; optimisation des services de soins de santé ; et changement systémique requis pour un système axé sur le citoyen.

Ce que nous avons entendu : Les enjeux – L’accessibilité aux services de soins de santé	
L’accès aux soins primaires et spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> Le manque perçu d’accès aux soins primaires, (ex. médecins de famille), ainsi qu’aux services de soutien/spécialisés, comme des programmes liés à la santé mentale et au traitement des dépendances.
L’accès aux services au bon moment	<ul style="list-style-type: none"> Les temps d’attente pour consulter un médecin de famille ou un spécialiste sont trop longs, tout comme les délais pour les examens ou obtenir des résultats. Le manque de ressources humaines est un facteur qui explique ce problème.
L’accès aux services pour les résidents des régions rurales	<ul style="list-style-type: none"> Un accès local minimisé aux soins de santé dans les régions rurales. Aucun autre choix que de sortir des communautés rurales pour avoir accès à des services centralisés, ce qui implique des coûts et cause des difficultés, pour le patient et pour ses proches. Le manque d’accès aux transports et/ou les coûts de transport constituent pour certains un obstacle à la prestation de soins.
L’accès dans la langue de son choix	<ul style="list-style-type: none"> Les patients ne sont pas toujours capables d’avoir accès aux soins de santé dans la langue de leur choix. Il existe un besoin pour de meilleurs services bilingues dans toute la province : n’avoir que des services en anglais dans les régions anglophones et que des services en français dans les régions francophones pose problème. Il n’est pas toujours possible d’avoir accès à des spécialistes dans la langue de son choix.

Ce que nous avons entendu : Les enjeux – Les coûts/Le financement du système de soins de santé	
Le rendement du système de soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Préoccupation généralisée au sujet de la gestion des coûts liés aux soins de santé.• Besoin de trouver des moyens de réduire les pertes et de rentabiliser davantage les coûts. Cela s'avère essentiel à la viabilité système et au maintien ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et des services et ce, tout en contenant les coûts.
La distribution des fonds	<ul style="list-style-type: none">• Les fonds liés aux soins de santé doivent être distribués plus équitablement dans toute la province.• Accroître les investissements en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, ce qui réduirait en retour les coûts liés aux soins aigus dans la province.
Les frais facturés aux patients	<ul style="list-style-type: none">• Grande valorisation d'un système de soins de santé qui soit universel, gratuit et public.• Préoccupations en ce qui concerne les frais facturés aux patients, spécialement les services d'ambulance et les médicaments prescrits sous ordonnance.
L'éducation/La sensibilisation en matière de coûts des soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Le public ne comprend pas bien les coûts du système de soins de santé : les sommes dépensées et la façon dont les fonds sont distribués. Une éducation publique est requise pour inciter les citoyens à utiliser de manière plus responsable le système de santé.

Ce que nous avons entendu : Les enjeux – La promotion de la santé et la prévention des maladies	
L'éducation	<p>Augmenter la disponibilité de l'information sur les programmes et les campagnes afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Éduquer les éducateurs, les parents, les employeurs, etc. en matière de santé et de mieux-être.• Éduquer le public en général et les patients en matière de prévention et d'atténuation des maladies chroniques.• Dissuader les habitudes de vie malsaines, ex. la toxicomanie et l'abus d'alcool.• Promouvoir les habitudes de vie saines, spécialement la nutrition et l'exercice.
La nutrition	<ul style="list-style-type: none">• Il faut aborder la question des mauvaises habitudes alimentaires (qui sont responsables de plusieurs maladies chroniques).• Présence importante de malbouffe dans les écoles et même les hôpitaux.• Les coûts constituent un obstacle à une saine alimentation : les mets santé sont dispendieux et la malbouffe ne coûte pas cher.
L'exercice	<ul style="list-style-type: none">• Accroître les occasions d'activités physiques à l'école, dans les communautés (ex. pistes cyclables).• Faire disparaître les barrières de coûts et offrir une incitation à l'accès à des activités récréationnelles.
La responsabilité à l'égard de sa propre santé	<ul style="list-style-type: none">• On valorise les soins de santé universels lorsqu'on est malade, mais on devrait prendre une plus grande responsabilité personnelle à l'égard de sa propre santé et de son mieux-être.• Les parents ont tout particulièrement la responsabilité d'inculquer des habitudes de vie saines à leurs enfants.

Ce que nous avons entendu : Les enjeux – L'optimisation des services de soins de santé	
Les soins aux aînés pour une population vieillissante	<ul style="list-style-type: none"> • La tendance démographique vers un vieillissement de la population a des répercussions sur la viabilité de notre système actuel de santé, puisqu'il diminue de façon importante l'assiette fiscale provinciale. • Il existe des préoccupations, pour les familles et pour le système, quant aux coûts de prestation de soins de santé à notre population vieillissante. • Les aînés occupent les lits d'hôpitaux, dans l'attente de soins à domicile ou d'une admission dans un foyer de soins ou en soins palliatifs.
Les services d'urgence et d'ambulance	<ul style="list-style-type: none"> • Les temps d'attente sont trop longs dans les salles d'urgence. • Les gens sur-utilisent / abusent des salles d'urgence ou des services d'ambulance, alors que la situation n'est pas critique, parce qu'ils n'ont pas accès à un médecin et/ou à d'autres moyens de transport.
Les services d'appui en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • On doit attacher une plus grande importance et augmenter les ressources dans les services de soins de santé mentale. • On doit investir plus de temps à évaluer les besoins des patients en santé mentale.
Les autres services spécialisés qui requièrent une attention prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les maladies chroniques (traitement, prévention et contrôle) • Les soins liés au cancer • Le traitement des maladies cardiaques • Les services de gynécologie • Le nombre de lits d'hôpitaux disponibles
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque de connaissance au sujet du système de soin de santé • Un besoin d'éduquer le public sur les services de soins de santé disponibles et sur comment les accéder.

Ce que nous avons entendu : Les enjeux – Les changements systémiques que requiert un système axé sur le citoyen	
Un continuum de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Briser les silos administratifs et « dépolitiser » le système afin d'éliminer les obstacles à une continuité de soins. • Une meilleure coordination des soins/services • Une meilleure communication entre les médecins et les spécialistes, entre les institutions, et entre les médecins et les patients. • Un meilleur suivi des patients après les rendez-vous chez le médecin et les examens.
Des soins basés sur les besoins des patients	<ul style="list-style-type: none"> • On a l'impression que dans le système actuel les normes établies et le protocole suivi lors des traitements ne répondent pas aux besoins spécifiques des patients individuels : Régime de « Taille universelle ». • Besoin d'écouter davantage les patients.
Des choix en soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir plus d'options alternatives qui soient couvertes par l'assurance-maladie (ex. les naturopathes, les chiropraticiens, les sages-femmes, etc.). • Plus grande disponibilité de soins holistique.
La réforme des rôles et des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de dépendance à l'égard des médecins et plus de pouvoir de décision donné aux infirmières et praticiens de soins de santé alternatifs.
Les centres de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de centres de santé multidisciplinaires et communautaires pratiquant une approche par équipe coordonnée. • L'appui des leaders de la communauté.

