

Portrait de la santé de la population 2011 -Document technique-



www.csnb.ca

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en engageant la population dans un dialogue significatif, mesurant, en surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé, en informant la population sur l'état de la performance du système de santé et en recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette

100 rue des Aboiteaux, suite 2200

Moncton, NB

E1A 7R1

Téléphone: 1.877.225.2521

1.506.869.6870

Fax: 1.506.869.6282

www.csnb.ca

Comment citer ce document:

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Portrait de la santé de la population, Document technique 2011 (CSNB, 2011).*

This publication is available in English under the title, *Population Health Snapshot Technical Document 2011.*

Sommaire exécutif

Points saillants

Portrait —description—	A
Qu'est-ce que le portrait de la santé de la population	B
D'où vient notre modèle?	C
Portrait de la santé de la population – le modèle	D
Caractéristiques de la communauté	E
1 portrait provincial, 7 portraits de zones	F
Carte des zones	G
Limites	H
Dans la mire: Programmes et politiques	K

Section 1: État de santé de la population

1. Se croient en très bonne ou en excellente santé	4
2. Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	6
3. Douleurs ou malaises qui empêchant des activités (douleur physique ou émotionnelle)	8
4. Satisfaction à l'égard de la vie satisfait (e) ou très satisfait(e)	10
5. Espérance de vie	12
6. Faible poids à la naissance	14
7. Mortalité infantile	16
8. Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaire (ACV - Stroke)	18
9. Décès prématuré dû au cancer	20
10. Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	22
11. Décès prématuré dû aux accidents	24
12. Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	26

Section 2: Déterminants de la santé— Soins de santé

13. A un médecin régulier	31
14. Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	33
15. Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	35
16. Été hospitalisé inutilement	37
17. Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	39
18. Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	41
19. Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	43
20. Évaluation globale de l'hôpital	45
21. Satisfaction globale du patient avec les soins de santé	47

Section 3: Déterminants de la santé— Comportements liés à la santé

22. Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	52
23. Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	54
24. Adultes dont le poids est malsain (obèse)	56
25. Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	58
26. Se croient à un niveau de stress élevé	60
27. Fume, tous les jours ou à l'occasion	62
28. Infections transmissibles sexuellement	64
29. Grossesses chez les adolescentes	66
30. Cyclistes qui portent toujours un casque de vélo	68

Section 4: Déterminants de la santé— Facteurs socio-économiques

31. Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	73
32. Taux de chômage	75
33. Divorce	77
34. Famille monoparentale	79
35. Faible revenu	81
36. Crime violent	83
37. Crime de dommages à la propriété	85
38. Arrestation pour conduite avec facultés affaiblies (drogues ou alcool)	87

Section 5: Déterminants de la santé— Environnement physique

39. Exposition à la fumée secondaire - à domicile	92
40. Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicules et/ou un endroit public	94
41. Logements dont la qualité de l'air intérieur a été évaluée comme étant excellente, très bonne ou bonne	96
42. Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	98

Annexes

Nouveau- Brunswick -Portrait de la santé	
Zone 1: Moncton / Sud-Est - Portrait de la santé	
Zone 2: Fundy / Saint Jean - Portrait de la santé	
Zone 3: Fredericton et la vallée- Portrait de la santé	
Zone 4: Madawaska / Nord-Ouest - Portrait de la santé	
Zone 5: Restigouche - Portrait de la santé	
Zone 6: Bathurst / Péninsule Acadienne - Portrait de la santé	
Zone 7: Miramichi - Portrait de la santé	
Sommaire exécutif	
Descriptions des zones	
Faits saillants provinciaux et des zones	

Le Portrait de la santé de la population de l'hiver 2011 est le troisième rapport de ce genre publié par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Tout comme dans les rapports précédents, nous cherchons à informer les individus, les communautés et les organisations sur l'état de santé (les résultats) de la population, selon la région ou la zone de résidence. Nous faisons également ressortir quelques aspects des déterminants de la santé sur lesquels la population peut avoir une influence ou qu'elle peut améliorer, si elle souhaite agir de façon positive sur son état de santé (les résultats).



Chaque indicateur de notre Portrait se retrouve dans l'une ou l'autre de ces catégories :

- L'état de santé
- Les déterminants de la santé (regroupés sous Soins de santé, Comportements liés à la santé, Facteurs socioéconomiques et Environnement physique)

Les nouveaux Portraits provincial et des zones de l'hiver 2011 ont été mis à jour grâce aux renseignements les plus récents que nous avons pu obtenir. De nouveau, quatre indicateurs n'ont pu être mis à jour, parce qu'ils sont issus des données du recensement que Statistique Canada effectue tous les cinq ans. De plus, nous n'avons pu mettre à jour l'indicateur « test Pap », puisqu'il n'a pas fait l'objet d'une inclusion dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2010. En plus de présenter les plus récentes données des indicateurs, le Portrait comprend une colonne « Tendances » qui permet au lecteur de rapidement évaluer tout changement par rapport au Portrait précédent.

Une flèche verte pointant vers le haut (▲) signifie une amélioration de la valeur de l'indicateur.

Une flèche rouge pointant vers le bas (▼) signifie une détérioration de la valeur de l'indicateur.

Un signe « égal » (=) signifie qu'il n'y a aucun changement de la valeur de l'indicateur.

Cette année, nous avons enrichi le Portrait d'une nouvelle section pour chaque zone : les « Caractéristiques de la communauté », qui capitalise sur le profil démographique. Nous y avons inclus les taux de prévalence de maladies chroniques ainsi que la liste des 10 principales causes d'admission à l'hôpital et ce, par région de résidence.

Le rapport inclut également une section appelée « Dans la mire - Programmes et politiques » qui souligne les initiatives qui existent dans le but de fournir aux communautés des idées de planification communautaire.

Les points saillants provinciaux :

- Les Néo-Brunswickois continuent à faire voir une tendance à la baisse des rapports déclarés par l'individu ou de leur auto-évaluation de leur état général de santé. On associe généralement l'auto-évaluation de la santé à la longévité de la personne et à l'utilisation des soins de santé. De plus, il y a une tendance à la baisse des moyennes mobiles des taux de décès prématuré sur une période de 5 ans (cœur et accidents vasculaires cérébraux, maladies respiratoires, cancer et blessures), à l'exception des suicides.
- Les facteurs liés aux soins de santé continuent de faire état d'améliorations en ce qui a trait à l'accès aux omnipraticiens ainsi qu'aux tests de dépistage et de prévention.
- Malgré l'amélioration générale de l'accès aux omnipraticiens, moins de gens semblent aller chez leur médecin pour y passer un examen de santé annuel. C'est là un état de fait qui pourrait avoir des conséquences sur l'efficacité du dépistage et la prévention des maladies chroniques.
- Les facteurs de comportements liés à la santé, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et une mauvaise alimentation, qui sont tous considérés comme des facteurs de risque importants pouvant mener à des maladies chroniques, continuent à progresser dans la mauvaise direction. L'activité physique, l'obésité, le niveau de stress et la prévention des blessures (port d'un casque lorsqu'à vélo) progressent, pour leurs parts, dans la bonne direction.
- Le principal facteur socioéconomique qui s'avère préoccupant dans le Portrait provincial est le taux de chômage qui a augmenté par rapport à l'an dernier ainsi qu'un taux accru de condamnation pour conduite avec facultés affaiblies. Sinon, les crimes violents et les crimes contre la propriété montrent des signes mineurs d'amélioration.
- Parmi les facteurs d'environnement physique qui font état d'une amélioration, on retrouve l'exposition à la fumée secondaire, alors que le sentiment d'appartenance à la communauté est en déclin.
- On retrouve des différences importantes entre les sexes dans les taux de décès prématuré, alors que les hommes font état de taux plus élevés de décès que les femmes, pour ce qui est des causes de décès (particulièrement en ce qui a trait aux maladies du cœur et cérébrovasculaires, et aux blessures).
- Sauf pour les vaccins antigrippaux pour les personnes âgées, les femmes semblent profiter davantage des soins de santé que les hommes, bien qu'elles soient moins satisfaites du système de santé et des services hospitaliers dans leur ensemble.

L'observation générale que nous pouvons tirer du Portrait provincial de cette année est que dans l'ensemble les facteurs liés aux soins de santé font voir une amélioration en matière d'accessibilité accrue et d'augmentation des soins liés aux interventions. Mais ces facteurs ne contribuent que de façon marginale à la santé de la population, que ce soit du point de vue de l'espérance de vie ou de celui de la qualité de vie. Les maladies cardiaques continuent d'être la cause principale de 4 des 10 principales raisons d'admission dans les hôpitaux. Collectivement, elles représentent 89 admissions par 10 000, l'hypertension et les maladies cardiaques se classant parmi les 10 états de santé chroniques les plus importants. Les maladies respiratoires/maladies pulmonaires obstructives chroniques continuent à s'avérer alarmantes, puisqu'elles se classent au troisième rang des 10 principales raisons d'admission à l'hôpital.

En conséquence, les Néo-Brunswickois doivent trouver des moyens, au sein de leurs communautés respectives, de se pencher sur les déterminants de la santé, selon les zones d'alerte qui requièrent une attention, de façon à réorienter le cours des choses vers une amélioration de la santé et un meilleur mieux-être de notre population.

Il s'avérera vital d'établir la planification et l'élaboration des politiques selon les déterminants de la santé ; il en ressortira d'excellentes occasions pour les urbanistes, les réseaux d'inclusion communautaires et les réseaux de mieux-être de poser des actions au niveau communautaire et de se mobiliser autour de priorités clés. Des efforts conjoints entre les communautés et les représentants gouvernementaux représentent la clé d'une politique et d'une planification provinciales qui mèneront à une population néo-brunswickoise mieux engagée et en meilleure santé.



**Portrait
- Description-**

La santé de la population
désigne la santé d'une population telle
que mesurée par des indicateurs de l'état
de santé et telle qu'influencée par les
déterminants de santé.

Le portrait est une représentation de l'état de santé de la population, à un moment précis, selon les données disponibles. Il s'agit d'un document d'une page axé sur ***l'état de santé*** et ***les déterminants de la santé*** d'une population.

1 – ***L'état de santé*** accorde le même poids à la durée de vie et à la qualité de vie comme étant les deux principales sources d'indicateurs liés aux résultats.

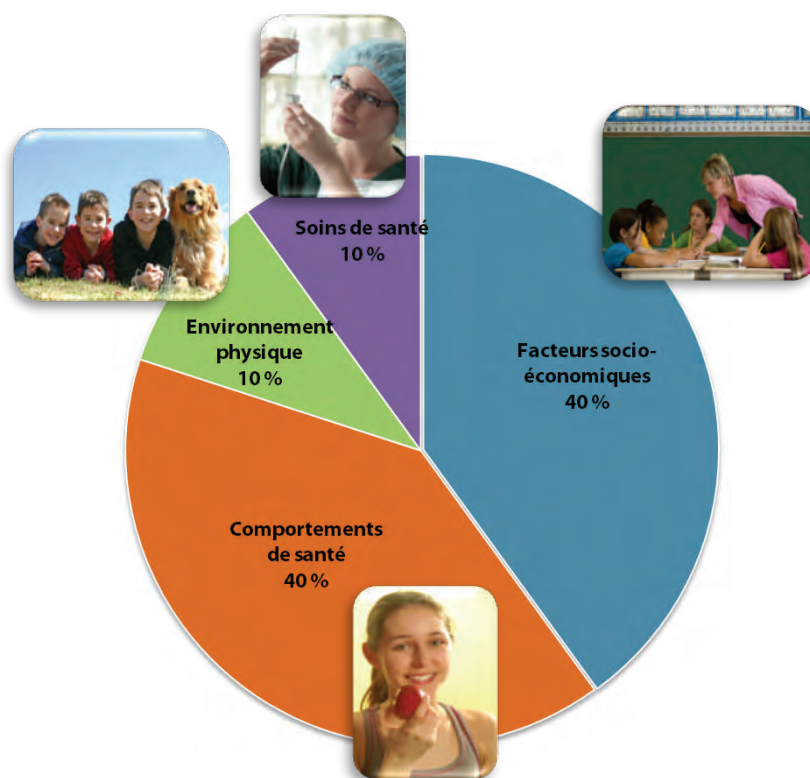
2 – Selon *l'Agence de la santé publique du Canada*, les ***déterminants de la santé*** sont :

- Les environnements sociaux, économiques et physiques,
- Les habitudes de santé et les comportements personnels,
- La capacité d'adaptation personnelle,
- La biologie humaine,
- Le développement de la petite enfance, et
- Les services de santé.

L'objectif du ***portrait de la santé de la population*** est d'informer les individus, les communautés et les organisations sur l'état de santé de la population où ils vivent et de mettre en relief certains déterminants de la santé sur lesquels une influence ou amélioration peut avoir un effet positif sur l'état de la santé.

Le modèle que nous avons choisi pour représenter la santé de la population du Nouveau-Brunswick a été adapté de différents modèles de santé de la population, dont le classement de santé de l'Université du Wisconsin, *Population Health Institute-Wisconsin County* qui a été modifié pour répondre à nos besoins. Nous avons également conservé une perspective canadienne en prenant en compte des déterminants de la santé, tel qu'indiqué par l'*Agence de santé publique du Canada*.

Après avoir révisé la littérature et les opinions des experts à savoir comment et jusqu'à quel point ces déterminants contribuent à la santé, nous avons choisi d'utiliser le modèle suivant pour illustrer ce qui influence notre santé :

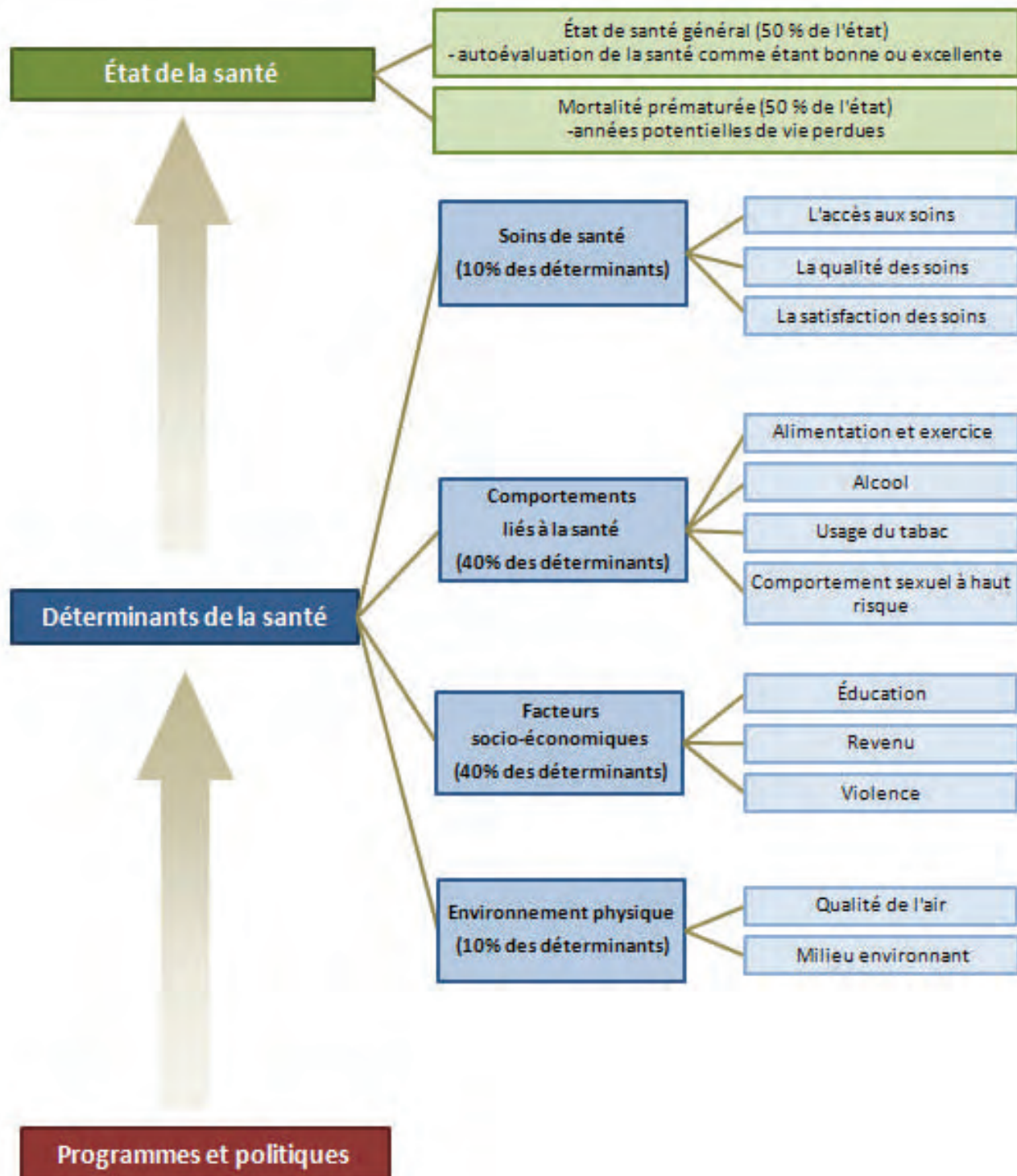


Ce modèle regroupe les déterminants de la santé qui peuvent être influencés par des programmes et des politiques. Il prend également en compte l'implication des citoyens dans leur propre santé et leur bien-être ainsi que des facteurs externes qui influencent la santé de la population.

Tout le monde veut être en aussi bonne santé que possible.

Le but de cet outil est de présenter l'information sur une seule page afin de se concentrer sur les domaines qui nécessitent des améliorations.

De façon spécifique, ce qui suit illustre les indicateurs que nous avons choisis selon l'état de santé et les déterminants de la santé d'une population.



Caractéristiques de la communauté

Comprendre la composition démographique et les conditions de santé d'une communauté établit le contexte qui illustre la portée qu'auront les déterminants de la santé, ce qui permet de prévoir les incidences potentielles sur la demande et l'utilisation des services de santé.

L'assemblage des différents morceaux du casse-tête permet un portrait plus clair et détaillé que l'on met à profit pour développer et établir les priorités et évaluer les incidences des politiques, programmes, services et initiatives communautaires à long terme.

La section de ce rapport qui évoque les catégories suivantes : « Les dix causes d'admission à l'hôpital les plus fréquentes », « Les dix conditions chroniques les plus communes » et « Les caractéristiques démographiques » aident à répondre à la question « Qu'est-ce qui rend la communauté plus ou moins en bonne santé? » ce qui permet ensuite de se concentrer sur les secteurs à améliorer.

La section sur « Les déterminants de la santé » nous aide à répondre aux questions suivantes : « Est-ce que les facteurs qui déterminent la bonne santé et le mieux-être changent pour le meilleur ou pour le pire? »; « Quels facteurs changent et pour qui changent-ils le plus? » et « Quels facteurs nécessitent plus d'attention et d'intervention? ».

Le portrait de la santé de la population du Nouveau-Brunswick est représenté de deux façons :

Portrait provincial

Dans ce portrait, nous examinerons la population du Nouveau-Brunswick dans son entier, comparant les moyennes des hommes et des femmes à la moyenne provinciale. Un des objectifs du portrait provincial est d'illustrer où se situe le Nouveau-Brunswick en ce qui concerne les différents indicateurs par rapport aux autres provinces et territoires canadiens. Un deuxième objectif est de démontrer si le classement du Nouveau-Brunswick s'est amélioré ou non par rapport au classement national précédent.

Portraits de zones

Nous avons créé sept portraits, dont un pour chaque zone de santé. Dans la mesure du possible, tous les indicateurs d'une zone seront comparés à ceux des autres zones. Les portraits de zones fourniront des renseignements sur des déterminants de la santé spécifiques qui seront catégorisés de la manière suivante : bon (rang 1, 2), mise en garde (rang 3, 4, 5) ou moins bon (rang 6, 7). La notation est du meilleur (1) au pire (7). En comparant les zones entre elles, certaines feront toujours mieux que d'autres. En fin de compte, cela pourrait promouvoir l'amélioration progressive à l'intérieur de la zone et avoir des impacts sur la santé de tous les Néo-Brunswickois. Des flèches sont incluses pour chacun des indicateurs qui démontrent si le classement de chaque zone néo-brunswickoise, comparativement au dernier portrait de la population, est meilleur, pire ou inchangé.

Les zones sont les suivantes (*voir l'annexe pour la description de chaque zone*)

Zone 1: Région de Moncton / Sud –Est

Zone 2: Région de Fundy / Saint Jean

Zone 3: Région de Fredericton et la vallée

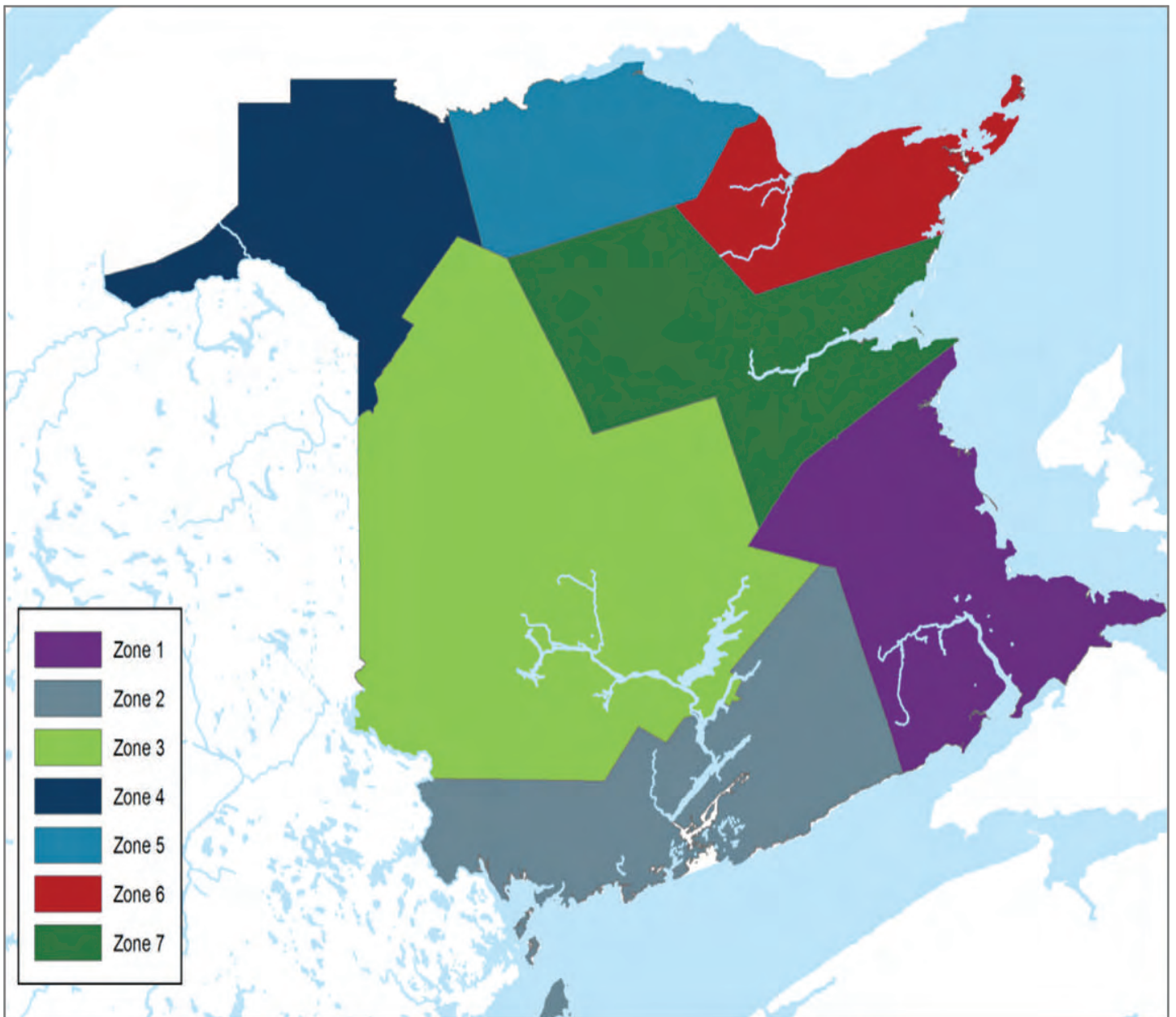
Zone 4: Région de Madawaska / Nord –Ouest

Zone 5: Région du Restigouche

Zone 6: Région de Bathurst / Péninsule acadienne

Zone 7: Région du Miramichi

Zones de santé au N.-B.



Les indicateurs dans ce rapport serviront à améliorer notre compréhension de la santé de la population au niveau provincial et dans sept zones spécifiques. Il s'agit de mesures individuelles qui illustrent une dimension clé de la santé, du système de santé ou de certains facteurs qui affectent la santé. Examinés individuellement, ils ne font pas état d'un indicateur puissant, mais lorsqu'on les regroupe, les indicateurs offrent un portrait très distinct de la santé de la population.

Nous avons choisi 42 indicateurs qui reflètent la santé actuelle des Néo-Brunswickois. La narrative de chaque indicateur indique la définition, la source et les renseignements contextuels sur l'importance de chaque indicateur dans le modèle de la santé de la population.

Limites des données

Pour illustrer l'information quantitative, nous avons utilisé des renseignements d'enquêtes statistiques, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). La population cible de ce sondage comprenait les individus à domicile, âgé de 12 ans et plus, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution (dont des établissements de soins prolongés), les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. Le nombre de personnes interviewées dans chaque province et territoire fait en sorte que, dans la majorité des cas, les renseignements obtenus représentent les provinces, les territoires et les zones à un moment donné précis dans le temps. Parfois, un plus petit nombre de répondants fait en sorte que les résultats sont plus variables. Dans ces cas, un symbole d'avertissement les accompagne afin de rappeler que nous devons les interpréter avec prudence. Depuis 2007, lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la cueillette des données se fait annuellement alors qu'auparavant, elle était effectuée tous les deux ans. Pour le Nouveau-Brunswick, cela signifie que les données utilisées donneront de plus petits échantillonnages lors des portraits annuels.

Nous reconnaissons que les réponses à un sondage se font de façon volontaire et que ces réponses peuvent dépendre de la perspective du répondant.

Les renseignements reflétés dans ce portrait datent, dans certains cas, de 2006. Dans tous les cas cependant, il s'agit des plus récents renseignements disponibles. Pour certains indicateurs, ceci signifie utiliser des données propres au Nouveau-Brunswick (telles que les informations de la base de données du Nouveau-Brunswick de l'état civil), ce qui limite notre capacité à comparer nos informations sur un front national, mais nous permet d'avoir de l'information à jour.

Limites du modèle

Ce modèle est limité en raison des données obtenues pour certains indicateurs. Afin d'améliorer la qualité du modèle, nous continuons à travailler avec nos partenaires et parties intéressées afin de disposer une plus grande variété de données de qualité ainsi que des données récentes. Cela nous permettra d'élaborer un portrait plus étendu et, ainsi, mieux comprendre la santé de la population au Nouveau-Brunswick.

Le modèle est une représentation de renseignements et ne démontre pas l'histoire détaillée associée à l'état de santé à partir des déterminants de chaque zone de santé. Les renseignements ainsi obtenus serviront à développer des recommandations dans des domaines particuliers.

Le portrait de la santé de la population est un travail en cours qui évoluera afin de mieux représenter la santé de la population. De meilleures et nouvelles sources de données et d'indicateurs nous aideront à démontrer l'histoire derrière les données obtenues, en travaillant avec nos principaux intervenants.



Dans la mire :
- Programmes et politiques -

Le CSNB utilise les déterminants de la santé dans quatre catégories : les soins de santé, les comportements liés à la santé, les facteurs socioéconomiques et les environnements physiques. Par contre, si l'environnement bâti est mesuré dans la catégorie des environnements physiques par son influence sur le sentiment d'appartenance à la communauté locale, l'environnement bâti pour sa part est un catalyseur dans les autres catégories, comme les comportements liés à la santé (alimentation et exercice) et les facteurs socioéconomiques (crime et violence).

Les programmes et politiques concernant l'environnement bâti ne sont certainement pas les seuls qui touchent la santé des Néo-Brunswickois. Des relations similaires existent dans d'autres secteurs, comme le rôle du ministère de l'Éducation dans la promotion de l'éducation physique, des programmes de développement de la petite enfance, des services aux personnes autistes et de l'amélioration du taux d'alphabétisme; et les suspects inhabituels, dont Entreprises Nouveau-Brunswick, qui encourage l'expansion des entreprises dans la province et la promotion du maintien des entreprises, ces deux entraînant l'augmentation du revenu moyen des Néo-Brunswickois.

La liste des possibilités est effectivement très longue. Nous présentons ci-dessous comment les programmes et les politiques influencent l'environnement bâti du point de vue de la santé de la population. Ils déterminent, par exemple, le logement, la connectivité, le réseau urbain, la densité de population et même l'augmentation du salaire et de la productivité. L'endroit où les gens vivent et le design des communautés ou des quartiers dans lesquels ils résident jouent un rôle déterminant dans le mode de transport utilisé, le style de vie adopté et dans quelle mesure le lieu de résidence sera durable et efficace; cela a des effets visibles sur la santé de la population.¹ Une meilleure compréhension de cette relation est nécessaire, non seulement par les citoyens, les urbanistes, les promoteurs, les municipalités et les commissions de planification, mais également par les professionnels de la santé.



¹ Ceci a déjà été souligné dans de nombreux documents. En voici quelques exemples :

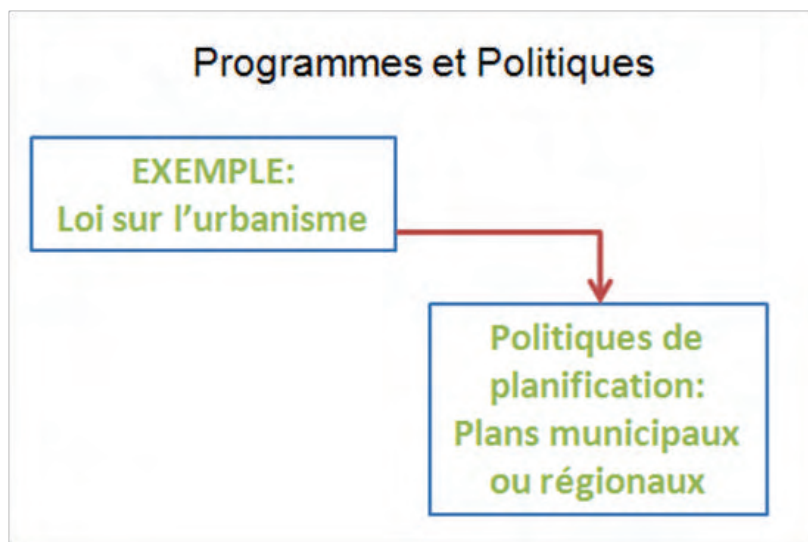
Lawrence Frank, Sarah Kavage et Todd Litman (2005). « *Promoting public health through Smart Growth; Building healthier communities through transportation and land use policies and practices.* » Préparé pour Smart Growth BC. <http://www.smartgrowth.bc.ca/Portals/0/Downloads/SGBC Health Report FINAL.pdf>

Notre santé, notre avenir; Dialogue national sur le poids santé (2011). « *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé* », <http://notresantenotreavenir.gc.ca/fr/accueil/freiner-lobesite-juvenile-cadre-daction-federal-provincial-et-territorial-pour-la-promotion-du-poids-sante/>

Programmes et politiques – Urbanisme

La Loi sur l'urbanisme du Nouveau-Brunswick est un outil essentiel qui permet aux municipalités et aux commissions de planification d'élaborer des plans d'urbanisme local, y compris des politiques et des objectifs urbains qui orientent la construction des développements dans nos communautés. De plus, la Loi permet à chaque conseil d'adopter des outils de planification, comme les projets d'aménagement afin d'accroître l'effet souhaité à l'intérieur du plan d'une municipalité ou lorsqu'un quartier est sélectionné pour un développement particulier. (B) Quoique les plans municipaux soient bien connus et utilisés dans la province, les projets d'aménagement le sont moins.

Les principes du nouvel urbanisme, de croissance intelligente³ et de durabilité que promeuvent des organismes comme Agenda 21⁴, Ahwahnee⁵ et Natural Step⁶ sont des philosophies de planification qui se propagent actuellement dans tous les pays développés. De nombreuses stratégies qui découlent de ces philosophies peuvent être utilisées pour mettre en œuvre ces principes. L'une de ces stratégies est l'aménagement d'unité planifié (AUP). Dans le cadre de cet aménagement, un développement est planifié et construit en unité. Le design de collectivités durables appliqué aux lotissements en est un exemple. Nous observons partout dans la province de plus en plus de plans qui incorporent les principes du développement durable à des degrés divers, mais qui ne préconisent pas nécessairement une technique de planification particulière.



² *Loi sur l'urbanisme* du Nouveau-Brunswick, <http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/c-12.pdf> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

³ Andres Duany et Jeff Speck avec Mike Lydon (2010). *The Smart Growth Manual*. McGraw Hill, New York.

⁴ UN Department of Economic and Social Affairs; Division for Sustainable Development, <http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

⁵ Local Government Commission, *The Ahwahnee Principles for Resource-Efficient Communities*, http://www.lgc.org/ahwahnee/ahwahnee_principles.pdf (Information récupérée le 31 janvier 2012)

⁶ The Natural Step, <http://www.naturalstep.org/> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

Exemples :

- Mise en œuvre de principes de durabilité : le Plan vert pour la ville de Bouctouche⁷ et le PlanSJ⁸ de la Ville de Saint John

Le Plan vert de Bouctouche et le PlanSJ incluent des principes de durabilité. Ces plans favorisent l'habitabilité des quartiers, une circulation plus fluide, le développement dans les zones déjà urbanisées, le partage des bienfaits d'une diminution de l'étalement des banlieues, un usage plus efficace des ressources municipales et l'entretien des espaces verts.

- Mise en œuvre d'une technique de planification : le ministère de l'Environnement du Nouveau-Brunswick et la ville de Dieppe (Le Village en haut du ruisseau)

Le ministère de l'Environnement du Nouveau-Brunswick est responsable de l'urbanisme provincial et communautaire. Il est effectivement le gardien de la *Loi sur l'urbanisme*. Le ministère a mis sur pied un séminaire pour faire la promotion du design de collectivités durables appliqué aux lotissements. Cette orientation⁹ est censée créer des AUP de quartier qui encouragent la conservation d'éléments préexistants dans le but de générer un plus grand sentiment d'appartenance à la communauté, par le biais d'un design actif. La ville de Dieppe a adopté cette approche dans un quartier adjacent au club de golf Fox Creek, encore en construction, qui s'appelle Le Village. D'autres projets qui incorporent le design de collectivités durables appliqué aux lotissements sont également en cours à Fredericton, Saint John, Oromocto et Hartland.¹⁰

De nombreux plans municipaux dans la province perçoivent l'urbanisme uniquement comme un mécanisme de développement, se souciant ainsi très peu du potentiel que ces outils de planification présentent dans la promotion des communautés plus saines et des Néo-Brunswickois en meilleure santé. Par conséquent, bien que des principes de développement durable soient promus au sein des communautés, il est essentiel que les décideurs et les promoteurs mettent en œuvre des techniques de planification afin d'atteindre les objectifs de durabilité poursuivis.

⁷Ville de Bouctouche, <http://www.bouctouche.ca/site/files/PlanVert.pdf> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

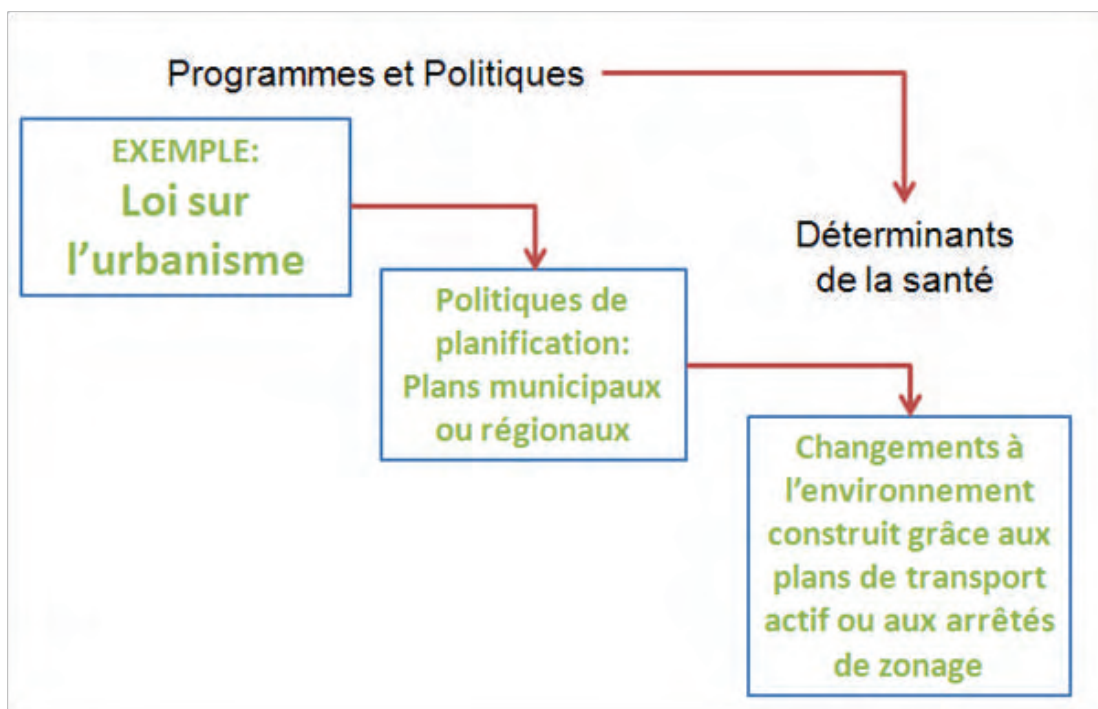
⁸Ville de Saint John, <http://www.saintjohn.ca/fr/accueil/Servicesmunicipaux/evolutionetroissance/urbanisme/plansj/default.aspx> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

⁹Randall Arendt (2010). *Envisioning Better Communities: Seeing more options, making wiser choices*. The American Planners Association, Chicago.

¹⁰Times & Transcript, Brent Mazerolle, « New subdivision design concept reduces human footprint: Dieppe's Le Village spreading the word on benefits of using simple measures to make communities more sustainable », vendredi, 9 septembre, 2011, B3.

Déterminants de la santé et changements dans l'environnement bâti

Les changements dans l'environnement bâti peuvent prendre diverses formes, des règlements de grande envergure liés au design de lotissements jusqu'à la mise en œuvre de plans de transport actif. En effet, les principes de durabilité perçoivent l'environnement bâti à partir des points de vue suivants : de la région, de la communauté, du quartier, de la rue et du site. Les changements apportés au design de nos communautés ont une incidence sur nos décisions de style de vie, particulièrement au sujet du transport : en automobile, en bicyclette, à la marche ou en transport commun.



Pourquoi les municipalités néo-brunswickoises ont-elles éprouvé tant de difficultés à accepter les principes de développement durable ? Il existe des préoccupations légitimes que nous ne pouvons pas simplement repousser.

- La planification selon la taille
 - ⇒ L'étendue des capacités des municipalités varie, tout comme les besoins et les capacités des communautés rurales, banlieusardes et urbaines diffèrent les uns des autres. En outre, imposer aux villages les mêmes exigences en matière de planification qui s'appliquent aux villes est tout aussi logique que d'imposer aux villes les exigences qui s'appliquent aux villages.