2.5 Ce que nous avons entendu : les forces

La troisième et dernière discussion de groupe a exigé des participants qu'ils fassent la transition entre les enjeux/préoccupations concernant le système de santé et les forces et possibilités sur lesquelles le système peut bâtir afin de créer le genre de système de santé qu'ils désirent. Les questions des sessions de dialogue ont porté sur:

- De quoi êtes-vous le plus fier lorsque vous pensez au système de santé du Nouveau-Brunswick et à l'état général de santé des Néo-Brunswickois?
- Que faisons-nous de bien ici, au Nouveau-Brunswick?
- Quelles sont les plus grandes forces de notre système de santé?
- Sur quelles possibilités pouvons-nous nous appuyer pour créer le système de santé axé sur le citoyen que nous souhaitons?

Les participants ont discuté de ces questions deux par deux, puis ont partagé sur les faits saillants de leurs discussions avec leurs collègues autour de la table. Au cours de la séance plénière portant sur les « Forces », un porte-parole de chaque groupe a fait rapport sur au moins une des forces du système de santé qui avait été identifiée par son groupe.

Les commentaires provenant de chaque groupe de discussion par deux et de ceux du groupe et ce, dans toutes les sessions de dialogue, ont été recueillis. Ces commentaires ont été analysés afin de créer la liste suivante de forces du système de santé.

Les participants ont su reconnaître et apprécier les forces et les succès du Nouveau-Brunswick, notant avec enthousiasme que la plus grande force du système réside dans « *les gens qui font fonctionner le système* ». Ils ont également hautement apprécié le programme d'assurance-maladie de la province (et son accès universel aux soins de santé), ainsi que les nombreux services à la fine pointe de la technologie, comme le programme Extra-Mural et les Télé-Soins.

Enfin, ils ont souligné ce qu'ils considèrent comme des occasions clés d'apporter des changements et des améliorations au système de santé du Nouveau-Brunswick : la petite superficie de la province (et la taille de son système de santé); l'engagement des citoyens et des parties intéressées face aux changements, une plus grande sensibilisation et des investissements plus importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le but de réduire le fardeau du système de santé.

Ce que nous avons entendu :

Les forces - « Nos plus grandes forces...résident dans les gens qui font fonctionner le système »

- Chaleureux, attentionnés, compatissants et empathiques avec les patients.
- Compétents, bien renseignés, bien formés et qualifiés.
- Professionnels, dévoués, travailleurs acharnés.

Ce que nous avons entendu :

Les forces - « L'assurance-maladie universelle au Nouveau-Brunswick est la chose la plus précieuse que nous avons »

- Disponible pour tous.
- Accessible quand les citoyens en ont le plus besoin (priorité selon l'urgence).
- Les principaux services sont gratuits pour tous, sans égard au statut socioéconomique.

Ce que nous avons entendu :

Les forces - « Nous excellons dans plusieurs services et nous devrions en être fiers »

- Le Programme Extra-Mural qui permet aux patients de recevoir des soins de qualité à domicile.
- Télé-Soins qui offrent un accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des soins de santé à distance.
- Des techniques modernes : de l'équipement et des instruments spécialisés, des systèmes informatisés et le projet « un patient-un dossier ».
- L'accès à des services d'urgence et d'ambulance de qualité.

Ce que nous avons entendu :

Les forces - « Les occasions que nous devons saisir pour procéder à des changements »

La superficie de la province et la taille de son système de santé sont assez petites pour vraiment réaliser des changements.

Il existe une volonté de changer et d'améliorer les choses dans la province (comme le démontre en partie le présent projet) :

- Reconnaître les occasions de changement.
- « Nous pouvons faire mieux ».
- Nous sommes une province qui sait faire.

Les citoyens sont impliqués dans le système de santé et dans l'amélioration de leur santé :

- Les citoyens appuient le système de soins de santé par leur attitude et grâce à leur bénévolat.
- On trouve des forces dans les communautés ainsi qu'un sens de l'appartenance à l'égard des soins de santé.

Un engagement significatif des citoyens et des parties intéressées :

- Permettre aux citoyens de faire part de leurs commentaires sur le système de soins de santé.
- Impliquer le public dans les processus de prise de décision.
- Démontrer que le gouvernement écoute.
- Consulter les travailleurs de première ligne pour savoir ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré.

Une plus grande concentration et des investissements plus importants dans la promotion de la santé et la prévention des maladies peuvent aider à réduire le fardeau du système de santé.

2.6 En route vers la phase II : Solutions

À la fin des sessions de dialogue, les participants ont été invités à compléter un formulaire d'évaluation afin d'obtenir leurs commentaires sur le format et le contenu des sessions de dialogue et sur leur expérience en général. Les commentaires des participants ont été extrêmement positifs, comme le fait voir le Résumé des évaluations de l'**Annexe « B »**. Notons que 90 % ou plus des participants de chaque session de dialogue ont fortement été en accord ou ont été en accord pour dire qu'ils :

- Valorisent cette occasion de faire part de leurs perspectives et de leurs préoccupations;
- Ont pu acquérir une meilleure compréhension des opinions et des expériences des autres participants; et
- En ont appris beaucoup sur la santé au Nouveau-Brunswick, à partir de cette expérience.

La Phase I s'est conclue sur une invitation auprès de tous les participants à poursuivre leur travail dans la Phase II – une invitation qu'ont acceptée plus de 90 % des participants de chaque session de dialogue (la majorité de ceux qui ont décliné l'ont fait en raison d'un conflit avec leurs engagements antérieurs).

Dans la Phase II, les participants se pencheront sur l'avenir afin de préciser davantage leur vision du genre de système de santé qu'ils souhaitent avoir et d'identifier les solutions possibles aux défis qui ont été identifiés lors de la Phase I.

De façon plus précise, la Phase II visera à :

- Valider et établir des priorités concernant les conclusions de la Phase I (ex., les thèmes clés qui sont ressortis au niveau provincial, en ce qui a trait à ce que les citoyens valorisent le plus dans un système de santé idéal, aux enjeux prioritaires auxquels ils estiment qu'il faut se pencher et aux forces clés du système de santé); et
- Obtenir des commentaires sur les façons clés par lesquelles le système de santé et les individus peuvent promouvoir une meilleure santé de la population au Nouveau-Brunswick.

“I’ve learned a lot regarding the health-care system because my table was so well diverse.”

Un participant de Moncton

“J’ai bien aimé comme gestionnaire avoir la possibilité de dialoguer avec les citoyens.”

Un participant de Bathurst

“Profitable et j’espère qu’on fera le suivi qui s’impose afin d’en informer la population et régler les défis du système.”

Un participant d’Edmundston

“Feeling of hopefulness that with citizen’s engagement we will be prepared better to address the issues of Health Care system having a “user” focus solutions.”

Un participant de Saint John

3.0 CE QUE VOUS NOUS AVEZ DEMANDÉ

Lors de la Phase I, le CSNB a présenté de l'information générale sur le système de soins de santé au Nouveau-Brunswick. De plus, il a brièvement touché sur les coûts ainsi que certains défis qu'envisage le système. Par la suite, les participants ont demandé plus de précisions quant aux informations reliées au système de soins de santé afin de mieux comprendre les coûts associés à la livraison de soins et aussi, de mieux connaître la disponibilité des services de soins.

C'est avec plaisir que le CSNB vous offre les informations qui suivent :

3.1 Qu'est-ce qu'un système de santé public ?

Au cours des années 1960, la *Loi canadienne sur la santé*¹ a été créée. Son premier objectif est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. » Lorsqu'on parle de ce type de système, les termes « soins de santé universels » ou « couverture universelle » sont couramment utilisés.