⇒ Les commissions de district d'aménagement provinciales, responsable d'une large part de la planification au sein des districts de services locaux (les DSL sont des secteurs du Nouveau-Brunswick non constitués en municipalité), possèdent leurs propres défis. Le manque de vision à l'échelle provinciale ou de politique publique déclarée décrivant les grandes lignes des modèles de développement dans les DSL transforme la planification régionale en une simple fonction administrative plutôt qu'une réelle planification telle que la définit l'Institut canadien des urbanistes : « l'aménagement scientifique, esthétique et ordonné du territoire, des ressources, des installations et des services en vue d'assurer l'utilisation efficace des ressources physiques, économiques et sociales ainsi que la santé et le mieux-être des collectivités urbaines et rurales ». ¹¹

•Priorités concurrentes et décalage entre les priorités

⇒Les plans d'urbanisme (y compris les plans municipaux et ruraux pour les municipalités et les DSL) existent dans une variété de formes au Nouveau-Brunswick. La souplesse nécessaire à l'élaboration de plans d'urbanisme dans le cadre d'une telle variété assujettit l'application de ces politiques aux pressions politiques et populaires, et ce, souvent au détriment de l'intention initiale des plans.

⇒Le changement exige des discussions, du temps et de la volonté. Cependant, la prise de décision unilatérale nécessite souvent davantage de temps à cause des retards, de la polémique, des litiges et de l'aliénation des parties intéressées. La participation de la population et des parties intéressées bâtit un consensus et facilite la mise en œuvre tout en préservant la crédibilité de tous. La culture actuelle du développement communautaire ne favorise pas beaucoup une telle coopération entre les parties intéressées.

⇒La perception erronée que les restrictions budgétaires ne permettent pas aux communautés l'occasion de sortir des sentiers battus ou de créer des plans propres à leur communauté et (ou) à leur milieu.

•Développements antérieurs

⇒Les décisions et les choix antérieurs en matière de planification peuvent avoir des conséquences qui durent des décennies et dans certains cas des générations.

•Dispositions législatives et autres outils de planification (arrêtés et règlements)

⇒Bien que la *Loi sur l'urbanisme* soit un outil puissant que les urbanistes, les promoteurs, les municipalités et les commissions de planification appliquent, elle n'est pas toujours suffisamment comprise, appréciée ou mise à profit par les parties intéressées. Dans l'intervalle, les citoyens dépendent de l'interprétation qu'en font les parties intéressées. La *Loi* a d'abord été adoptée en 1973 et nécessite une révision générale pour la rendre plus facile à utiliser.

¹¹Institut canadien des urbanistes, <http://www.cip-icu.ca/web/la/fr/pa/3fc2afa9f72245c4b8d2e709990d58c3/template.asp>

Le besoin d'une vision à l'échelle provinciale a également été souligné par les 12 commissions de district d'aménagement du Nouveau-Brunswick dans le document qu'elles ont déposé aux consultations sur la réforme de la gouvernance locale.

<http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/Promos-LG/Submissions/PlanningCommissions.pdf>

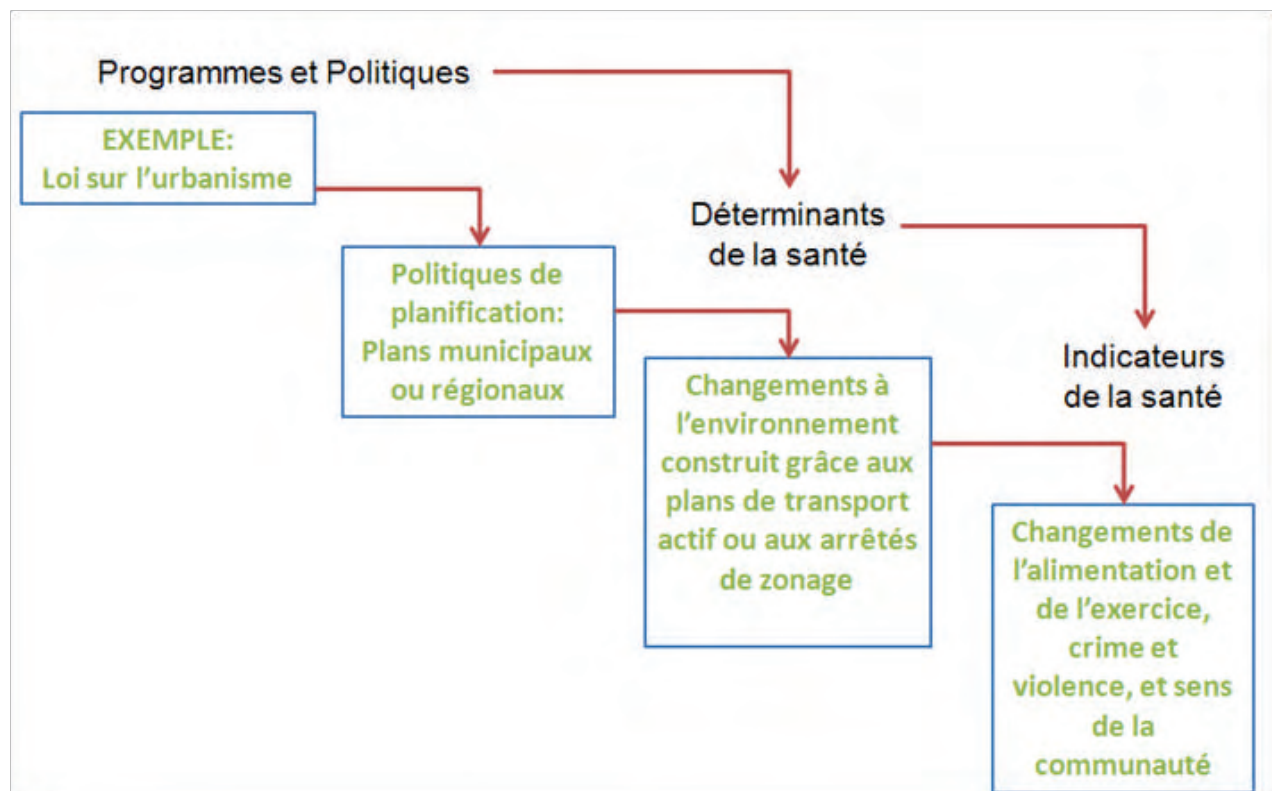
(anglais seulement) (Information récupérée le 31 janvier 2012)

⇒ Des communautés ont adopté des outils de planification (ex. : plan d'urbanisme, arrêté de zonage et arrêté de lotissement) qui décrivent les exigences minimales à atteindre en matière de planification. Ces documents sont souvent très normatifs, sans pour autant promouvoir les principes de durabilité. Ils sont utilisés davantage pour faciliter les exigences administratives des ministères et des organismes que pour favoriser les designs communautaires durables de développements. » [traduction non officielle]¹²

⇒ Le changement est parfois perçu comme une occasion de créer des conflits inutiles entre les décideurs plutôt qu'une occasion de résoudre des problèmes.

Indicateurs de santé et changements comportementaux

Des changements comportementaux sont provoqués par des modifications de politiques; dans ce cas, celles qui sont liées à l'environnement bâti. Trois groupes d'indicateurs sont significatifs dans le cadre du Portrait de la santé de la population et des indicateurs qu'il mesure : l'alimentation et l'exercice, le crime et la violence, et le sentiment d'appartenance à la communauté.



¹²Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Ministère de l'Environnement, Design de collectivités durables appliqué aux lotissements : (Nouveau langage de conservation pour les lotissements).

<http://www.gnb.ca/0009/0136/0005/index-f.asp> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

- Alimentation et exercice

Le CSNB les mesure à l'aide de plusieurs indicateurs. En fin de compte, les changements liés au design entraînent les gens à changer leurs habitudes physiques en influençant comment ils désirent se déplacer. Lorsqu'un quartier est plus accueillant aux piétons, grâce à la construction de routes et de trottoirs mieux aménagés et à une circulation à vitesse réduite, il est plus probable que les gens souhaitent s'y promener à pied ou en bicyclette. De plus, l'accessibilité aux magasins et aux restaurants à proximité ainsi que l'ajout de certains aspects d'agriculture urbaine au sein des lotissements permettent aux gens de choisir d'utiliser un autre mode de transport que l'automobile. Ces facteurs peuvent être incorporés à la fois au design d'un lotissement et à l'environnement bâti.

D'ailleurs, le Bulletin de l'activité physique chez les jeunes 2011 de Jeunes en forme Canada suggère que des comportements malsains sont transmis aux générations montantes par le biais de mauvais modèles de comportements.¹³ Par conséquent, les communautés ne doivent pas oublier le besoin de créer des plans de loisirs qui encouragent l'activité physique également chez les adultes.

- Crime et violence

Le crime et la violence sont largement influencés par le design de l'environnement bâti. Lorsque les quartiers sont construits correctement le regard est dirigé vers la rue. En effet, un résidant qui est assis sur son balcon ou des maisons construites plus près de la rue peuvent faire tomber le taux de criminalité.¹⁴ On croit aussi que la peur du crime contribue aux problèmes de santé. En réponse à cette insécurité, une stratégie de prévention du crime qui passe par le design des terrains à bâtir a émergé au Royaume-Uni et dans certaines régions d'Australie..¹⁵

- Sentiment d'appartenance à la communauté

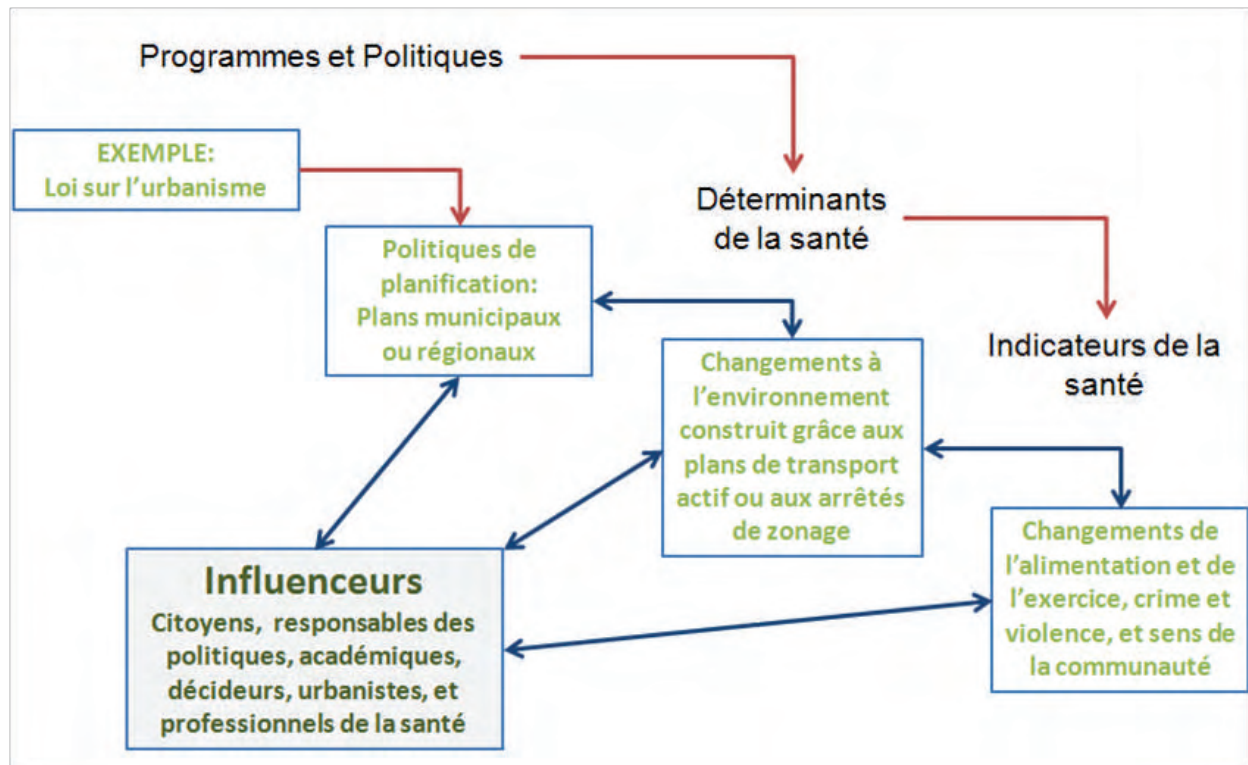
Les recherches démontrent qu'il y a une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance et la santé physique et mentale. Les personnes qui se sentent isolées et aliénées de leur communauté ou qui reçoivent peu ou pas de soutien de la part de leurs proches ont un état de santé moins bon que les personnes qui possèdent un réseau social solide. Il est possible que les communautés exigent que le design de quartiers incorpore les facteurs qui indiquent lorsque les personnes se sentent plus proche les uns des autres et donc qui se sentent à l'aise de parler avec leurs voisins et de réaliser des activités ensemble. La largeur des rues et la distance entre les porches, l'emplacement des arbres et des espaces verts, ainsi que la hauteur et la taille des bâtiments peuvent avoir une grande influence sur le comportement et la manière de vivre des résidents.

¹³ Jeunes en forme Canada (2011). « *Ne laissons pas ces quelques pas être la source la plus importante d'activité physique de nos enfants après l'école*. Bulletin de l'activité physique chez les jeunes 2011 de Jeunes en forme Canada », Toronto. Disponible sur le site de Jeunes en forme Canada : <http://www.activehealthykids.ca/Francais.aspx> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

¹⁴ U.S. Environmental Protection Agency in collaboration with the Aging Initiative, Protecting the Health of Older Americans (2009), « *Growing Smarter, Living Healthier; A Guide to Smart Growth and Active Aging* ». Washington, DC. <http://www.epa.gov/aging/bhc/guide/> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

¹⁵ Paul Cozens (2007). NSW Public Health Bulletin, « *Public health and the potential benefits of Crime Prevention Through Environmental Design* », vol. 18, numéro 11–12. <http://www.publish.csiro.au/?paper=NB07025> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

Influenceurs



Les parties intéressées (citoyens, responsables des politiques, représentants des institutions universitaires, décideurs et professionnels de la santé) jouent un rôle majeur tout au long du processus. En premier lieu, ces Néo-Brunswickois peuvent influencer l'élaboration des plans d'urbanisme, soit par le biais d'une approche structurée d'engagement de la communauté et des parties intéressées ou simplement par la sélection d'un conseil municipal lors de la période d'élection. Il est également possible de soulever des préoccupations au sujet d'un développement devant la commission locale d'aménagement.

En deuxième lieu, les parties intéressées ont l'occasion de contribuer à l'élaboration de plans de transport actif et (ou) aux plans intégrés pour la durabilité des collectivités (les PIDC). Dans les communautés où de tels plans ont déjà été élaborés, les parties intéressées sont outillées pour s'assurer que les plans soient menés à terme. Ces plans peuvent donc non seulement favoriser des communautés saines, ils peuvent aussi promouvoir l'obligation publique de rendre des comptes.

En troisième lieu, les citoyens ont leur propre rôle à jouer. Ils doivent se responsabiliser quant à leur santé, faire des choix sains concernant leurs modes de transport et la sélection du quartier

où résider, et nourrir leur propre sentiment d'appartenance à la communauté. Ainsi, l'environnement bâti influence le niveau de difficulté qu'ils éprouveront à remplir leur rôle.

Finalement, les Néo-Brunswickois ne sont pas limités à leur propre municipalité pour changer l'environnement bâti. Avec l'aide d'organismes qui possèdent les mêmes principes, les Néo-Brunswickois peuvent compter sur de nombreux partenaires pour réaliser les changements souhaités. Ces organismes sont possiblement mieux placés dans l'ensemble pour apporter un changement dans un lieu particulier. En voici quelques-uns : les régies régionales de la santé; le Réseau provincial de bien-être; la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick; les centres de santé communautaires; et divers organismes sans but lucratif.

Comme l'indiquent les flèches de direction, avec la participation des multiples influenceurs, nous observons que la relation peut devenir plus dynamique. Au lieu d'une approche descendante traditionnelle, les associations possibles sont soit de haut en bas soit de bas en haut, et le niveau de participation des influenceurs varie aussi, selon leurs besoins communautaires ou leur volonté d'établir un partenariat.

- Exemple – *Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick.*

Cet organisme à but non lucratif est un réseau d'action communautaire qui fait la promotion du concept de Communautés en santé ; il encourage plus particulièrement les communautés et les populations locales à prendre en charge leur santé à l'aide d'une approche collective vers le mieux-être. L'organisme s'efforce de mobiliser et d'appuyer un réseau de communautés et de populations locales de la région acadienne du Nouveau-Brunswick.¹⁶

- Exemple – Sentier NB Trail.¹⁷

Cette organisation provinciale a une seule mission : « Des sentiers qui relient nos communautés ». Elle cherche à atteindre cette vision par la promotion des sentiers réservés aux activités non motorisées partout au Nouveau-Brunswick. Certains sentiers contribuent au développement du sentiment d'appartenance à la communauté en plus de fournir un endroit sécuritaire pour faire de l'exercice et profiter du plein air, comme le sentier au bord de l'eau à Edmundston. D'autres sentiers favorisent un sentiment d'appartenance à une plus grande communauté, comme le sentier qui connecte les villes d'Edmundston et de Grand-Sault; et

¹⁶ *Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick*, <http://www.macsnb.ca>

(Information récupérée le 31 janvier 2012)

¹⁷ Sentier NB Trail http://www.sentiernbtrail.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=8&lang=fr

(Information récupérée le 31 janvier 2012)

d'autres sentiers à une communauté encore plus large, comme le sentier interprovincial entre Edmundston et la frontière du Québec.

- Exemple – Western Valley Recreation Association.¹⁸

Ce groupe fait la promotion d'une vie saine parmi des résidants de la région de la vallée de l'ouest du Nouveau-Brunswick : les communautés de Florenceville-Bristol, Nackawic, Perth-Andover, Plaster Rock et Woodstock. L'organisation fait la promotion de l'initiative régionale nommée *Positive Recreation Opportunities for Kids* (P.R.O. Kids),¹⁹ tout en assurant l'entretien d'un centre pour le *coaching*, l'organisation de nombreux événements récréatifs et l'accès à un spécialiste en loisirs qui travaille à temps complet.²⁰

Observations finales

Les professionnels de la santé ont aussi besoin de sortir des sentiers battus. Il n'est plus possible de combler les besoins des Néo-Brunswickois en demeurant entre les murs médicaux et bureaucratiques du système de soins de santé. D'ailleurs, un ensemble de recommandations récemment soumis par l'Association médicale canadienne en mentionne une qui « Encourage les médecins à appuyer les services qui tiennent compte des déterminants de la santé qui se trouvent actuellement en dehors du secteur de la santé ». ²¹ Ceci comprend les programmes et les politiques qui influencent l'environnement bâti, ainsi que ceux dans d'autres secteurs, tels qu'en éducation et en économie soulignés ci-dessus.

Pour les décideurs locaux, orienter les communautés vers une plus grande durabilité peut s'exprimer par la promotion de communautés plus saines et sécuritaires, ce qui aide à attirer les gens et les employeurs dans leur région et à retenir ceux qui s'y trouvent déjà. L'étalement urbain est également un problème dans toutes les municipalités du Nouveau-Brunswick. Le système de DSL actuel permet aux gens de vivre à l'extérieur des municipalités, encourageant ainsi l'usage des voitures et décourageant une croissance plus intelligente. Finalement, tandis que davantage d'argent est consacré au financement du système de soins de santé, moins d'argent est rendu disponible pour les projets d'infrastructures municipaux et l'administration municipale.

¹⁸ Western Valley Recreation Association, <http://www.wvra.ca/> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

¹⁹ PRO Kids, <http://www.wvra.ca/html/prokids.php> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

²⁰ Western Valley Recreation Association, <http://www.wvra.ca/> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

²¹ L'Association médicale canadienne, Rapport présenté à L'Association médicale canadienne par le Groupe consultatif sur les options de ressourcement pour des soins de santé viables au Canada. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Annual_Meeting/2011/AdvisoryPanelReport_fr.pdf Et, <http://www.cma.ca/advisory-panel-calls-for-reforms> (Information récupérée le 31 janvier 2012)

« La prolifération des banlieues devient une puissante force sociale, dont l'origine date de la Deuxième Guerre mondiale et qui a transformé la vie des gens tout en étirant les ressources publiques à la limite. L'étalement ne cesse pas, car les différents paliers gouvernementaux non seulement le permettent, mais ils l'encouragent..»²² Il est plus facile de maintenir le statu quo que de chercher d'autres options qui pourraient orienter les communautés vers des pratiques plus durables et en fin de compte plus saines.

Il est crucial que les professionnels de la santé améliorent leur compréhension des problèmes liés à la planification et à l'influence que ceux-ci exercent sur les déterminants de la santé. Le défi dans l'atteinte de ces objectifs de santé est compliqué par le manque de compréhension de l'ampleur de l'impact de l'environnement bâti sur les déterminants de la santé en particulier et la santé de la population en général. Concomitamment, les urbanistes, les promoteurs, les municipalités et les commissions de planification ont besoin d'approfondir leur compréhension de la santé à l'extérieur des hôpitaux et les professionnels de la santé ont besoin d'utiliser le rôle joué par l'urbanisme afin de déterminer l'état de santé de la population néo-brunswickoise. En effet, toutes les parties intéressées ont un intérêt mutuel à fournir aux citoyens des communautés saines et sécuritaires dans lesquelles ils peuvent vivre, travailler et jouer.

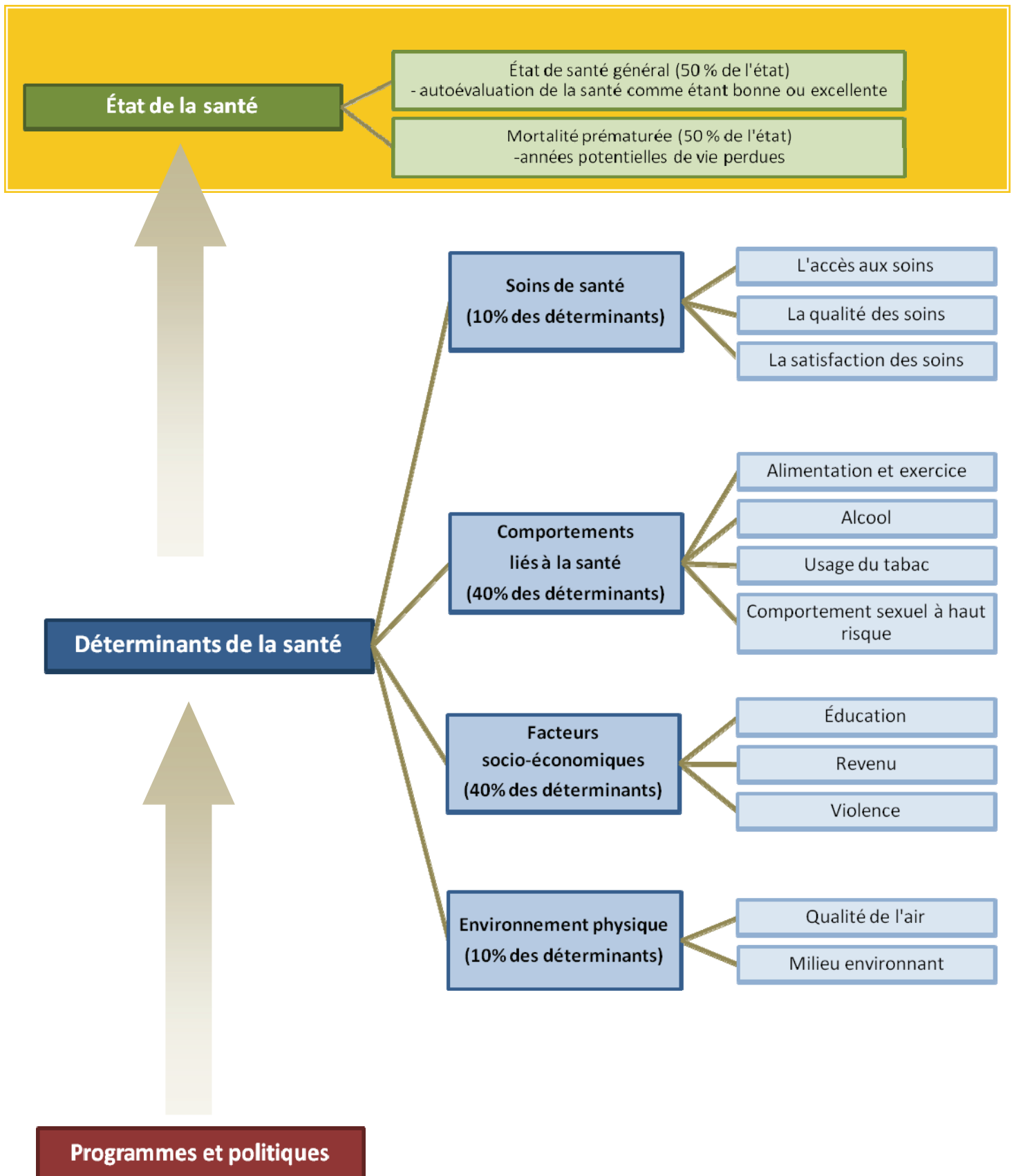
²²*Rochester City Newspaper*, Jeremy Moule, "Development: Sprawling communities, spiraling costs, February 9, 2011. <http://www.rochestercitynewspaper.com/news/articles/2011/02/DEVELOPMENT-Sprawling-communities-spiraling-costs/>
(Information récupérée le 31 janvier 2012)

Section 1

État de santé de la population

**L'état de santé de la population
accorde le même poids à
la qualité de vie et à la durée de la vie.**





Indicateur : Santé perçue, très bonne ou excellente

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501



Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant «excellent ou très bon» ou «passable ou mauvais», selon l'indicateur. La santé perçue est un indicateur de l'état de santé global d'une personne. Il peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures telles que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental. La santé perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'état de santé autodéclarée est l'une des mesures les plus communes utilisées lors d'enquêtes sur la santé publique au Canada et dans les pays semblables. Cet indicateur illustre les aspects physiques, émotionnels et sociaux de la santé et du bien-être.

Mortalité – Des études antérieures démontrent une association inverse fiable entre l'état de santé autodéclarée et la mortalité, ce qui veut dire que les personnes qui ont tendance à caractériser leur santé de très bonne ou excellente ont tendance à vivre plus longtemps.

Faible revenu et éducation – Il a été remarqué que, lorsque le revenu et l'éducation sont faibles, les résultats cliniques et la perception de la santé sont moins bons.

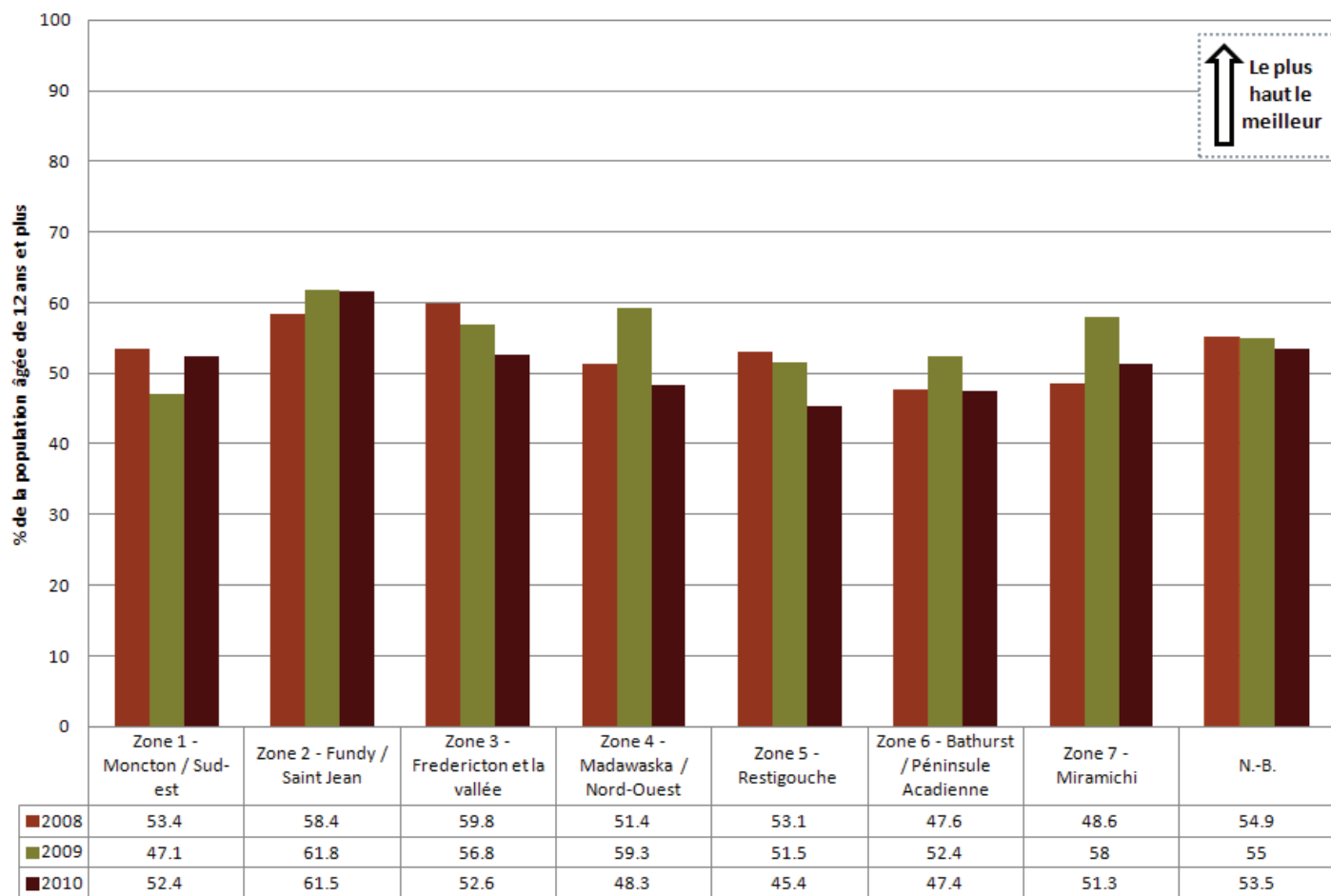
Utilisation des services de santé – La perception d'être en mauvaise santé est associée à une plus grande utilisation des services de santé.

Quelles sont les limites de cet indicateur?

Certains chercheurs soutiennent que la perception d'une personne sur son niveau de santé est un élément trop subjectif. D'autres remarquent que les différences culturelles entre pays jouent un rôle dans l'évaluation que font les gens sur leur état de santé. Toujours est-il que l'on a trouvé que la perception de l'état de santé peut être une variable qui explique l'utilisation future des soins de santé et du taux de mortalité. L'état de santé autodéclarée est également lié à l'âge : les personnes âgées sont plus portées à dire qu'elles ont une moins bonne santé que les personnes plus jeunes.

Se croient en très bonne ou en excellente santé - 2008 , 2009, 2010

(Santé perçue, très bonne ou excellente)



Indicateur : Santé mentale perçue, très bonne ou excellente

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent ou très bon. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçu fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.



Pourquoi cet indicateur est-il important?

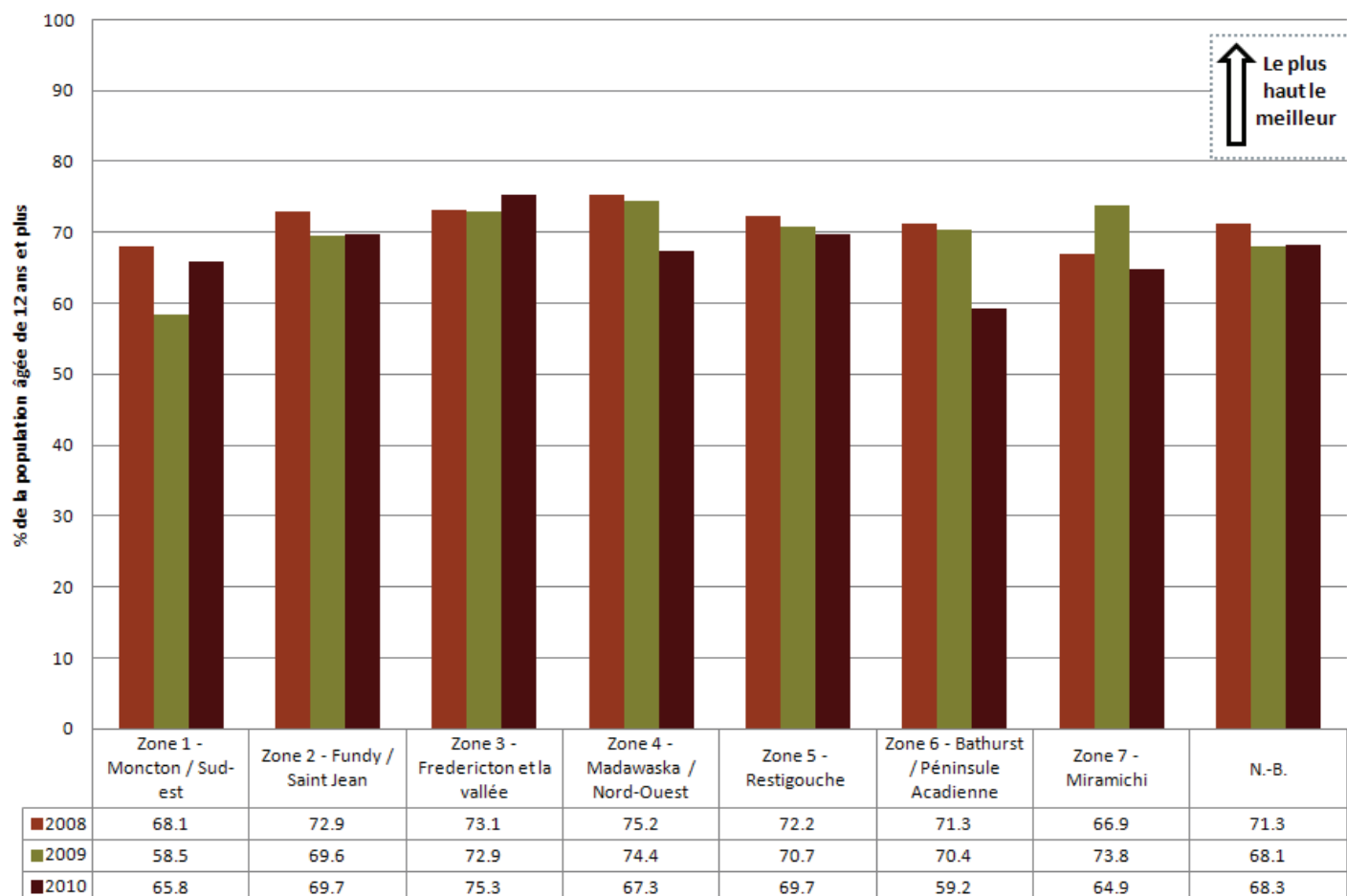
La perception au niveau de la santé mentale est une indication générale d'une population qui souffre d'une forme quelconque de troubles mentaux, de problèmes émotionnels ou de détresse. Cela n'est pas nécessairement reflété dans la perception de la santé. La littérature démontre également que la perception de la santé mentale est liée à la mortalité, à un niveau de stress élevé au travail et à la détresse psychologique.

La santé mentale est un élément fondamental de la santé globale de l'individu et de la santé des communautés. La santé mentale est essentielle au bien-être personnel et elle permet de vivre une vie équilibrée, productive et en santé. Les troubles de santé mentale apparaissent le plus souvent dans la population plus jeune : leur fréquence et leur état chronique font en sorte qu'ils sont une cause importante d'incapacité.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cinq des dix causes principales d'incapacité sont liées aux problèmes de santé mentale. L'OMS prévoit que, dans moins de 20 ans, la deuxième cause la plus importante d'incapacité dans le monde sera la dépression.

Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale - 2008, 2009, 2010

(Santé mentale perçue, très bonne ou excellente)



Indicateur : Douleurs ou malaises empêchant des activités

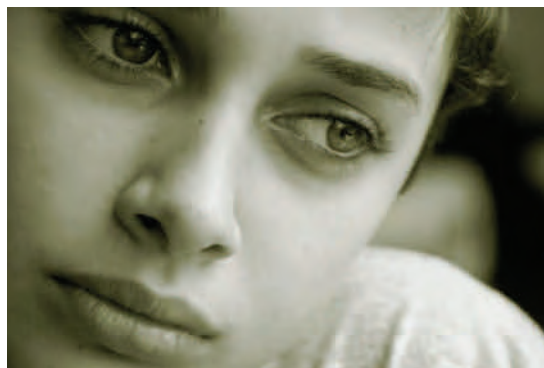
Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir des douleurs ou malaises qui ont un effet sur leurs activités.

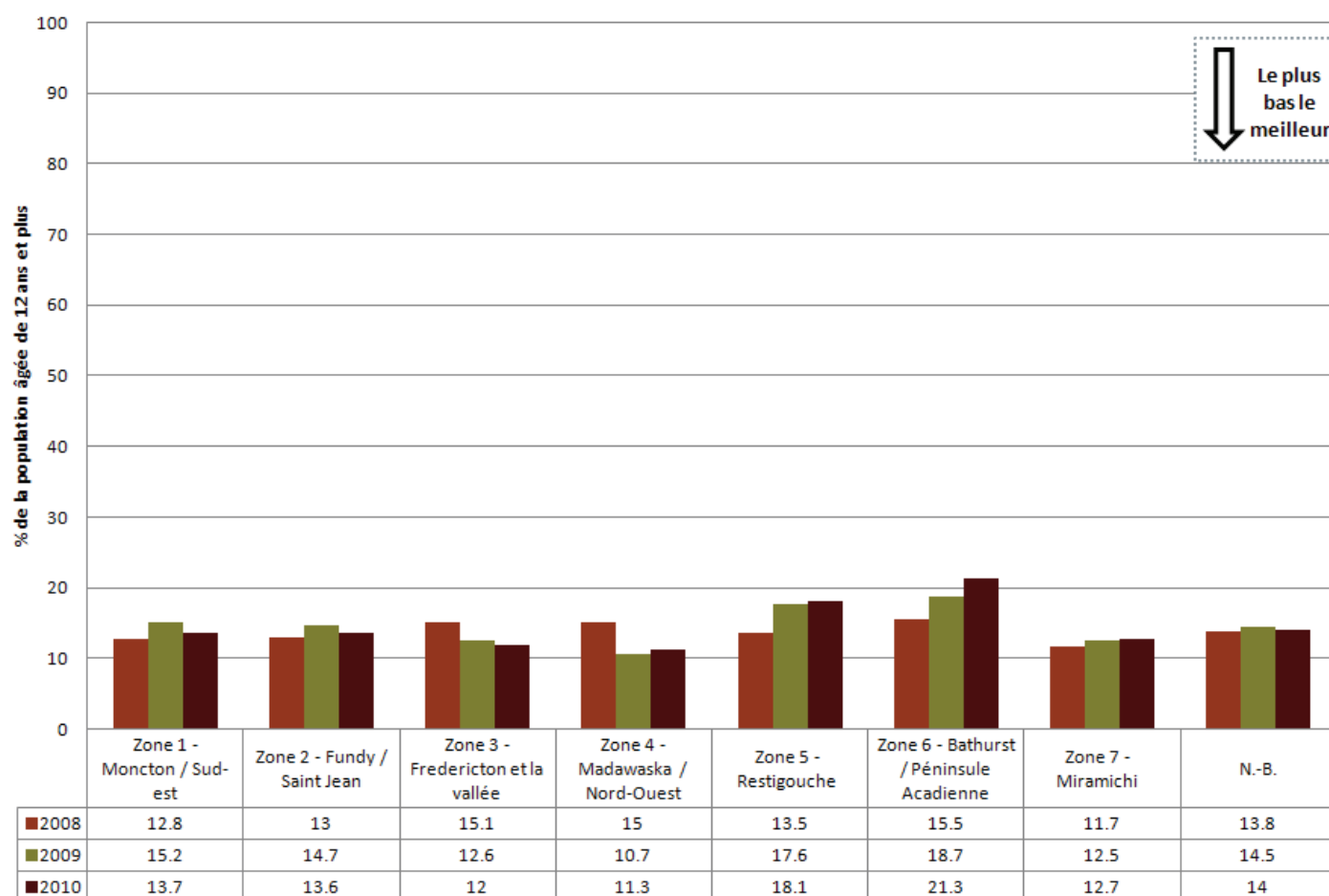
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Ensemble, la perception de la santé et la perception de la santé mentale permettent d'identifier le niveau d'incapacité d'un individu. Des douleurs et des inconforts qui empêchent de vivre une vie normale ou de participer à des activités sociales et récréatives peuvent être très gênants et peuvent être accompagnés d'un niveau de douleur chronique. *Les gens qui souffrent d'une incapacité liée le plus souvent à la douleur ont tendance à utiliser les services de soins de santé primaire plus souvent, effectuent plus de visites en salle d'urgence et ont souvent un taux d'admission dans les hôpitaux plus élevés.*



Douleurs ou malaises qui empêche de faire certaines activités - 2008 , 2009, 2010

(Douleurs ou malaises empêchant des activités)



Indicateur : Satisfaction à l'égard de la vie

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être satisfaite ou très satisfaite de leur vie en général.