Cette loi a été créée afin que tous les Canadiens et Canadiennes puissent obtenir des soins de santé par rapport à leurs **besoins médicalement nécessaires**. À cette époque, c'était ce qui était le plus important pour la population canadienne.

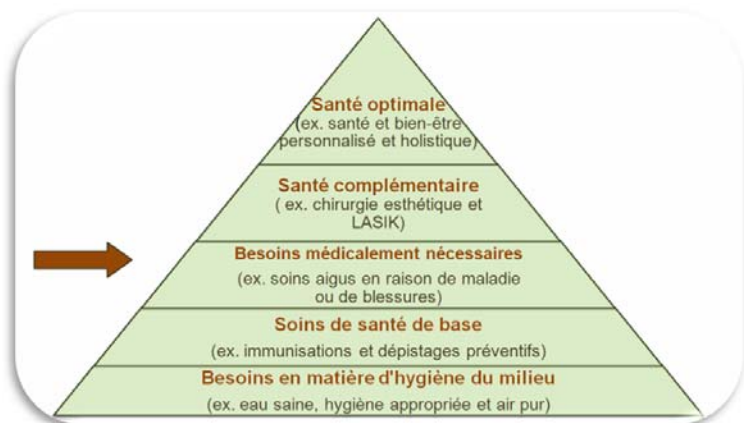


Tableau 21 : Hiérarchie des besoins de la santé²

Lorsque la *Loi canadienne sur la santé* a été introduite, les principaux soins de santé étaient assurés par des médecins et dans des hôpitaux. Au fil du temps, les soins de santé ont évolués, tout comme l'ont fait les paiements assurés par les fonds publics tels que prescrits dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les programmes et services couverts ont évolués depuis les années 1960 pour inclure des soins à domicile, des soins de longue durée, de nouvelles catégories de professionnels de la santé, des approches d'équipes multidisciplinaires et une plus grande couverture quant à l'utilisation des médicaments et une variété de thérapies alternatives. En conséquence, la demande des services de soins de santé a changé de simplement maintenir la vie et rétablir les fonctions humaines de base à plutôt maintenir un style de vie et augmenter le rendement de la personne².

Nous avons atteint un point important en soins de santé :

Comment assurer la viabilité des soins de santé tout en offrant les programmes et services qui répondent aux besoins de chacun?



3.2 Nouveau-Brunswick : du passé au présent

Le Nouveau-Brunswick a connu des changements dans les dernières années en ce qui concerne les coûts du Ministère de la santé, les conditions médicales de la population, les besoins en soins de santé et les comportements liés à la santé.

	AVANT (1996)	MAINTENANT (2006)
Population (information provenant du recensement) ³	738 133	729 997

	AVANT (1994-1995)	MAINTENANT (2008)
Coût du Ministère de la santé	1,28 \$ milliards ⁴	2,45 \$ milliards ⁵

Certaines conditions médicales ⁵	AVANT (1994-1995)	MAINTENANT (2008)
Nombre de personnes souffrant de haute pression	73 813	140 889
Nombre de personnes souffrant de diabète	23 620	56 940
Nombre de personnes qui sont obèses*	126 959	171 549

**L'obésité est une condition médicale où l'excès de gras corporel peut entraîner des effets néfastes sur la santé, tels que la limitation d'activités et des blessures d'entorses répétitives (pouvant nécessiter des chirurgies de remplacement du genou ou de la hanche, pour ne nommer que celles-là).*

Certaines exigences médicales ⁷	AVANT (1994-1995)	MAINTENANT (2007-2008)
Nombre de remplacement de genou	403	979
Nombre de remplacement de hanche	417	588

Certains comportements liés à la santé ⁶	AVANT (1994-1995)	MAINTENANT (2008)
Nombre de personnes qui fument	222 178	170 089
Nombre de personnes qui consomment au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	135 078	141 619
Nombre de personnes qui font de l'activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	278 276	354 049
	AVANT (2000-2001)	MAINTENANT (2008)
Nombre de personnes qui consomment des fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	229 559	283 239

3.3 Quel est le COÛT des soins de santé?



Au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2009, le *gouvernement du Nouveau-Brunswick* a consacré 7,3 milliards de dollars⁵ pour livrer des services publics aux citoyens. De ce montant, le Ministère de la s

anté a consacré **2,45 milliards** aux *soins de santé*. En y ajoutant les soins à domicile, les soins de longue durée (Ministère du Développement social) et la section du mieux-être (Ministère du Mieux-Être, Culture et Sport), les dépenses totales du système de santé étaient **2,9**


milliards de dollars.

Les dépenses en santé au Nouveau-Brunswick par secteurs de soins sont^{5, 8}

SANTÉ PRIMAIRE	SOINS AIGUS	DE SOUTIEN / SPÉCIALITÉ D'APPOINT	SOINS PALLIATIFS
<p>sont les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie, des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.</p> <p><i>Voici quelques programmes et services en santé primaire : la Santé publique, les services ambulanciers, les centres de santé communautaire, les médecins de famille, les salles d'urgence et la division du mieux-être.</i></p>	<p>comprend les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.</p> <p><i>Voici quelques programmes et services en soins aigus : les services hospitaliers, le programme des soins de santé cardiaque, les soins ambulatoires, le service d'approvisionnement en organes et tissus, les initiatives de Soins de santé plus sécuritaires maintenant et, les établissements psychiatriques.</i></p>	<p>sont les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.</p> <p><i>Voici quelques programmes et services du secteur de soutien/spécialité d'appoint : les programmes communautaires de santé mentale, le Programme Extra-Mural, les services de réhabilitation (Centre de réadaptation Stan Cassidy), les services de toxicomanie, le Développement social – soins de longue durée, etc.</i></p>	<p>sont les soins offerts aux personnes qui souffrent d'une maladie mortelle. Des soins et un appui physique, émotionnel et spirituel sont donnés aux patients et à leurs familles.</p> <p><i>La plupart des programmes et services de soins palliatifs sont offerts soit à l'hôpital (soins aigus) ou par l'entremise du Programme Extra-Mural.</i></p>
<p>TOTAL DES COÛTS CLINIQUES ET NON-CLINIQUES</p> <p>322 516 685 \$ 11,1 %</p>	<p>TOTAL DES COÛTS CLINIQUES ET NON-CLINIQUES</p> <p>1,573 968 608 \$ 54,2 %</p>	<p>TOTAL DES COÛTS CLINIQUES ET NON-CLINIQUES</p> <p>574 511 597 \$ 19,8 %</p>	
<p>Salaires qui n'ont pas encore été divisés par secteurs</p> <p>311 251 603 \$ 10,7 %</p>			
<p>TOTAL DES COÛTS ADMINISTRATIFS ET CAPITALS (Ministère de la santé)</p> <p>120 621 440 \$ 4,2 %</p>			

- Les coûts d'Ambulance Nouveau-Brunswick sont inclus dans la santé primaire.
- Les coûts de FacilicorpNB sont inclus dans la santé primaire, les soins aigus et les soins de soutien/spécialité.
- Les coûts du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick sont inclus dans les coûts administratifs et capitaux.

3.4 Mesurer l'ÉQUITÉ dans population néo-brunswickoise



L'équité c'est offrir des soins ou services de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances.
Voici quelques mesures comparant les régions URBAINES et RURALES (voir définition ici-bas) ainsi que l'ANGLAIS et le FRANÇAIS comme langue parlée le plus souvent à la maison.

Mesure d'équité pour la santé de la population Néo-Brunswickoise⁹

	Urbain	Rural	Anglais	Français
État de la santé de la population				
Se croient en très bonne ou en excellente santé	57 %	52 %	57 %*	49 %*
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	72 %	70 %	72 %*	68 %*
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	14 %	13 %	14 %*	12 %*
Soins de santé – représentent 10% des déterminants de la santé				
A un médecin régulier	90 %	93 %	91 %	92 %
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	77 %	77 %	77 %	77 %
Comportements liés à la santé – représentent 40% des déterminants de la santé				
Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	48 %	45 %	47 %	45 %
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	40 %	37 %	36 %*	44 %*
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	21 %*	24 %*	23 %*	21 %*
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	20 %	19 %	18 %*	22 %*
Se croient à un niveau de stress élevé	19 %	19 %	18 %*	21 %*
Fume, tous les jours ou à l'occasion	22 %	25 %	24 %	22 %
Facteurs socioéconomiques – représentent 40% des déterminants de la santé				
Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	17 %*	26 %*	18 %*	30 %*
Faible revenu	38 %*	43 %*	40 %*	43 %*
Environnement physique – représente 10% des déterminants de la santé				
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	67 %*	71 %*	70 %*	65 %*

* Pour ces indicateurs, les différences entre les réponses au sondage (anglais/français et urbain/rural) sont significatives statistiquement.

-L'analyse entière est basée sur un échantillon pondéré tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007-2008).
-Environ 96 % des personnes ayant indiqué qu'ils parlent une langue spécifique à la maison ont répondu au sondage dans cette langue.

En termes généraux, une population **URBAINE** signifie beaucoup de personnes vivant proches l'une de l'autre alors qu'une population **RURALE** signifie des personnes qui vivent dans une région où les résidences sont plus éloignées les unes des autres.

Au Nouveau-Brunswick, selon les définitions de Statistique Canada¹⁰, 51 % de la population est urbaine⁸ (cela inclut les plus grands et les plus petits centres urbains) :

- *Les plus grands centres urbains* sont Moncton (et les régions environnantes) et Saint John (et les régions environnantes) avec une population de plus de 100 000 personnes chacune.
- Parmi les *plus petits centres urbains*, il y a Tracadie-Sheila, Oromocto, Shediac et Sackville, pour n'en nommer que quelques uns. Dans ces centres, la densité de la population est de plus de 400 personnes par kilomètre carré.

Le reste de la population néo-brunswickoise, soit 49 %, est considérée rurale, dont Rogersville, Saint-Leonard et Dalhousie, par exemple.

3.5 Mesurer l'ACCESSIBILITÉ au sein du système de santé du Nouveau-Brunswick¹¹.

- ◆ Meilleur que la moyenne nationale ou au point repère national
- Comparable à la moyenne nationale ou au point repère national
- Moins bon que la moyenne nationale ou au point repère national

SANTÉ PRIMAIRE

Les soins qu'une personne reçoit dès les premier contact avec le système de santé, avant d'être référé ailleurs dans le système.



- Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois
- ◆ A un médecin régulier
- ◆ Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi
- Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur
- Médecins de famille et omnipraticiens qui fournissent des heures de bureau supplémentaires régulièrement
- Consultation de spécialistes de soins dentaires au cours des 12 derniers mois
- Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt

SOINS AIGUS

Soins basés dans les hôpitaux.



- ◆ Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (chirurgie pratiquée le jour même ou le lendemain)
- Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche -non urgente (en moins de 26 semaines)
- Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement du genou (en moins de 26 semaines)
- Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte pour les patients présentant un risque élevé (en moins de 16 semaines)
- Temps d'attente pour des chirurgies pontages coronariens – 1^{er} degré (en moins de 2 semaines)
- ◆ Temps d'attente pour traitement en radiothérapie (en moins de 28 jours)

DE SOUTIEN / SPÉCIALITÉ D'APPOINT

Soins ambulatoires ou reçus dans la communauté.



- ◆ Médecin de famille et omnipraticien ayant accès à un psychiatre pour leurs patients (% bonne, très bonne, ou excellente)
- Temps d'attente pour des tests diagnostiques : imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogrammes (TDM), angiographie(en moins d'un mois)
- ◆ Résidents âgés d'au moins 75 ans ayant accès à un lit de soins de longue durée
- Temps d'attente pour visites chez un spécialiste pour un nouveau problème de santé (en moins d'un mois)

3.6 Mieux-être, culture et sport

Le mieux-être est important pour la qualité de vie non seulement des particuliers, mais aussi des familles, des collectivités et de la province. Quand on parle d'améliorer le mieux-être, cela signifie souvent avoir une meilleure alimentation, faire de l'activité physique, vivre dans un milieu sans tabac et avoir une bonne santé mentale et de la



résilience. Appuyer des efforts de mieux-être signifie que chaque personne est responsable de faire des choix santé mais il est aussi très important que l'environnement dans lequel nous vivons, apprenons, travaillons et jouons nous permet de faire ces choix de façon facile. De nombreux programmes existent dans notre province visant à améliorer notre mieux-être. Ils prennent diverses formes, dont par exemple ;

- Il existe neuf (9) sites de démonstration de réseaux de mieux-être au Nouveau-Brunswick encadré par la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick. Ces réseaux de mieux-être sont soit des groupes de personnes formels ou informels qui travaillent ensemble sur une question de mieux-être dans leur collectivité, région ou organisation.
- Des initiatives de mieux-être dans les collectivités existent dans toutes les régions de la province. Le ministère du Mieux-être, Culture et Sport procède actuellement au portrait de toutes les initiatives de mieux-être et de mobilisation dans les collectivités de la province. (La carte régionale donne un aperçu des activités par région.) Une base de données en ligne offrira également des renseignements permanents qui permettront aux collectivités de partager et d'apprendre les unes des autres.
- La Direction des opérations régionales et du développement communautaire (Ministère du Mieux-être, Culture et Sport) fournit un leadership et des ressources aux communautés par l'entremise de huit bureaux régionaux. L'objectif est de favoriser un réseau d'organismes locaux et régionaux autonomes capables d'offrir des possibilités de participer à des activités sportives, de loisirs et d'activités physiques.
- Un projet pilote de bureau régional du mieux-être a été lancé dans la Péninsule acadienne pour offrir du leadership et des ressources liées au mieux-être.

Pour en savoir plus sur le ministère du Mieux-être, Culture et Sport, consultez le www.gnb.ca/mieux-etre ou nous rejoindre au (506) 453-4217.

(Pour les renseignements régionaux, veuillez consulter la carte régionale : <http://www.gnb.ca/0131/PDF/R/MECSDirectionRegionales.pdf>)

3.7 Tele-Soins 811

Le Nouveau-Brunswick fut la première province canadienne à instauré le service de triage téléphonique en 1997. Les autres provinces n'ont pas tardé à instaurer leurs services également.



Puisque les temps d'attente à l'urgence sont longs et que des rendez-vous pour voir un médecin sont limités à des heures de bureau régulières, les patients/clients recherchent d'autres moyens d'accéder à des soins de santé.