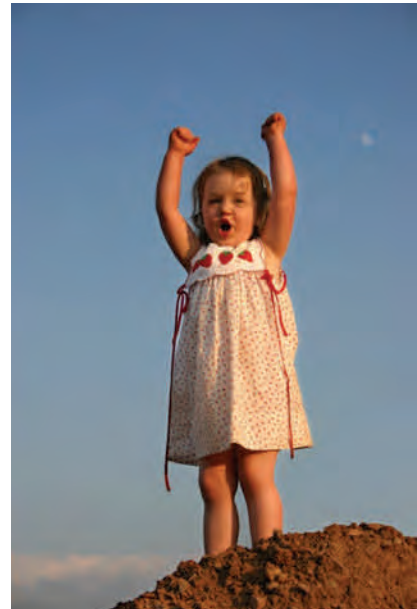
À partir de 2009, cet indicateur est basé sur une variable groupée. En 2009, cette question est passée d'une échelle de 5 catégories à une échelle à 11 catégories. Il a été établi qu'il y avait une bonne correspondance entre ces deux échelles.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

La satisfaction à l'égard de la vie est un critère qui se définit suite à une évaluation personnelle et subjective par rapport au bien-être global.

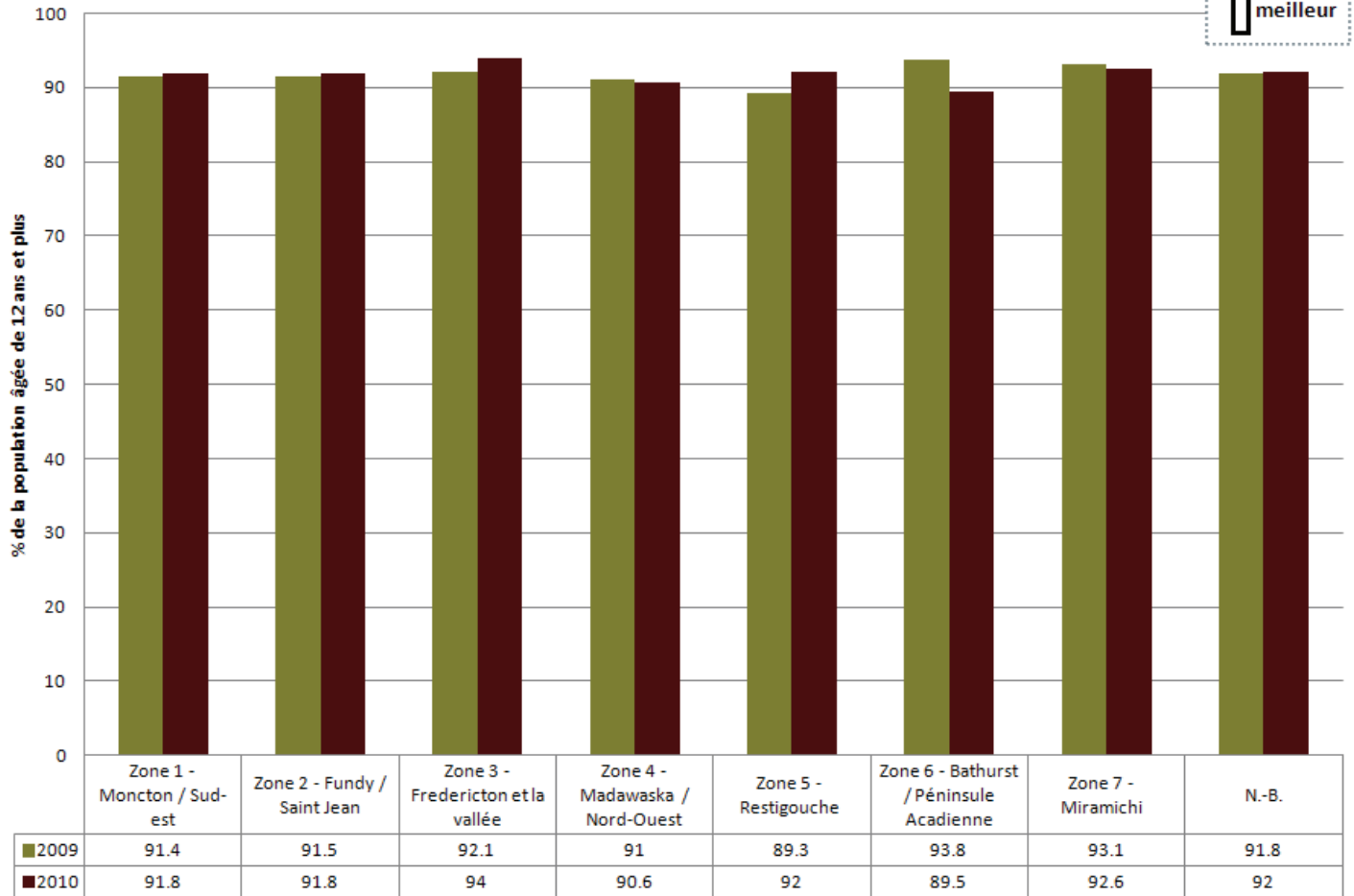
De nombreux facteurs interviennent dans la satisfaction à l'égard de sa vie, dont l'état de la santé, la santé, le revenu, la vie de famille et à la maison, la vie au travail, la vie sociale, les activités récréatives et physiques, une vie heureuse, la satisfaction professionnelle, l'optimisme, le bien-être et les aptitudes à répondre au stress, pour ne nommer que quelques uns. De plus, l'endroit où l'on habite, le standard de vie et les attentes peuvent aussi contribuer à la satisfaction de vivre.

Lorsque les citoyens sont heureux, comblés et engagés, il s'agit d'une manifestation d'une société prospère.



Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e) - 2009 et 2010

(Satisfaction à l'égard de la vie)



Indicateur : Espérance de vie à la naissance

Source: Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès, 2006 Tableau CANSIM no. 102-0511 (information sur les zones) 2005-2007 et le Tableau CANSIM no. 102-05112 2006-2008 (information sur les provinces et territoires)

Définition:

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) et ainsi de suite pour les autres groupes d'âge, si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée (comme l'année civile) demeuraient constantes sur la durée de vie estimée.

Les estimations se fondent sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité et l'estimation de la population de l'année du milieu. La période de référence associée à ces données reflète le point milieu de la période de trois années. L'espérance de vie et les intervalles de confiance s'y rapportant sont fondés sur la méthode de Chiang (Chiang, CL., « The Life Table and its Applications », Robert, E., Krieger Publishing Company, Malabar, Florida, 1984).

Les taux utilisés dans ce tableau pour calculer l'espérance de vie sont établis au moyen de données qui n'incluent pas : les naissances pour lesquelles la mère n'est pas résidente du Canada; les naissances pour lesquelles la mère est résidente du Canada, mais la province ou le territoire de résidence est inconnu; les décès de non-résidents du Canada; les décès de résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence est inconnu; les décès de personnes dont l'âge ou le sexe est inconnu.

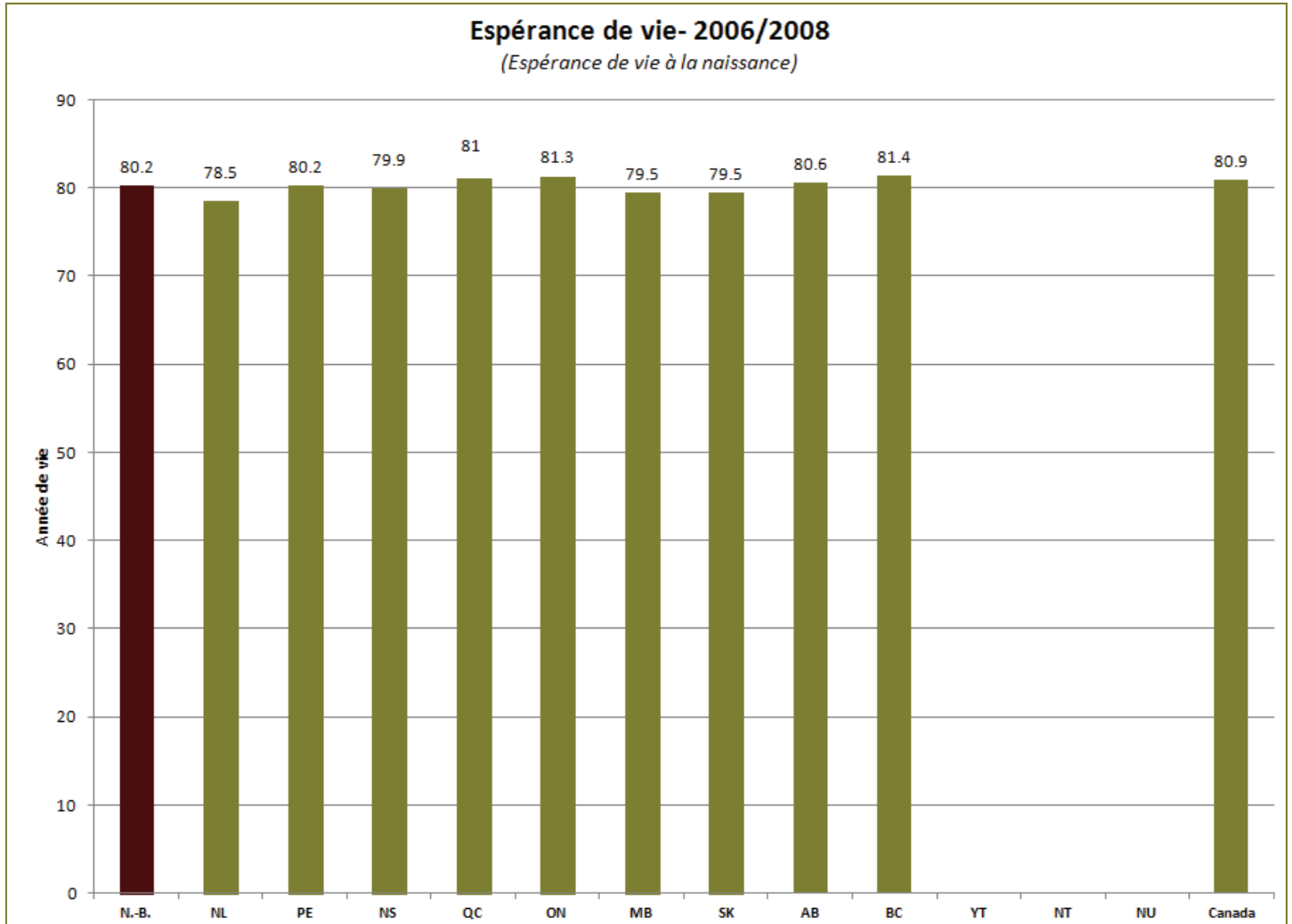
Les taux utilisés dans ce tableau pour calculer l'espérance de vie sont fondés sur des données totalisées selon le lieu de résidence.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Cet indicateur est couramment utilisé pour mesurer la santé de la population, car *l'espérance de vie mesure la quantité plutôt que la qualité de vie*. Il est largement considéré comme un indicateur de la santé globale d'un pays ou, dans notre cas, d'une province ou d'une zone de santé. L'espérance de vie a augmenté de façon considérable pour la majorité des gens dans le monde aujourd'hui, en raison surtout de meilleurs soins sanitaires (environnement physique), de nutrition (comportements de santé) et de progrès en médecine (soins de santé).

L'espérance de vie est liée à plusieurs facteurs en plus des ressources économiques, comme le choix de mode de vie, l'éducation, l'environnement et l'accès à des services de santé de qualité.





Indicateur : Faible poids à la naissance

Source: Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, 2005-2007
Tableau CANSIM no. 102-4303

Définition:

Proportion de naissances vivantes (poids à la naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Les totalisations et taux (pourcentages) du présent tableau se fondent sur la somme de trois années consécutives de données, divisée par trois. Ces données ont été arrondies et ne permettent pas toujours d'obtenir les totalisations exactes.

La période de référence associée à ces données reflète le point milieu de la période de trois années.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les bébés qui ont un poids insuffisant à la naissance sont plus à risque de mourir au cours de la première année de vie et ont des taux plus élevés d'incapacité et de maladie que les autres bébés. *L'insuffisance de poids à la naissance est la cause principale de mortalité infantile dans le monde.*

Certains facteurs peuvent contribuer à une insuffisance de poids à la naissance :

La race - Les bébés afro-américains sont deux fois plus susceptibles d'avoir un poids insuffisant à la naissance que les bébés de race blanche;

L'âge - Les mères adolescentes (surtout celles âgées de moins de 15 ans) ont un risque beaucoup plus élevé d'avoir un bébé avec un poids de naissance très insuffisant;

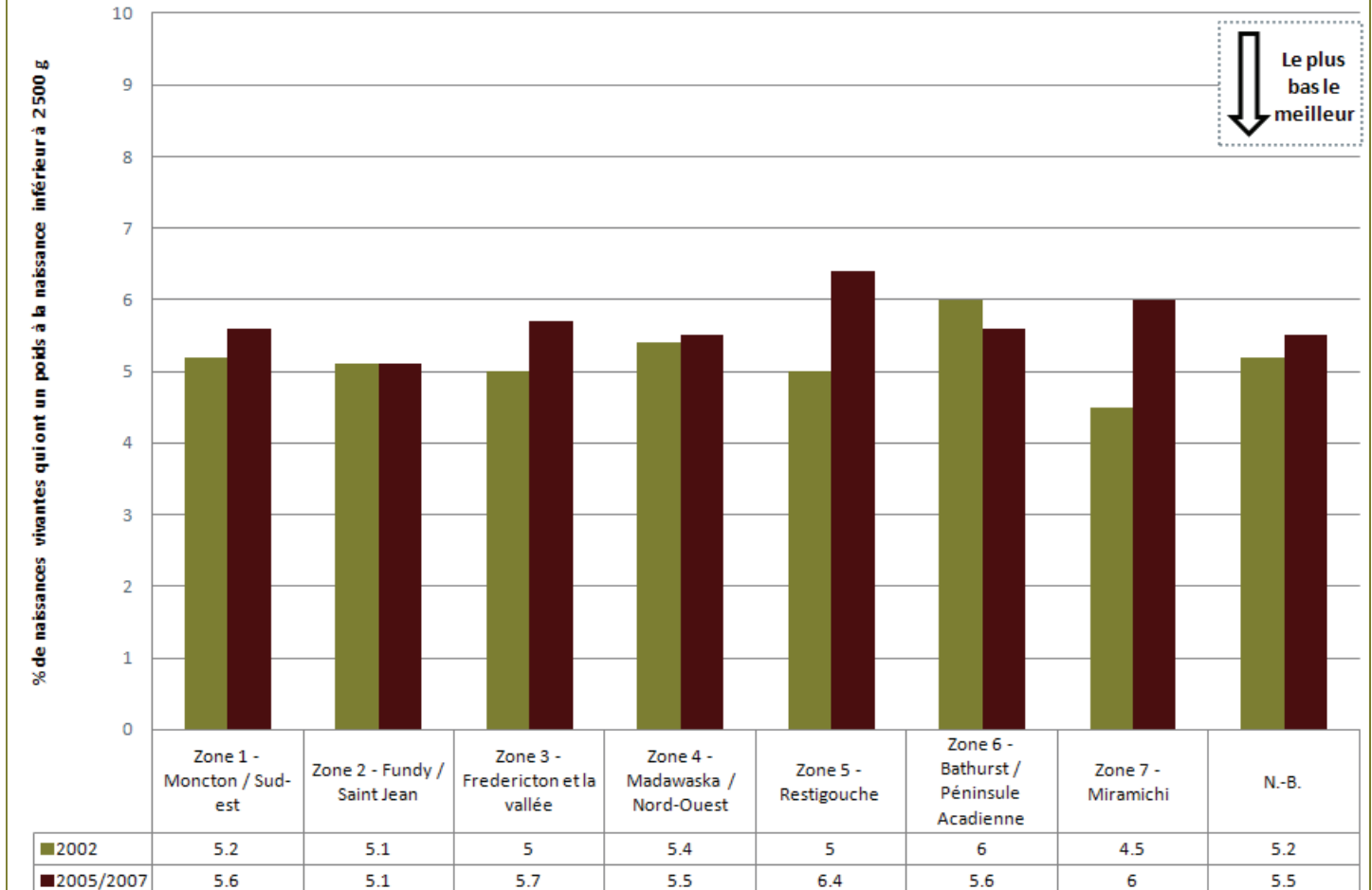
Naissances multiples – Les naissances multiples mettent davantage les bébés à risque d'une insuffisance de poids très élevé parce que, souvent, ils naissent prématurément. Environ 10 % des jumeaux et 33 % des triplets ont un poids insuffisant à la naissance.

La santé de la mère – Les mères qui fument, boivent de l'alcool et utilisent des drogues durant la grossesse sont plus à risque de donner naissance à des bébés avec un faible poids ou un très faible poids. Les mères dont le statut socioéconomique est moins élevé risquent de souffrir d'une malnutrition durant la grossesse, de ne pas recevoir les soins prénatals adéquats et d'avoir des complications durant la grossesse. Tous ces facteurs peuvent contribuer à un poids insuffisant à la naissance.

Les soins prénatals sont un facteur clé pour prévenir les naissances prématurées et les bébés avec un très faible poids. Puisque la nutrition durant la grossesse et la prise de poids sont liées à la prise de poids fœtal et au poids des bébés à la naissance, il est essentiel de manger sainement durant la grossesse et de prendre le poids approprié. Les mères doivent également éviter de boire de l'alcool, de fumer et de prendre des drogues durant la grossesse: ces comportements peuvent contribuer à des complications, entre autres, à une pauvre croissance du fœtus.

Faible poids à la naissance - 2002 et 2005-2007

(Faible poids à la naissance)



Indicateur : Mortalité infantile

Source: Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, 2005/2007
Tableau CANSIM no. 102-4305

Définition:

La mortalité infantile correspond au décès d'un enfant de moins d'un an.

Les totalisations du présent tableau se fondent sur la somme de trois années consécutives de données divisée par trois. Ces données ont été arrondies et ne permettent pas toujours d'obtenir les totalisations exactes. Les taux se fondent sur les totalisations pour 1 000 naissances vivantes.