Les services de conseil par appel téléphonique, tel que Télés-Soins, gagnent de la popularité comme moyen d'accéder à de l'information et des conseils en matière de soins de santé, sans avoir à se rendre à un établissement ou de chercher sur internet.

En 2009, Télés-Soins a répondu à 65000 appels. Ceci représente 1/5 des ménages néo-brunswickois. Une grande partie de ces appels provenait de nouveaux parents (33 %) et de personnes âgées (15 %).

Le nouveau numéro de Télés-Soins, le 811, est un numéro réservé aux soins de santé et est utilisé à travers le Canada.

Si vous éprouvez de la difficulté à accéder à des soins ou à reconnaître quels types de symptômes s'avèrent normaux ou qui ne le sont pas, téléphonez Télés-Soins au 811.

3.8 Services disponibles au Nouveau-Brunswick :

Zone	Information démographique ¹⁰				Information de soins de santé ¹³					
	Population totale	% de la population avec l'ANGLAIS comme langue le plus souvent parlé à la maison	% de la population avec le FRANÇAIS comme langue le plus souvent parlé à la maison	Âge médian	# de centres de santé communautaires	# de centres de services de santé	# de centres de services de santé des premières nations	# de centres de santé mentale communautaires	# bureau santé publique	# services de traitement des dépendances
1	191 860	61 %	37 %	41.2	1	5	4	4	4	1
2	169 765	97 %	1 %	41.0	1	4	0	5	5	1
3	165 725	94 %	3 %	39.6	4	7	5	3	7	1
4	50 095	8 %	91 %	43.0	0	2	1	3	3	1
5	27 755	47 %	51 %	45.3	1	1	1	1	2	1
6	78 950	16 %	82 %	44.2	2	5	1	4	4	2
7	45 850	73 %	24 %	42.2	0	4	3	1	2	1
NB	729 997	69 %	29 %	41.5	9	28	15	21	27	9

Les **centres de santé communautaires (CSC)** offrent des services dans les domaines suivants : les soins de santé primaires, la prévention des maladies et des blessures, la gestion des maladies chroniques et le développement communautaire. Un modèle intégré de promotion de la santé de la population est utilisé par une équipe multidisciplinaire de fournisseurs de santé.

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

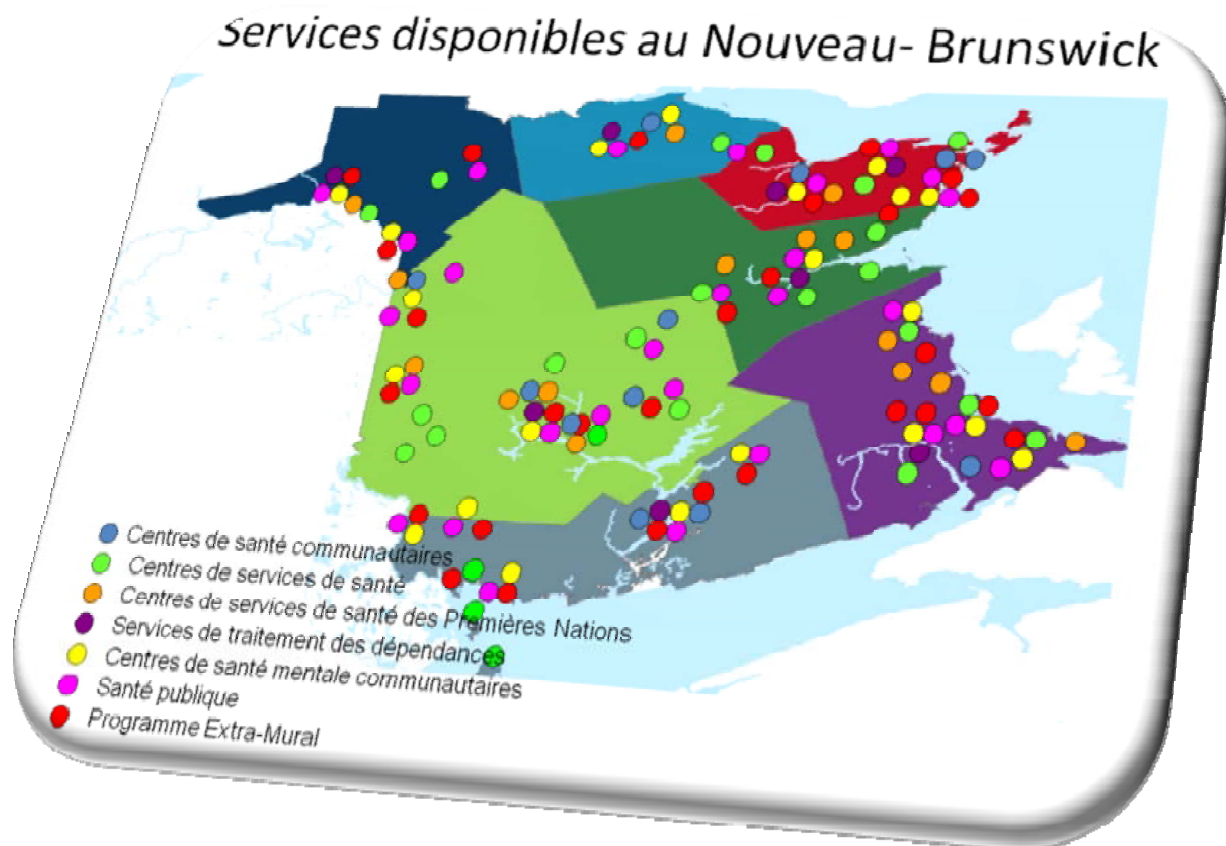
Les **centres de services de santé** offrent un soutien infirmier et administratif aux médecins rémunérés à l'acte travaillant dans leurs cabinets.

Centres de santé mentale communautaires : Offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de post service à la population néo-brunswickoise. Les services d'intervention d'urgence sont aussi disponibles.

Santé publique : A pour mission de promouvoir, de préserver et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Services de traitement des dépendances : Vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Programme Extra-Mural : dispense une gamme complète de services de soins à domicile aux Néo-Brunswickois dans leur foyer ou dans leur collectivité. Les services professionnels du Programme extra-mural comprennent l'évaluation, l'intervention (qui inclut traitement, consultation, éducation), de même que la planification et la coordination des services.



3.9 Services d'ambulance¹⁴

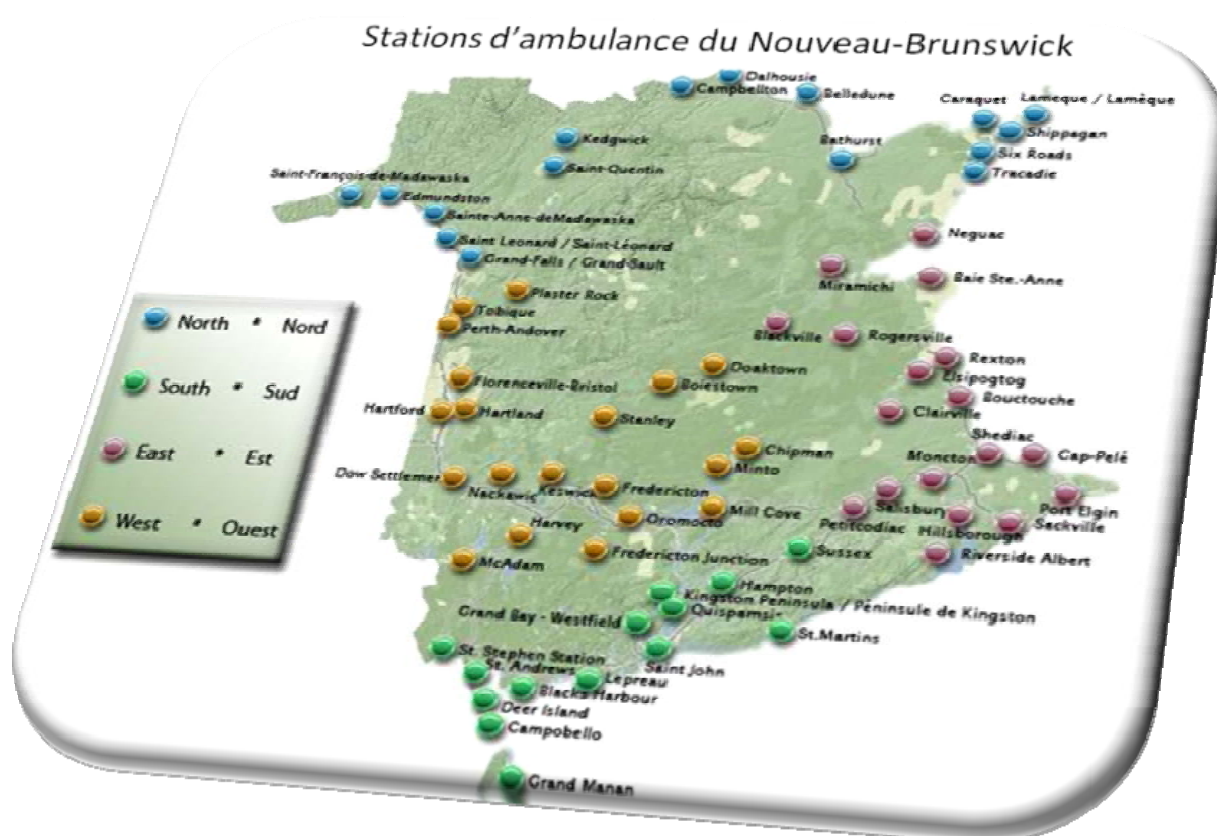
Le rôle d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) est de fournir, à l'échelle provinciale, des services d'ambulance étendus aux citoyens, habitants et visiteurs du Nouveau-Brunswick (ces services comprennent les services d'ambulance terrestre et aérienne conformément aux lois provinciales et aux directives applicables).

Les répartiteurs du transport médical se trouvent au bureau de Moncton, et s'occupent de la répartition de toutes les ambulances dans la province. Ils coordonnent tous les appels 911, ainsi que les transferts entre les établissements comme les hôpitaux et les foyers de soins.

ANB emploie actuellement 900 professionnels en tant que travailleurs paramédicaux, répartiteurs du transport médical et personnel infirmier de vol.

Il y a 134 ambulances qui desservent activement la province. Les stations et postes se trouvent à des emplacements stratégiques partout au Nouveau-Brunswick. Les travailleurs paramédicaux comptent tous le même niveau de formation, ce qui leur permet de fournir les mêmes soins partout dans la province.

Si vous avez besoin d'une ambulance, appeler le 911.



3.10 Visites à la salle d'urgence¹⁵

Quand vous vous rendez dans une salle d'urgence, l'infirmière ou l'infirmier de triage vous assigne un niveau de triage qui est déterminé selon votre besoin médical.



Niveau de triage 1 – Réanimation – Des conditions qui menacent la vie ou la survie d'un membre, exigeant une intervention agressive et immédiate (ex. traumatismes importants ou absence de signes vitaux, etc.).

Niveau de triage 2 – Très urgent – Conditions qui représentent une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction qui demandent une intervention médicale rapide (ex. de multiples traumatismes avec traumatisme crânien, une surdose, etc.).

Niveau de triage 3 – Urgent – Conditions pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème nécessitant une intervention urgente. Peut être associé avec un malaise assez prononcé ou affecter la capacité de fonctionner au travail et dans la vie quotidienne (ex. un traumatisme modéré, l'asthme, des douleurs intenses, etc.).

Niveau de triage 4 – Moins urgent – Conditions qui sont reliées à l'âge du patient, une détresse, le potentiel de détérioration ou de complication qui pourraient bénéficier d'une intervention ou de conseils (ex. des maux de tête, des douleurs dorsales chroniques, des corps étrangers, etc.).

Niveau de triage 5 – Non urgent – Conditions aiguës mais non urgentes ou pouvant relever d'un problème chronique avec ou sans signes de détérioration. Les examens ou les interventions pour ce genre de maladies ou de blessures peuvent être remises à plus tard et même parfois référés à d'autres secteurs dans l'hôpital ou dans le système de soins de santé (ex. les rhumes, les maux de dents et de tête, les bosses et les ecchymoses, les éruptions cutanées, etc.).

Saviez-vous que...

Au Nouveau-Brunswick – les niveaux de triage 4 et 5 représentent environ 66 % de toutes les visites à l'urgence⁸.

Parfois, lorsque le problème est moins urgent ou non urgent, on peut contribuer à réduire le temps d'attente dans les salles d'urgences en faisant appel à l'un ou l'autre des services suivants :

- La ligne d'information Télé-Soins- 811
- Un médecin de famille
- Un centre de santé communautaire
- Un centre de services de santé
- Une clinique sans rendez-vous
- Services de traitement des dépendances
- Un centre de santé mentale communautaire
- D'autres pratiques alternatives de soins de santé (par ex., la physiothérapie, la chiropratique, la massothérapie, etc.).

Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. – Établir une vision commune en santé

3.11 Hôpitaux¹³

Les services aux patients peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les soins aigus, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires, en clinique externe, les services d'urgence, laboratoire médical, l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques.

Établissement de soins aigus*	Nombre maximum de lits	Régie régionale de la santé
Zone 1 – Moncton / Sud-Est		
Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	302	Régie régionale de la santé A
Hôpital Stella-Maris-de-Kent	20	Régie régionale de la santé A
Hôpital de Moncton	381	Réseau de santé Horizon
Hôpital mémorial de Sackville	21	Réseau de santé Horizon
Zone 2 – Région de Fundy / Saint Jean		
Hôpital régional de Saint John	503	Réseau de santé Horizon
Hôpital St. Joseph	62	Réseau de santé Horizon
Hôpital du comté de Charlotte	44	Réseau de santé Horizon
Centre de Santé de Sussex	25	Réseau de santé Horizon
Hôpital de Grand Manan	10	Réseau de santé Horizon
Zone 3 – Fredericton / Vallée de la rivière Saint-Jean		
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	314	Réseau de santé Horizon
Hôpital public d'Oromocto	45	Réseau de santé Horizon
Hôtel-Dieu St. Joseph	15	Réseau de santé Horizon
Hôpital du Haut de la Vallée	70	Réseau de santé Horizon
Zone 4 – Madawaska / Nord-Ouest		
Hôpital régional d'Edmundston	169	Régie régionale de la santé A
Hôpital général de Grand-Sault	20	Régie régionale de la santé A
Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	6	Régie régionale de la santé A
Zone 5 – Restigouche		
Hôpital Régional de Campbellton	146	Régie régionale de la santé A
Centre de santé communautaire St. Joseph	4	Régie régionale de la santé A
Zone 6 – Bathurst / Péninsule acadienne		
Hôpital régional Chaleur	215	Régie régionale de la santé A
Hôpital de Tracadie-Sheila	59	Régie régionale de la santé A
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†	4	Régie régionale de la santé A
Hôpital de Lamèque	12	Régie régionale de la santé A
Zone 7 – Miramichi		
Hôpital régional de Miramichi	136	Réseau de santé Horizon
Établissement de réadaptation		
Centre de réadaptation Stan Cassidy	20	Réseau de santé Horizon
Établissement de psychiatrie		
Centre Hospitalier Restigouche (Campbellton)	175	Régie régionale de la santé A
Centracare (Saint Jean)	50	Réseau de santé Horizon
Nombre de lits - Régie régionale de la santé A	1007	--
Nombre de lits - Réseau de santé Horizon	1821	--
Nombre de lits pour la province	2828	