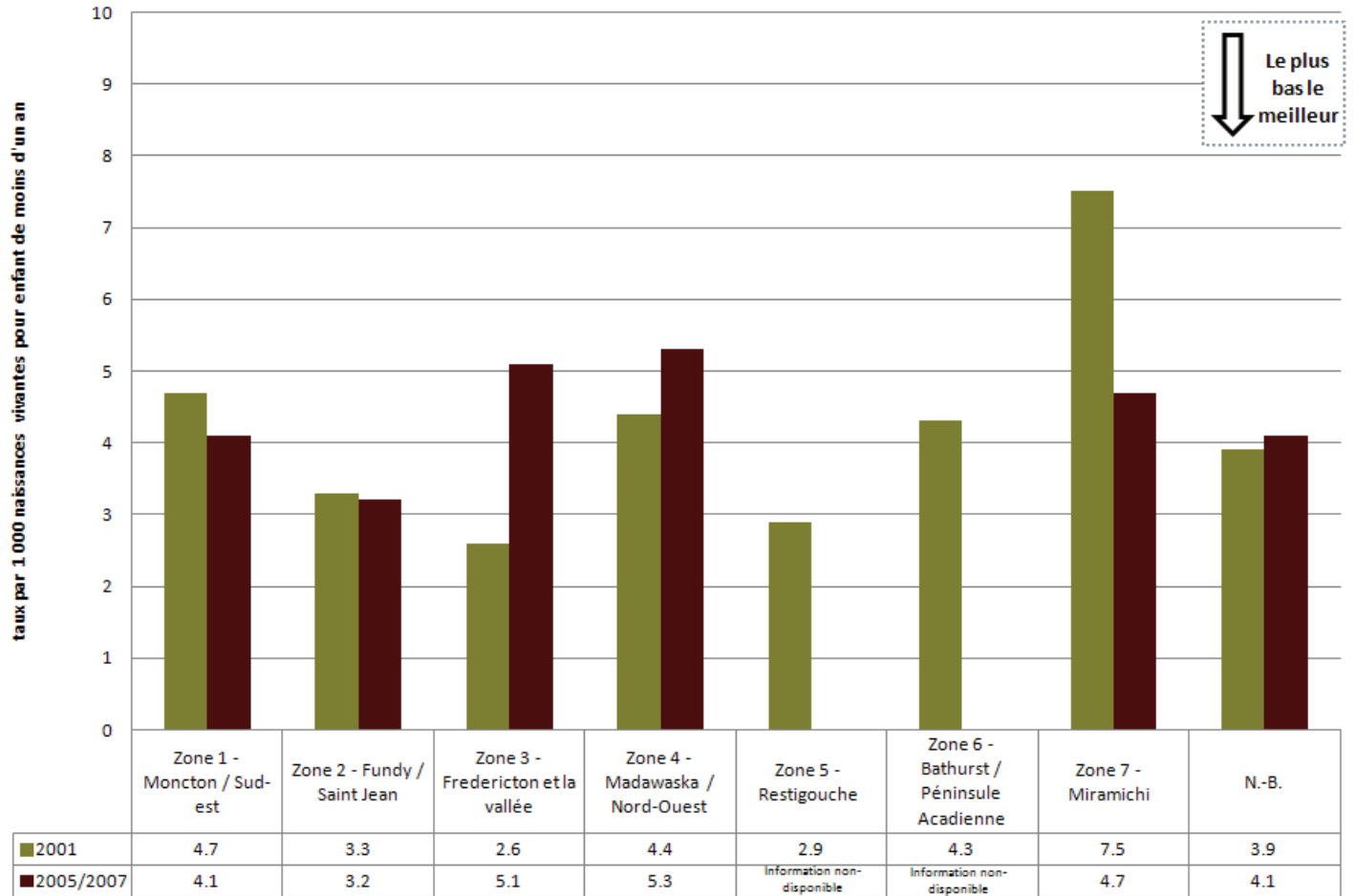
La période de référence associée à ces données reflète le point milieu de la période de trois années.

En regardant la moyenne canadienne, il faut interpréter avec prudence les données sur les naissances de l'Ontario, puisqu'ils sont sous-estimés parce que des fichiers ont été remis incomplets. Ceci peut avoir une influence sur la moyenne canadienne.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Cet indicateur est reconnu comme étant une mesure importante du niveau de soins de santé dans un pays, une province ou une zone de santé, parce qu'il *est directement lié à l'état de santé des bébés, des enfants et des femmes enceintes ainsi qu'à l'accès aux services de soins de santé, aux conditions socioéconomiques et aux pratiques de santé publique.*

Mortalité infantile - 2001 et 2005-2007 (Mortalité infantile)



Indicateur : Années potentielles de vie perdues – maladies de l'appareil circulatoire

Source: Agences des statistique de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2005-2009

Définition:

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour tous les décès dus à la maladie circulatoire confondus (codes I00 à I99) et causes spécifiques : cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), accidents vasculaires cérébraux (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies circulatoires (codes I00 à I02, I05 à I09, I10 à I15, I26 à I28, I30 à I52, I70 à I79, I80 à I89, et I95 à I99 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute maladie circulatoire — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

La première étape consiste à calculer les « années de vie perdues » pour chaque personne décédée de mort prématurée du aux maladies de l'appareil circulatoire avant l'âge de 75 ans (de 2004 à 2008, peu importe l'année) en prenant l'âge de chaque personne au décès et en le soustrayant de 75. Pour la deuxième étape, le « rapport de vies perdues » est calculé en additionnant le total des années de vie perdues des décès prématurés liés au cancer et en divisant ce nombre de la population totale (données du recensement 2006) dont l'âge est inférieur à 75 ans. Enfin, pour illustrer les années potentielles de vie perdues en tant que moyenne des cinq dernières années par 10 000 habitants., ce rapport est multiplié par 10 000 et divisé par cinq (5).

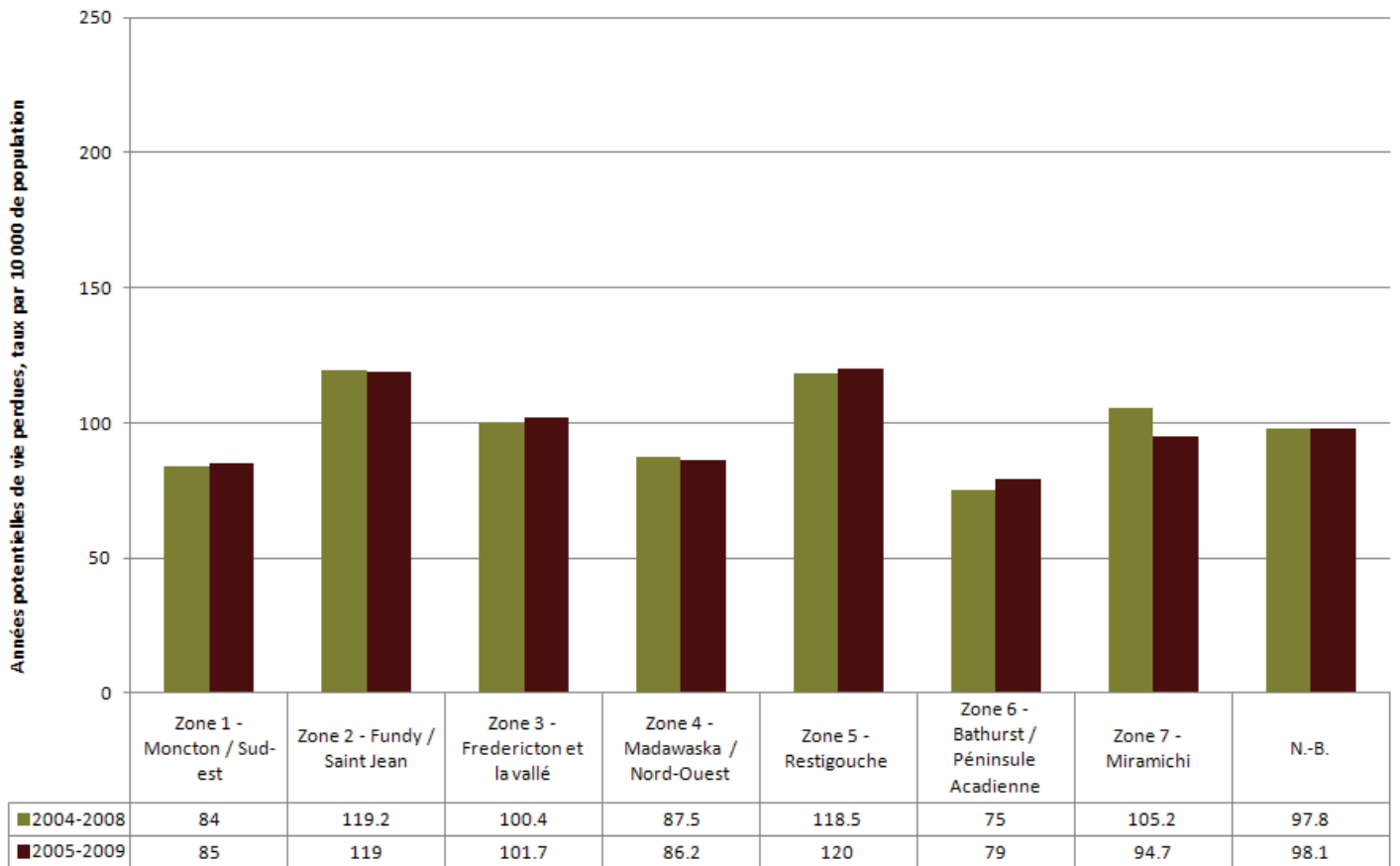
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'indicateur APVP accorde plus de poids aux causes de décès à un âge plus jeune qu'à celles à un âge plus avancé. *En mettant en évidence la perte de vie à un âge plus jeune, l'AVPV permet de reconnaître les principales causes de décès prématurés en raison de maladie du cœur.*

Note: Les indicateurs des années potentielles de vie perdues ont été calculés pour la période de 2004-2008 et 2005-2009 avec les données du Nouveau-Brunswick seulement. Ils ne peuvent pas être comparés à l'échelle nationale.

Décès prématuré dû aux maladies du cœur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke) - 2004-2008 et 2005-2009

(Années potentielles de vie perdues - maladies de l'appareil circulatoire)



Indicateur : Années potentielles de vie perdues – toutes les tumeurs malignes (cancers)

Source: Agences des statistique de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2005-2009

Définition:

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour toutes tumeurs malignes confondues (codes C00 à C97 de la CIM-10) et cancers spécifiques : colorectal (codes C18 à C21 de la CIM-10), poumon (codes C33 et C34 de la CIM-10), cancer du sein chez la femme (code C50 de la CIM-10) et prostate (code C61 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute forme de cancer — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

La première étape consiste à calculer les « années de vie perdues » pour chaque personne décédée de mort prématurée du aux tumeurs malignes (cancers) avant l'âge de 75 ans (de 2004 à 2008, peu importe l'année) en prenant l'âge de chaque personne au décès et en le soustrayant de 75. Pour la deuxième étape, le « rapport de vies perdues » est calculé en additionnant le total des années de vie perdues des décès prématurés liés au cancer et en divisant ce nombre de la population totale (données du recensement 2006) dont l'âge est inférieur à 75 ans. Enfin pour illustrer les années potentielles de vie perdues en tant que moyenne des cinq dernières années par 10 000 habitants., ce rapport est multiplié par 10 000 et divisé par cinq (5).

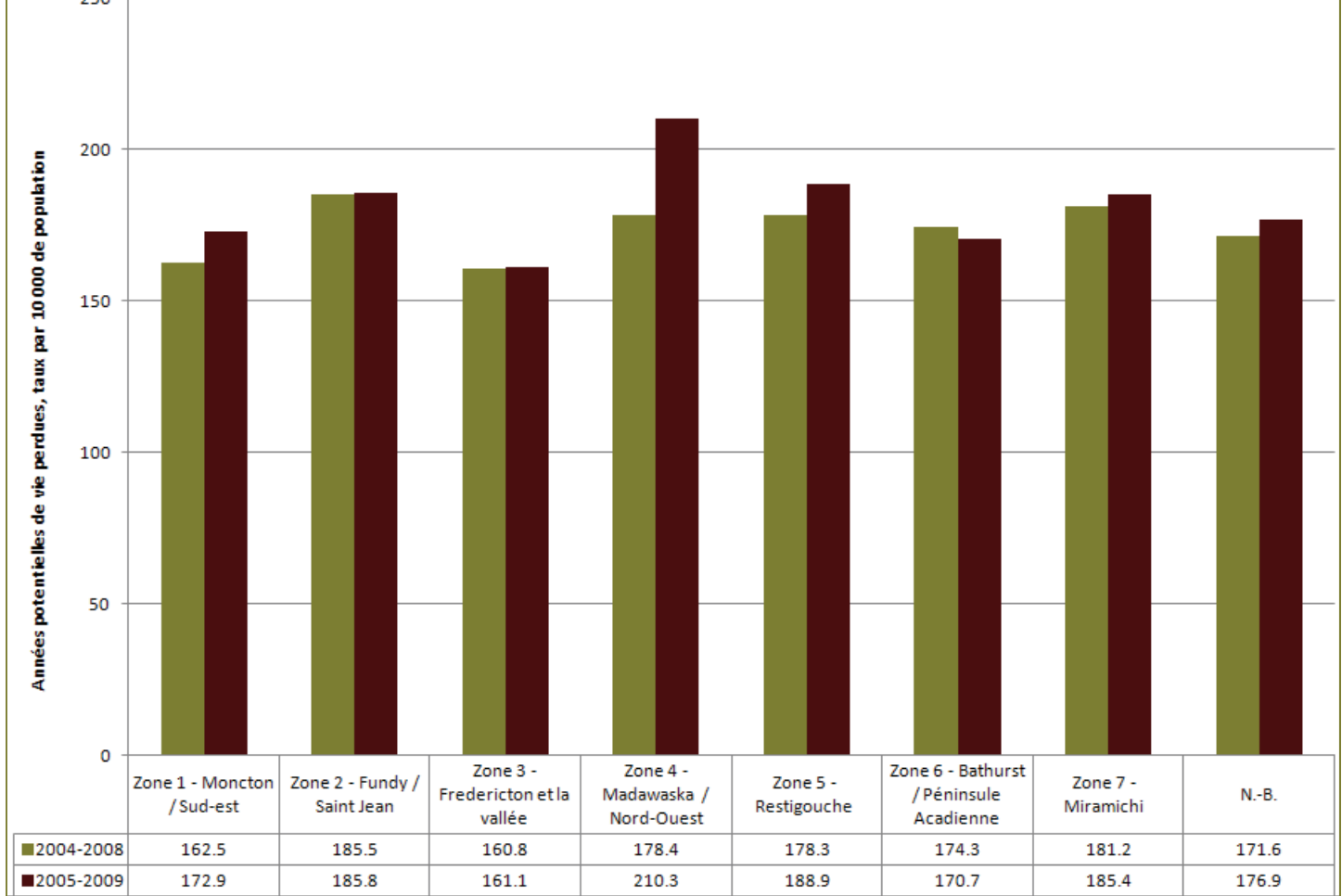
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'indicateur APVP accorde plus de poids aux causes de décès à un âge plus jeune qu'à celles à un âge plus avancé. *En mettant en évidence la perte de vie à un âge plus jeune, l'AVPV permet de reconnaître les principales causes de décès prématurés en raison de cancer.*

Note: Les indicateurs des années potentielles de vie perdues ont été calculés pour la période de 2004-2008 et 2005-2009 avec les données du Nouveau-Brunswick seulement. Ils ne peuvent pas être comparés à l'échelle nationale.

Décès prématuré dû aux cancer - 2004-2008 and 2005-2009

(Années potentielles de vie perdues - toutes les tumeurs malignes (cancers))



Indicateur : Années potentielles de vie perdues – maladies de l'appareil respiratoire

Source: Agences des statistique de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2005-2009

Définition:

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour tous les décès dus aux maladies respiratoires confondus (codes J00 à J99 de la CIM-10) et causes spécifiques : pneumonie et grippe (codes J10 à J18 de la CIM-10), bronchite/emphysème/asthme (codes J40 à J43, J45 et J46 de la CIM-10) et toutes les autres maladies respiratoires (codes J00 à J06, J20 à J22, J30 à J39, J44 à J47, J60 à J70, J80 à J84, J85, J86, J90 à J94 et J95 à J99 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie «perdues» lorsqu'une personne meurt «prématurément » de toute maladie respiratoire — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

La première étape consiste à calculer les « années de vie perdues » pour chaque personne décédée de mort prématurée du aux maladies de l'appareil respiratoire avant l'âge de 75 ans (de 2004 à 2008, peu importe l'année) en prenant l'âge de chaque personne au décès et en le soustrayant de 75. Pour la deuxième étape, le « rapport de vies perdues » est calculé en additionnant le total des années de vie perdues des décès prématurés liés au cancer et en divisant ce nombre de la population totale (données du recensement 2006) dont l'âge est inférieur à 75 ans. Enfin pour illustrer les années potentielles de vie perdues en tant que moyenne des cinq dernières années par 10 000 habitants., ce rapport est multiplié par 10 000 et divisé par cinq (5).

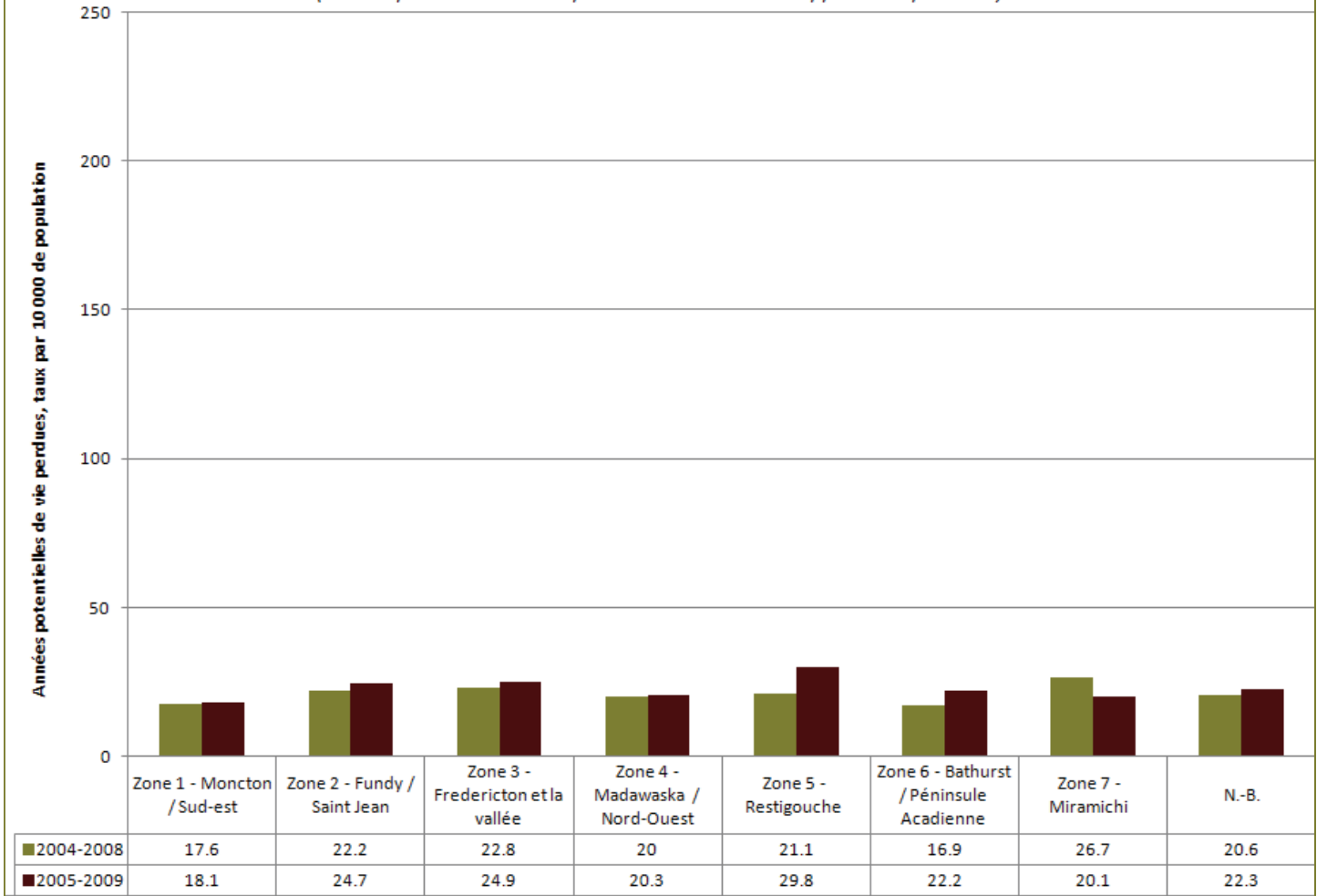
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'indicateur APVP accorde plus de poids aux causes de décès à un âge plus jeune qu'à celles à un âge plus avancé. *En mettant en évidence la perte de vie à un âge plus jeune, l'AVPV permet de reconnaître les principales causes de décès prématurés en raison de maladies respiratoires.*

Note: Les indicateurs des années potentielles de vie perdues ont été calculés pour la période de 2004-2008 et 2005-2009 avec les données du Nouveau-Brunswick seulement. Ils ne peuvent pas être comparés à l'échelle nationale.