* Cette liste exclut les moisées (bassinets), les lits pour anciens combattants et toxicomanes, les civières et les lits d'observation dans les salles d'urgences. La liste inclut les lits de soins actifs, de maladies chroniques, de réhabilitation et de psychiatrie dans les établissements de soins actifs.

3.12 Foyers de soins spéciaux et foyers de soins

Qu'est ce qu'un foyer de soins spéciaux¹⁴?

Un foyer de soins spéciaux offre des services de base aux personnes qui nécessitent un peu plus d'aide. Certains foyers accueillent de 2 à 6 personnes alors que d'autres peuvent en accueillir jusqu'à 60. Quelques foyers de soins spéciaux sont autorisés à offrir des services améliorés à ceux et celles qui ont besoin d'un peu plus de soins, pourvu qu'il ne s'agisse pas de soins infirmiers réguliers (normalement, il s'agit de personnes souffrant de démence). On compte environ 161 lits améliorés dans les foyers de soins spéciaux.



Le Nouveau-Brunswick compte 435 foyers de soins spéciaux qui offrent des services à environ 5 000 résidents.

Comment faire pour avoir une place dans un foyer de soins spéciaux?

Les Néo-Brunswickois peuvent obtenir une place dans un foyer de soins spéciaux sans avoir recours au Ministère du Développement social. De nombreuses personnes le font si elles n'ont pas besoin d'une subvention. Cependant, si un résident potentiel est incapable de déboursier tous les frais pour vivre dans un *foyer de soins spéciaux*, il doit soumettre une demande au Ministère du Développement social afin qu'un travailleur social débute le processus d'évaluation et que l'admission dans un foyer de soins spéciaux soit approuvée. Un résident peut s'attendre à déboursier environ 74 \$ par jour.

Le processus d'évaluation peut prendre un certain temps à compléter car tout dépend de la situation individuelle de chacun. L'exploitant du foyer de soins spéciaux, les employés du Ministère du Développement social, le médecin, le travailleur social de l'hôpital et le personnel du Programme Extra-Mural peuvent tous vous être utiles dans le cadre de l'évaluation.

Qu'est-ce qu'un foyer de soins ?

Les services offerts dans les foyers de soins sont destinés aux personnes stables sur le plan médical, qui ont besoin de soins infirmiers. Ces services sont axés sur l'indépendance physique, sociale et psychologique des résidents. Ils comprennent les soins et le soutien aux résidents, les installations, l'entretien et l'administration générale.

On compte 63 foyers de soins, comprenant un total de plus de 4 100 lits.

Comment accéder à un lit de foyer de soins ?

Le procédé est très similaire à celui d'un foyer de soins spéciaux. La décision d'aller dans un foyer de soins est une décision prise volontairement. Pour être admis, vous devez accepter d'être évalué. Nul ne peut obliger une personne lucide à subir cette évaluation ou à aller vivre dans un foyer de soins.

Depuis le 1^{er} mai 2009, il en coûte au plus 83\$ par jour pour vivre dans un foyer de soins. Ce montant peut être ajusté de temps à autre.

L'admission dans un foyer de soins n'est qu'une possibilité parmi d'autres. Le Ministère du Développement social offre toute une gamme de services de soins de longue durée à l'intention des personnes âgées et des adultes handicapés qui ont besoin d'aide. Ces services comprennent des soins personnels, ainsi que des services sociaux et en santé mentale et physique.

Pour en savoir davantage, communiquez avec le ministère du Développement social

1-800-442-9799

RÉFÉRENCES :

- 1 – Gouvernement du Canada, *Chapitre C-6 Loi canadienne sur la santé* (Canada, R.S., 1985), [en ligne], <<http://laws.justice.gc.ca/fra/C-6/index.html>>.
- 2 – N. Stuart, J. Adams, 'The Sustainability of Canada's Healthcare System: A Framework for Advancing the Debate' *Healthcare Quarterly* 10, 2 (2007) pp.96-103.
- 3 - Statistique Canada, *Recensement du Canada de 1996 - Chiffres de population et des logements* (1996), [en ligne], de <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/970415/dq970415-fra.htm>>.
- 4 – Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *États financiers des comptes publics du Nouveau-Brunswick Volume 1 États financiers Comptes publics pour l'exercice terminé le 31 mars 1995* (NB, 1995), [en ligne], de <<http://www.gnb.ca/0087/PubAcct/PA95v1f.pdf>>.
- 5 – Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *États financiers des comptes publics du Nouveau-Brunswick pour l'exercice terminé le 31 mars 2009* (NB, 2009), [en ligne], de <<http://www.gnb.ca/0087/PubAcct/PA95v1f.pdf>>.
- 6 – Statistique Canada, *Indicateurs de la santé, catalogue 82-221-XWF* (2009), [en ligne], de <<http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-221-X&lang=fra>>.
- 7 – Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière*, [en ligne], de <http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_hmdb_f>.
- 8 – Combinaison du Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel des services hospitaliers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009* (NB, 2009), ainsi que le *rapport annuel du ministère de la santé 2008-2009*(NB, 2009).
- 9– Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de microdonnées à grande diffusion* (2007-2008).
- 10 – Statistique Canada, *Le catalogue en ligne 92-591-XWF* (2006), [en ligne], de <<http://www.statcan.gc.ca>>.
- 11 – Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2010*, (2010)[en ligne], de <http://www.nbhc.ca/experience_soins.cfm>.
- 12 – Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Tele-Care 811*, [en ligne], de <<http://www.gnb.ca/0217/Tele-Care-f.asp>>.
- 13 - Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick*.
- 14 - Groupe d'entreprises de SMU Medavie, *Ambulance Nouveau-Brunswick*, [en ligne], de <<http://www.ambulancenb.ca>>.
- 15 - Association canadienne des médecins d'urgence, *Guidelines for the Canadian ED triage and acuity scale (CTAS)* [en ligne – en anglais seulement], de <<http://www.caep.ca/template.asp?id=98758372CC0F45FB826FFF49812638DD#Level1>>.