Décès prématuré dû aux maladie respiratoires - 2004-2008 et 2005-2009

(Années potentielles de vie perdues - maladies de l'appareil respiratoire)



Indicateur : Années potentielles de vie perdues - blessures accidentelles

Source: Agences des statistique de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2005-2009

Définition:

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour les blessures accidentelles (codes V01 à X59, Y85 et Y86 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt «prématurément» d'une blessure accidentelle — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

La première étape consiste à calculer les « années de vie perdues » pour chaque personne décédée de mort prématurée du aux blessures accidentelles avant l'âge de 75 ans (de 2004 à 2008, peu importe l'année) en prenant l'âge de chaque personne au décès et en le soustrayant de 75. Pour la deuxième étape, le « rapport de vies perdues » est calculé en additionnant le total des années de vie perdues des décès prématurés liés au cancer et en divisant ce nombre de la population totale (données du recensement 2006) dont l'âge est inférieur à 75 ans. Enfin pour illustrer les années potentielles de vie perdues en tant que moyenne des cinq dernières années par 10 000 habitants., ce rapport est multiplié par 10 000 et divisé par cinq (5).

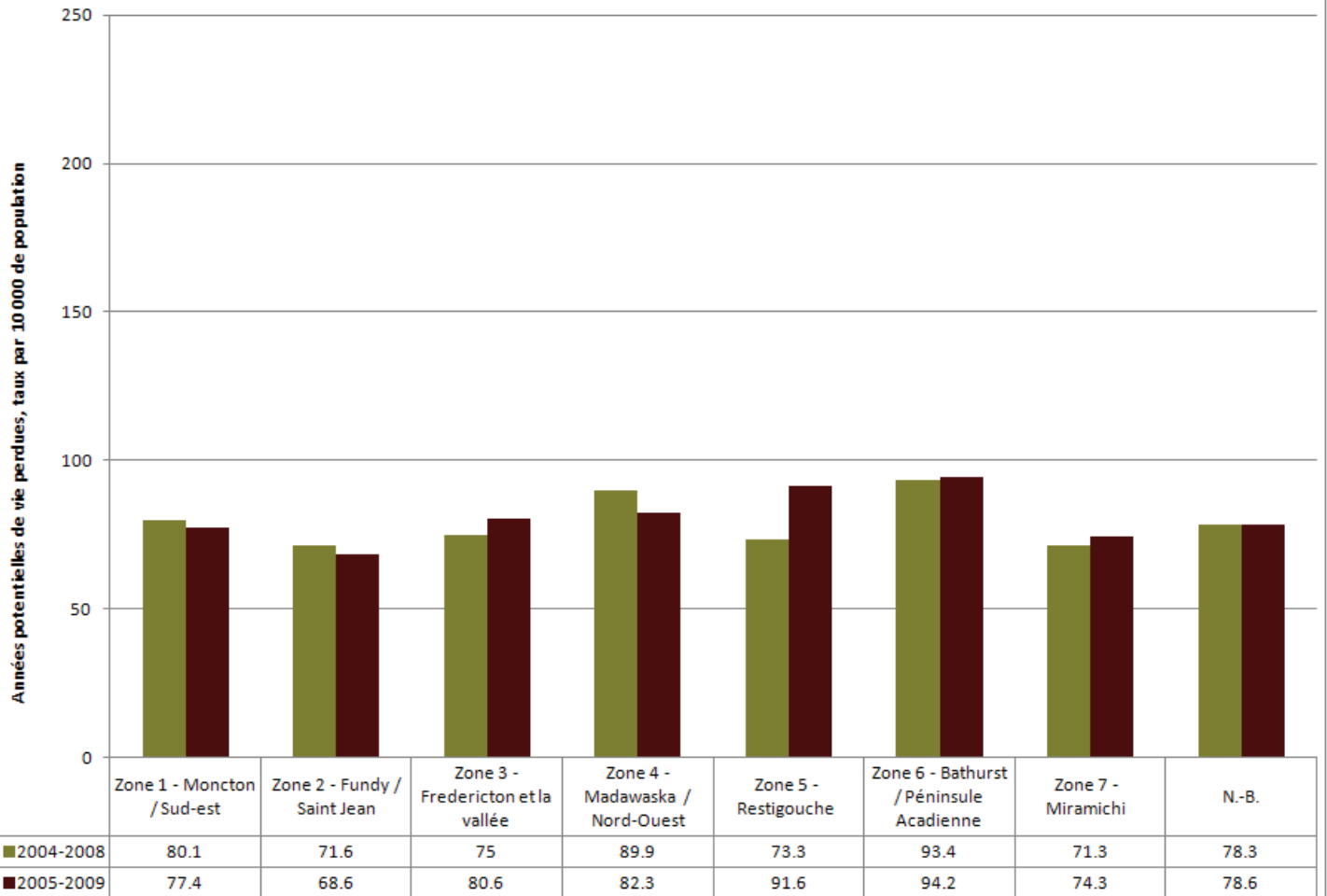
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'indicateur APVP accorde plus de poids aux causes de décès à un âge plus jeune qu'à celles à un âge plus avancé. *En mettant en évidence la perte de vie à un âge plus jeune, l'AVPV permet de reconnaître les principales causes de décès prématurées en raison d'accidents.*

Note: Les indicateurs des années potentielles de vie perdues ont été calculés pour la période de 2004-2008 et 2005-2009 avec les données du Nouveau-Brunswick seulement. Ils ne peuvent pas être comparés à l'échelle nationale.

Décès prématuré dû aux accidents- 2004-2008 et 2005-2009

(Années potentielles de vie perdues - blessures accidentelles)



Indicateur : Années potentielles de vie perdues - suicides blessures auto-infligées

Source: Agences des statistique de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2005-2009

Définition:

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour les suicides et blessures auto infligées (codes X60 à X84,Y87.0 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt «prématurément » par suicide — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

La première étape consiste à calculer les « années de vie perdues » pour chaque personne décédée de mort prématurée du aux suicides blessures auto-infligées avant l'âge de 75 ans (de 2004 à 2008, peu importe l'année) en prenant l'âge de chaque personne au décès et en le soustrayant de 75. Pour la deuxième étape, le « rapport de vies perdues » est calculé en additionnant le total des années de vie perdues des décès prématurés liés au cancer et en divisant ce nombre de la population totale (données du recensement 2006) dont l'âge est inférieur à 75 ans. Enfin pour illustrer les années potentielles de vie perdues en tant que moyenne des cinq dernières années par 10 000 habitants., ce rapport est multiplié par 10 000 et divisé par cinq (5).

Le terme « auto-infligées » fait référence aux comportements suicidaires et non suicidaires tels que l'auto-mutilation.

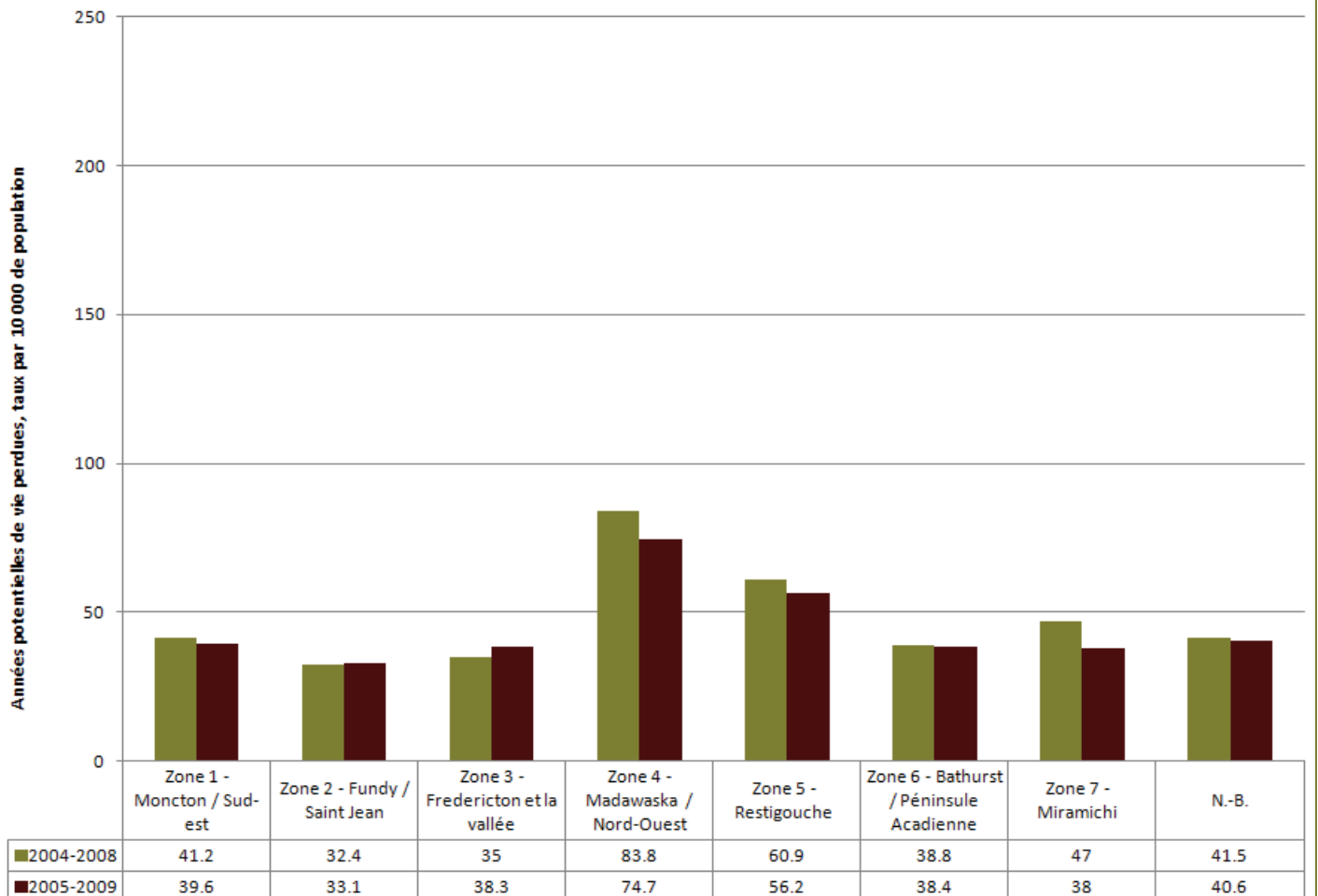
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'indicateur APVP accorde plus de poids aux causes de décès à un âge plus jeune qu'à celles à un âge plus avancé. *En mettant en évidence la perte de vie à un âge plus jeune, l'AVPV permet de reconnaître les principales causes de décès prématurées en raison de suicides et de blessures auto-infligées.*

Note: Les indicateurs des années potentielles de vie perdues ont été calculés pour la période de 2004-2008 et 2005-2009 avec les données du Nouveau-Brunswick seulement. Ils ne peuvent pas être comparés à l'échelle nationale.

Décès prématuré dû aux suicides et blessure volontaires- 2004-2008 et 2005-2009

(Années potentielles de vie perdues - suicides blessures auto-infligées)



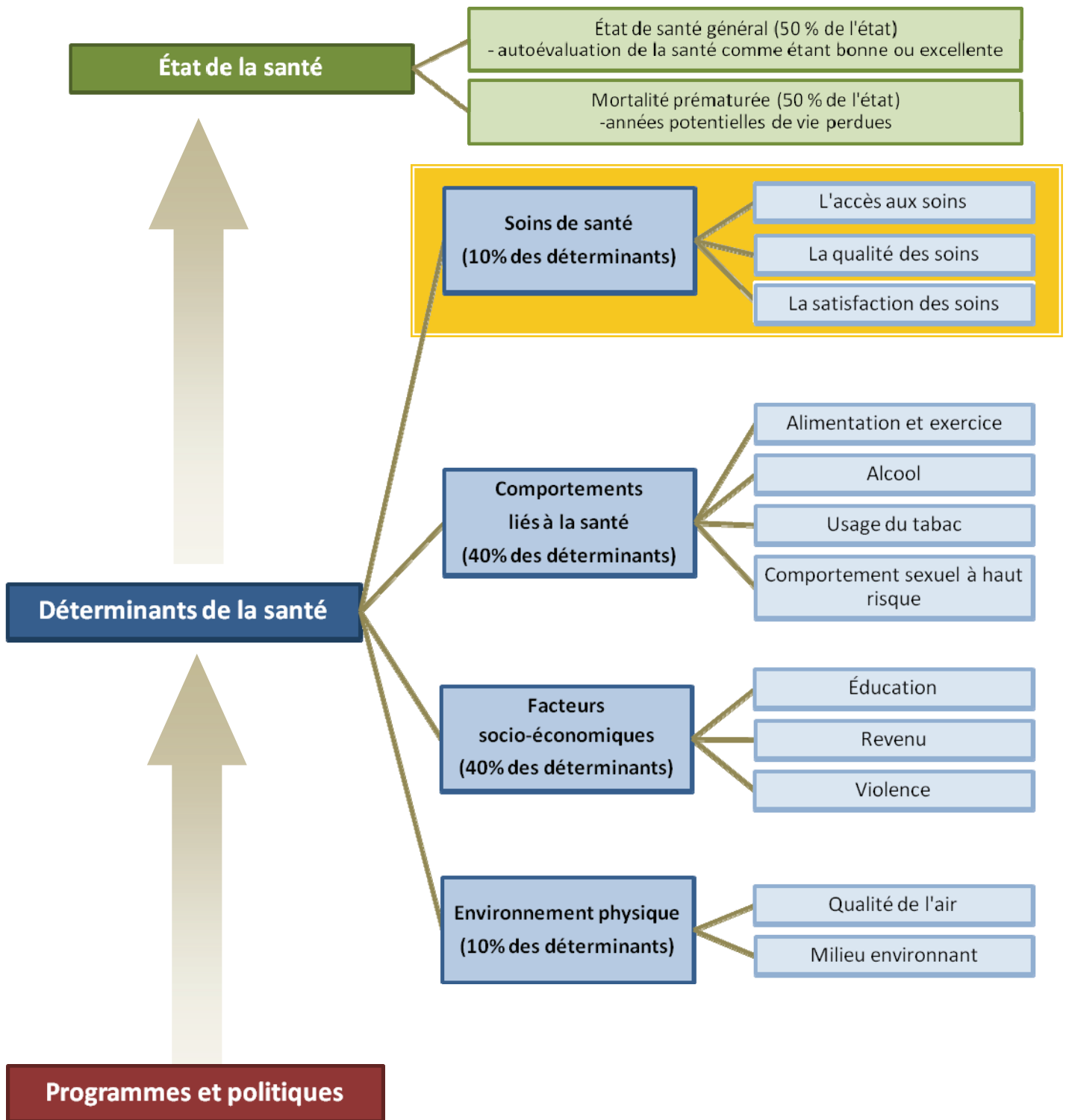
Partie 2 — Déterminants de la santé

Soins de santé: Représentent 10 % des déterminants de la santé

Chaque personne utilisera des services de soins de santé à un moment donné dans sa vie et certaines personnes, plus souvent que d'autres.

C'est un facteur important dans notre quête vers une bonne santé et le mieux-être.

Lorsque des services de santé de qualité sont donnés au moment opportun, cela peut avoir une influence majeure sur l'état de santé et la qualité de vie.



Indicateur : A un médecin régulier

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008 , 2009 et 2010
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un médecin régulier qui offrent des soins de santé primaires et sont considérés pour les procédures de routine, les examens annuels, analyses de sang, ou de vaccins contre la grippe. Un médecin inclut les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes.

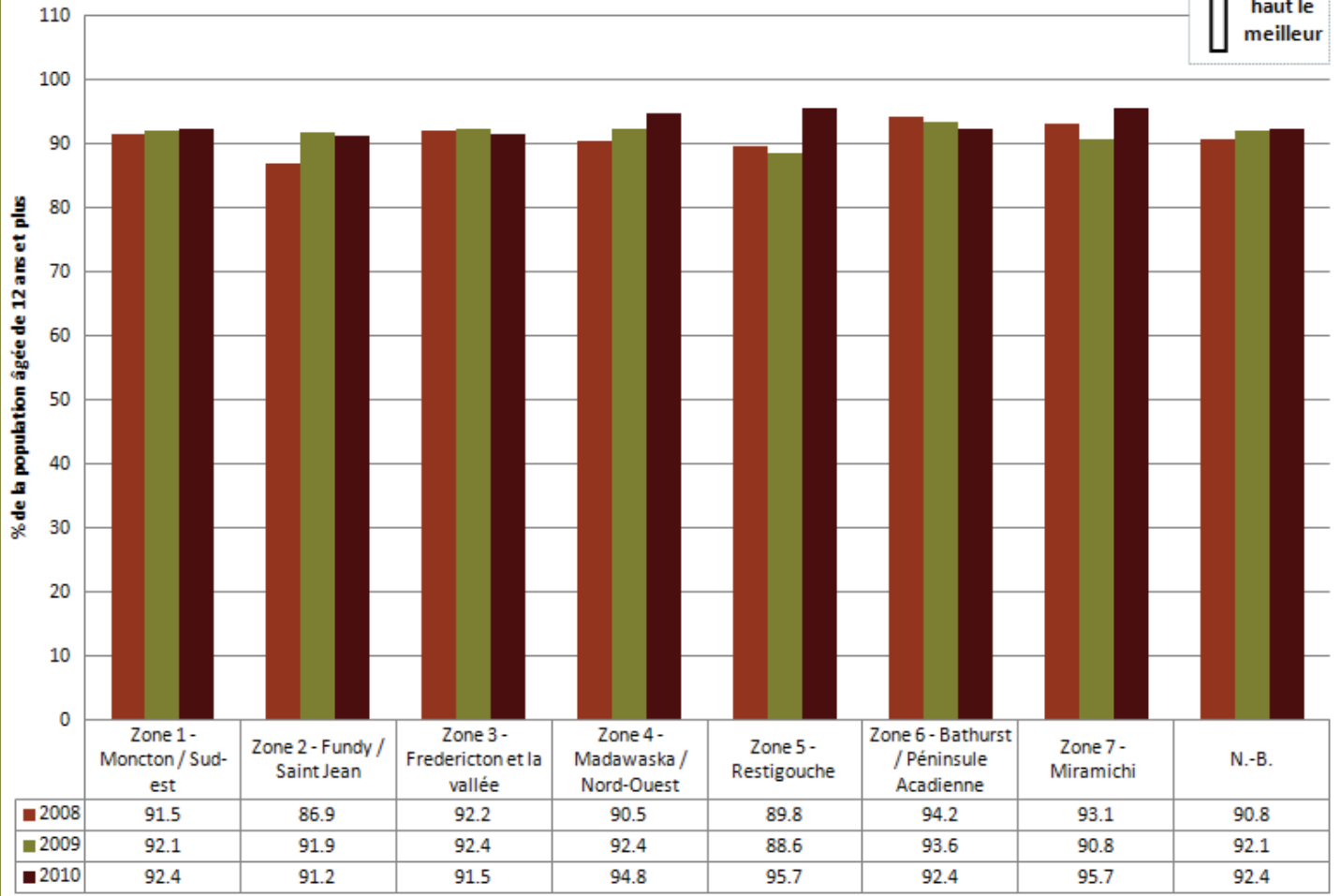
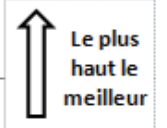
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les Canadiens et les Canadiennes qui n'ont pas de médecin régulier sont plus de deux fois susceptibles à dire *avoir du mal à bénéficier de services de préventions et de routine*. Par exemple, les femmes ayant reçu très peu ou pas de soins médicaux étaient moins portées à avoir subi une mammographie depuis deux ans ou à n'avoir jamais passé un test de Pap, les plaçant ainsi à plus grand risque pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.