ANNEXE “A” : CSNB – Les six (6) dimensions de la qualité

Les six (6) dimensions de la qualité	
Accessibilité Prodiguer des soins en un temps opportuns	La capacité des patients / clients d’obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix.
Justesse Offrir des services pertinents	Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient / client et sont basés sur des normes établies.
Efficacité Faire ce qu’il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles	Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.
Rendement Utiliser les ressources le plus adéquatement possible	Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable
Équité Viser l’équité des soins et des services pour tous	Offrir des soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l’origine nationale, la langue, l’âge, l’incapacité mentale, l’état matrimonial, la situation familiale, l’orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l’activité politiques.
Sécurité Assurer la sécurité des gens	Les risques éventuels d’une intervention ou de l’environnement sont évités ou minimisés.

ANNEXE “B” : Phase I – Sommaire des évaluations des participants

Moncton – Phase I – Le samedi 13 mars 2010

1. Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficace.	75,3 %	23,4 %		1,4 %	
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	56,9 %	40,5 %	2,6 %		
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	66,7 %	26,9 %	3,8 %	2,6 %	
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	78,2 %	19,2 %	1,3 %		1,3 %

2. Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le guide de conversation offrait des renseignements pertinents.	46,8 %	49,4 %	2,6%	1.2%	
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	43,6 %	50,0 %	5,1%	1.3%	
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces / défis du système de soins de santé.	44,7 %	50,0 %	3,9%	1.4%	
Le guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. Pas applicable pour la session de Moncton.	37,2 %	47,4 %	7,7%	1,3 %	

3. Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
J'apprécie l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	70,8 %	20,8 %		1,4 %	
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	68,6 %	30,0 %		1,4 %	
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B..	46,5 %	40,3 %	9,8 %	1,4 %	

4. Allez-vous participer au prochain dialogue de la Phase II?	Oui	Peut-être	Non
À Moncton le samedi 24 avril 2010	93,0 %	4,2 %	2,8 %

Bathurst – Phase I – Le samedi 20 mars 2010

1. Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficace.	73,0 %	27,0 %			
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	68,6 %	25,4 %	6,0 %		
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	67,0 %	23,4 %	8,0 %	1,6 %	
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	85,5 %	14,5 %			

2. Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le guide de conversation offrait des renseignements pertinents.	49,2 %	47,6 %	3,2 %		
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	54,6 %	39,1 %	6,3 %		
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces / défis du système de soins de santé.	67,0 %	23,4 %	8,0 %	1,6 %	
Le guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. Pas applicable pour la session de Moncton.	85,5 %	14,5 %			

3. Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
J'apprécie l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	71,6 %	28,4 %			
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	60,6 %	39,4 %			
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B..	37,5 %	51,8 %	10,7 %		

4. Allez-vous participer au prochain dialogue de la Phase II?	Oui	Peut-être	Non
À Bathurst le samedi 1er mai 2010	95,2 %	3,2 %	1,6 %

Edmundston – Phase I – Le samedi 27 mars 2010

1. Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficace.	83,6 %	14,6 %	1,8 %		
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	82,8 %	15,5 %	1,7 %		
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	71,7 %	20,0 %	8,3 %		
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	91,4 %	8,6 %			

2. Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le guide de conversation offrait des renseignements pertinents.	67,8 %	32,2 %			
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	70,7 %	24,2 %	1,7 %	3,4 %	
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces / défis du système de soins de santé.	69,0 %	27,6 %	3,4 %		
Le guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. Pas applicable pour la session de Moncton.	60,3 %	32,7 %	5,2 %	1,8 %	

3. Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
J'apprécie l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	88,3 %	11,7 %			
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	74,6 %	23,7 %	1,7 %		
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B..	69,5 %	20,3 %	6,8 %	1,7 %	1,7 %

4. Allez-vous participer au prochain dialogue de la Phase II?	Oui	Peut-être	Non
À Edmundston le samedi 15 mai 2010	88,5 %	8,2 %	3,3 %

Saint John – Phase I – Le samedi 10 avril 2010

1. Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficace.	79,2 %	19,8 %	1,0 %		
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	64,4 %	34,6 %	1,0 %		
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	71,3 %	28,7 %			
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	80,2 %	18,8 %			

2. Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le guide de conversation offrait des renseignements pertinents.	55,4 %	44,6 %			
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	52,6 %	43,3 %	4,1 %		
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces / défis du système de soins de santé.	50,5 %	47,4 %		2,1 %	
Le guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. Pas applicable pour la session de Moncton.	44,9 %	53,6 %	1,3 %	1,3 %	

3. Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
J'apprécie l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	82,8 %	17,2 %			
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	73,4 %	25,5 %	1,1 %		
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B..	54,7 %	41,8 %	3,5 %		

4. Allez-vous participer au prochain dialogue de la Phase II?	Oui	Peut-être	Non
À Saint John le samedi 29 mai 2010	94,3 %	2,3 %	3,4 %

CSNB Phase I: Sommaire provincial des évaluations des participants

1. Format du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Les animateurs étaient efficace.	77,7 %	21,3 %	0,7 %	0,3 %	
Les présentations du CSNB étaient éducatives et ont été utiles.	66,9 %	30,5 %	2,6 %		
Il y avait une bonne variété de participants à ma table.	70,0 %	25,7 %	4,3 %		
Le vote par clavier numérique offrait une bonne idée des perspectives des participants.	83,5 %	16,2 %	0,3 %		

2. Contenu du dialogue	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
Le guide de conversation offrait des renseignements pertinents.	54,4 %	44,0 %	1,3 %	0,3 %	
Le programme du dialogue ciblait les thèmes appropriés.	54,2 %	40,4 %	4,4 %	1,0 %	
Il y a eu assez de temps pour avoir une discussion éclairée sur les forces / défis du système de soins de santé.	51,2 %	43,3 %	4,5 %	1,0 %	
Le guide de conversation du participant m'a permis d'offrir des opinions mieux informées dans le cadre de cette conversation. Pas applicable pour la session de Moncton.	51,2 %	41,6 %	6,2 %	1,0 %	

3. Votre expérience	Complètement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	En désaccord complet
J'apprécie l'occasion qui m'a été donnée d'offrir mes perspectives et mes inquiétudes.	78,5 %	21,2 %		0,3 %	
J'ai mieux compris les points de vue et les expériences des autres participants.	69,9 %	29,3 %	0,8 %		
En participant à ce dialogue, j'ai beaucoup appris sur la santé au N.-B..	53,2 %	40,0 %	6,0 %	0,8 %	

4. Allez-vous participer au prochain dialogue de la Phase II?	Oui	Peut-être	Non
Participation à la Phase II	93,0 %	4,5 %	2,5 %

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick tient à remercier tous les participants pour leur temps et l'énergie qu'ils y ont investis, pour le sérieux de leur engagement et la réflexion qu'ils ont apportée à leur contribution.

Un merci particulier aux Ministère de la Santé, Ministère du Mieux-Être, Culture et Sport, et au Ministère du Développement social du Gouvernement du Nouveau-Brunswick pour nous avoir fourni les informations spécifiques présentées dans ce guide de conversation.

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux, suite 2200
Moncton, N.-B.
E1A 7R1

Téléphone: 1.877.225.2521
1.506.869.6870
Télécopieur: 1.506.869.6282

www.CSNB.ca

Comment citer ce document ::

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions.* Établir une vision commune en santé, Phase II, avril 2010.

This publication is available in English under the title:

New Brunswick Health Council, *Our Health. Our Perspectives. Our Solutions.* Establishing a Common Health Vision, Phase II, April 2010.

Imprimé sur du papier recyclé



**Conseil de la santé
du Nouveau-Brunswick**

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.