A un médecin régulier- 2008, 2009, 2010

(A un médecin régulier)



Indicateur : Consultation auprès d'un médecin au cours des 12 derniers mois

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009, et 2010
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois.

Médecin inclut les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues ou les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont inclus.

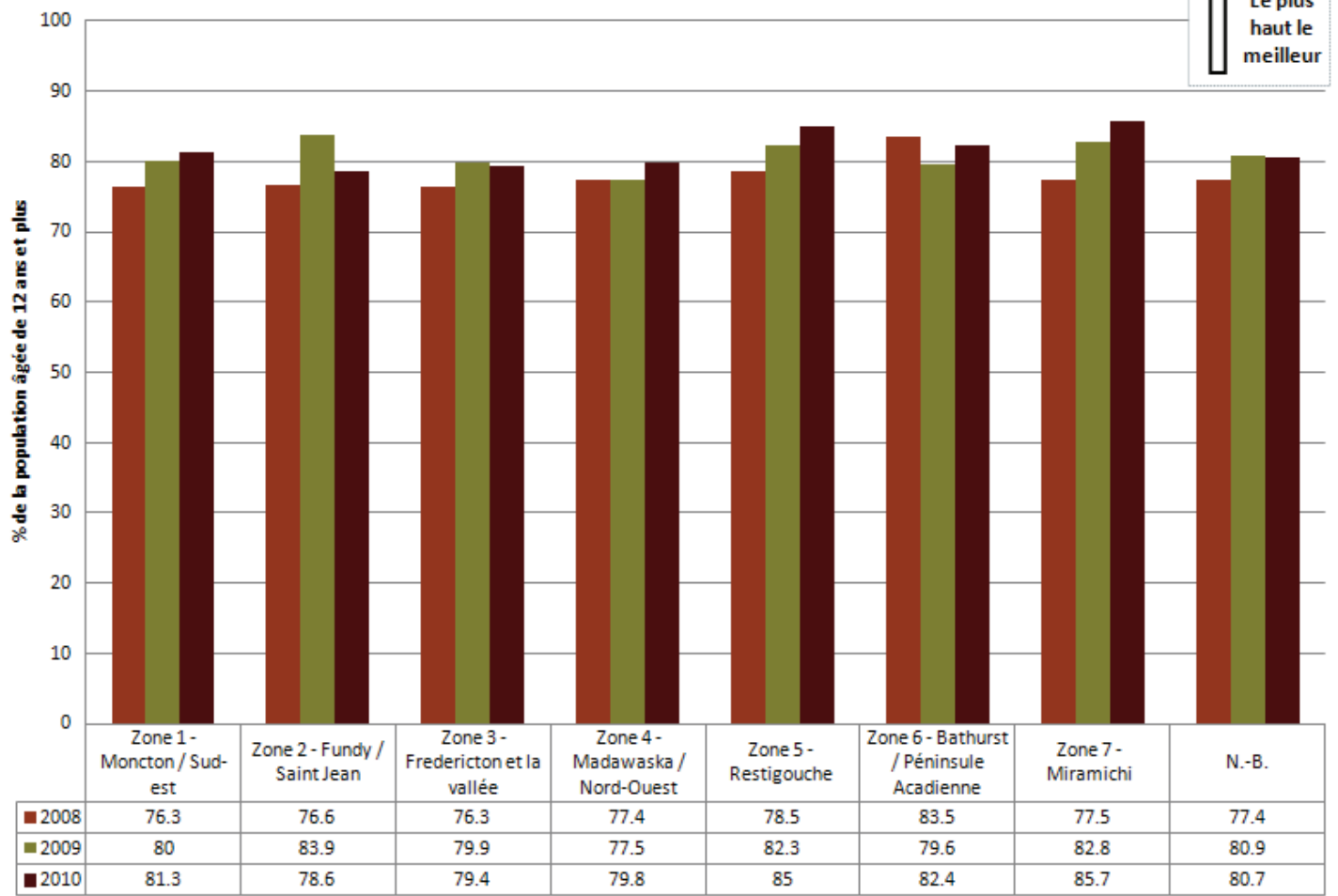
Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'examen annuel de l'état de santé d'une personne, dont un examen physique et des tests de dépistage routiniers, peut contribuer à *assurer une bonne santé continue* ou à *identifier plus rapidement une maladie et, souvent, de la traiter*.



Consulté un médecin dans les 12 derniers mois - 2008, 2009, 2010

(Consultation auprès d'un médecin au cours des 12 derniers mois)



Indicateur : Consultation de spécialistes des soins dentaires au cours des 12 derniers mois

Source: Le Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2007/2008 et 2009/2010

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un spécialiste des soins dentaires au cours des 12 derniers mois.

Les spécialistes des soins dentaires incluent les dentistes ou les orthodontistes.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Une pauvre santé dentaire peut affecter la qualité de vie des individus. Les douleurs buccales, les dents manquantes et les maladies infectieuses de la bouche peuvent influencer sur la manière dont une personne parle, mange et socialise. Parmi les principaux problèmes, il y a les caries dentaires durant l'enfance, les troubles bucco-dentaires, la malnutrition, la perte involontaire de poids chez les personnes âgées, le cancer de la bouche, la santé bucco-dentaire et la qualité de vie.

Ces problèmes de santé buccodentaire peuvent réduire la qualité de vie d'une personne en affectant leur santé physique, mentale et bien-être social.

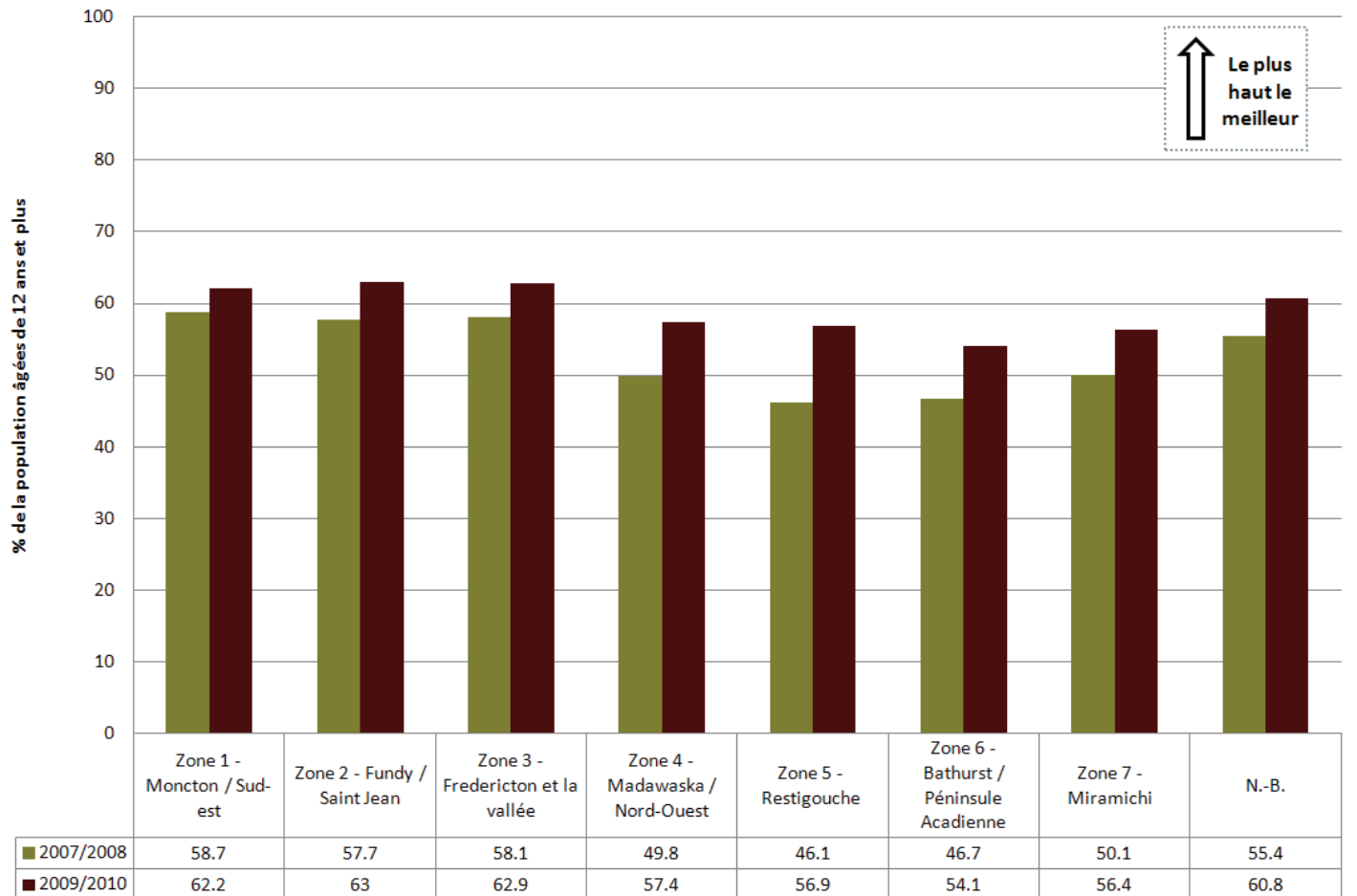
Une bonne santé dentaire (ou la santé dentaire inappropriée) peut aussi montrer les injustices et les inégalités en santé buccodentaire en raison de revenu, de couverture d'assurance dentaire, et d'accès aux soins dentaires qui peuvent être certains des facteurs qui ont une influence sur les résultats de la santé buccodentaire.

Ce qui se passe dans votre bouche a des incidences dans tout votre corps; c'est la raison pour laquelle les visites régulières chez un dentiste sont importantes.



Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois - 2007/2008 and 2009/2010

(Consultation des spécialistes des soins dentaires au cours des 12 derniers mois)



Indicateur : Conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)

Source: Base de données sur les congés des patients,
Institut canadien d'information sur la santé, 2007, 2008 et 2009

Définition:

Taux d'hospitalisation en soins aigus en raison d'affections pour lesquelles les soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir l'hospitalisation ou en réduire le nombre, par 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans, ajusté selon l'âge. Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont considérées comme étant une mesure indirecte de l'accès à des soins de santé primaires adéquats.

Les conditions incluses dans cet indicateur sont l'angine, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire et l'hypertension.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, des soins primaires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie, aider à maîtriser une maladie ou un état épisodique de soins aigus ou permettre de prendre en charge une maladie ou une affection chronique.

Des soins de santé primaires accessibles et efficaces jouent un rôle essentiel dans la gestion des maladies chroniques, et des facteurs tels que l'accès aux services et la qualité des soins peuvent influencer sur les taux d'hospitalisations liées à des CPSA. Il existe certaines preuves que les résidents de collectivités ayant déclaré un accès difficile aux soins de santé affichaient des taux plus haut d'hospitalisations liées à des CPSA.

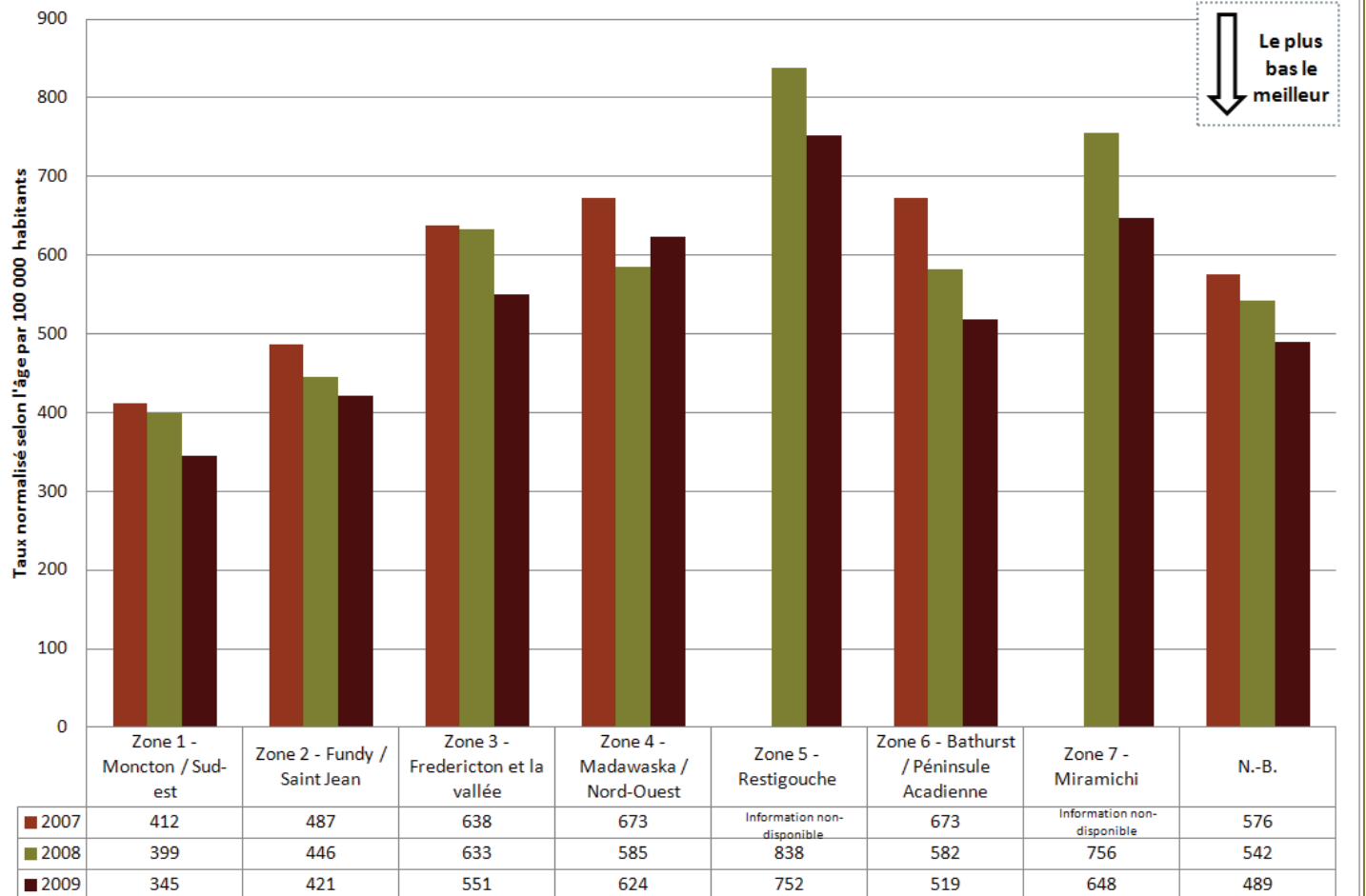
Limitations :

Il faut également noter que, même si elles sont associées aux soins de santé primaires, les hospitalisations liées à des CPSA peuvent dépendre d'autres facteurs, notamment la gravité de la maladie dont souffre le patient, le nombre de comorbidités, le statut socioéconomique, la prévalence de la maladie chronique dans la collectivité et les caractéristiques du système de santé (comme les pratiques d'admission ou les transferts entre établissements).



Été hospitalisé inutilement 2007-2008-2009

(Conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA))



Indicateur : Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an, pour les adultes de 65 ans et plus

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:



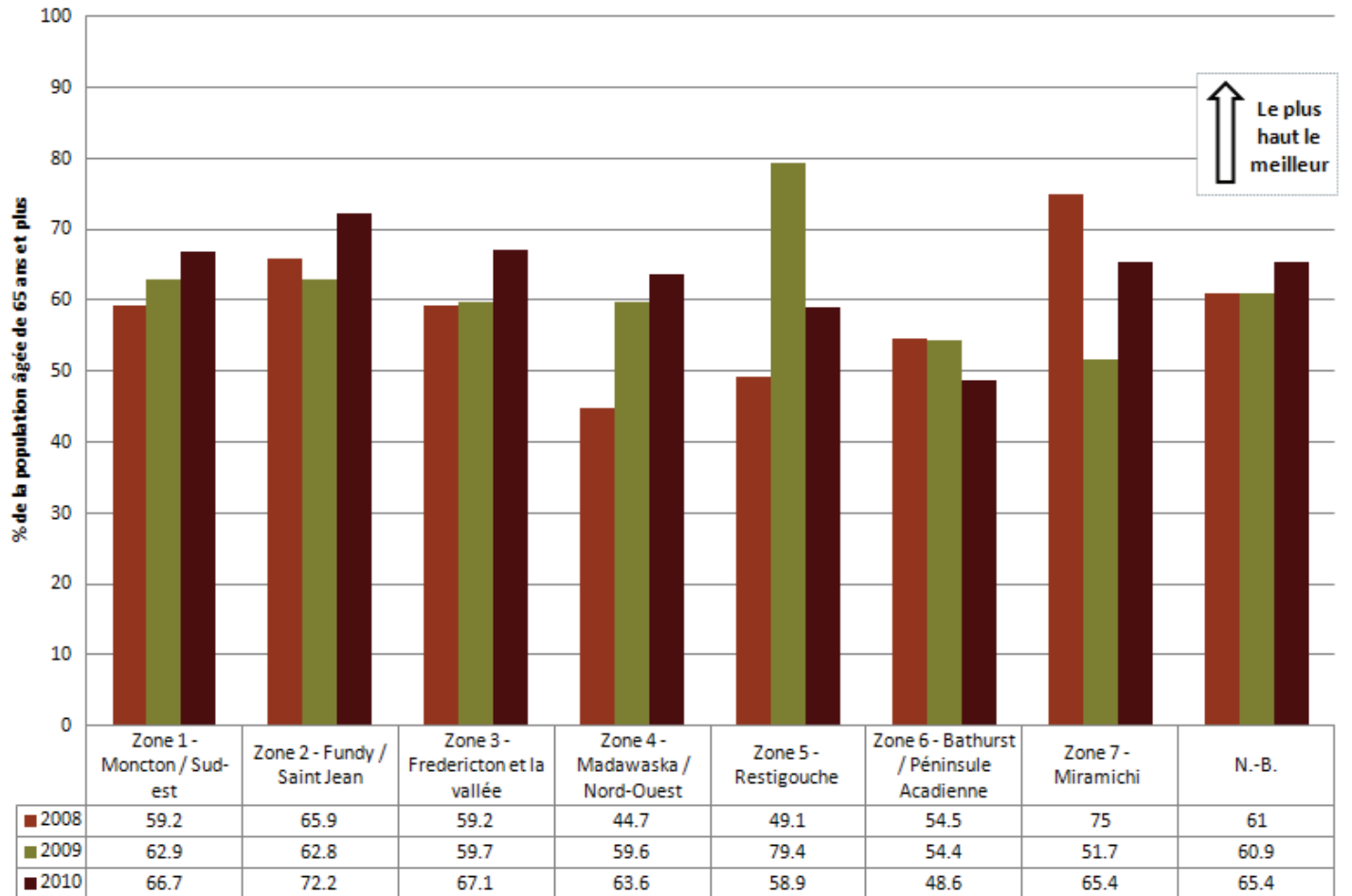
Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an pour les adultes de 65 ans et plus.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Depuis bon nombre d'années, il est reconnu que *les personnes âgées sont plus à risque de complications graves de la grippe* parce que le système immunitaire s'affaiblit avec l'âge. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, l'influenza est souvent une maladie très sérieuse.

Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus - 2008, 2009, 2010

(Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an, pour ceux âgés de 65 ans et plus)



Indicateur : Test de Pap au cours des 3 dernières années, selon le groupe d'âge, femmes de 18 à 69 ans

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 et 2007/2008.
Tableau CANSIM no. 105-0442 et le Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Définition:

Femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Pap.

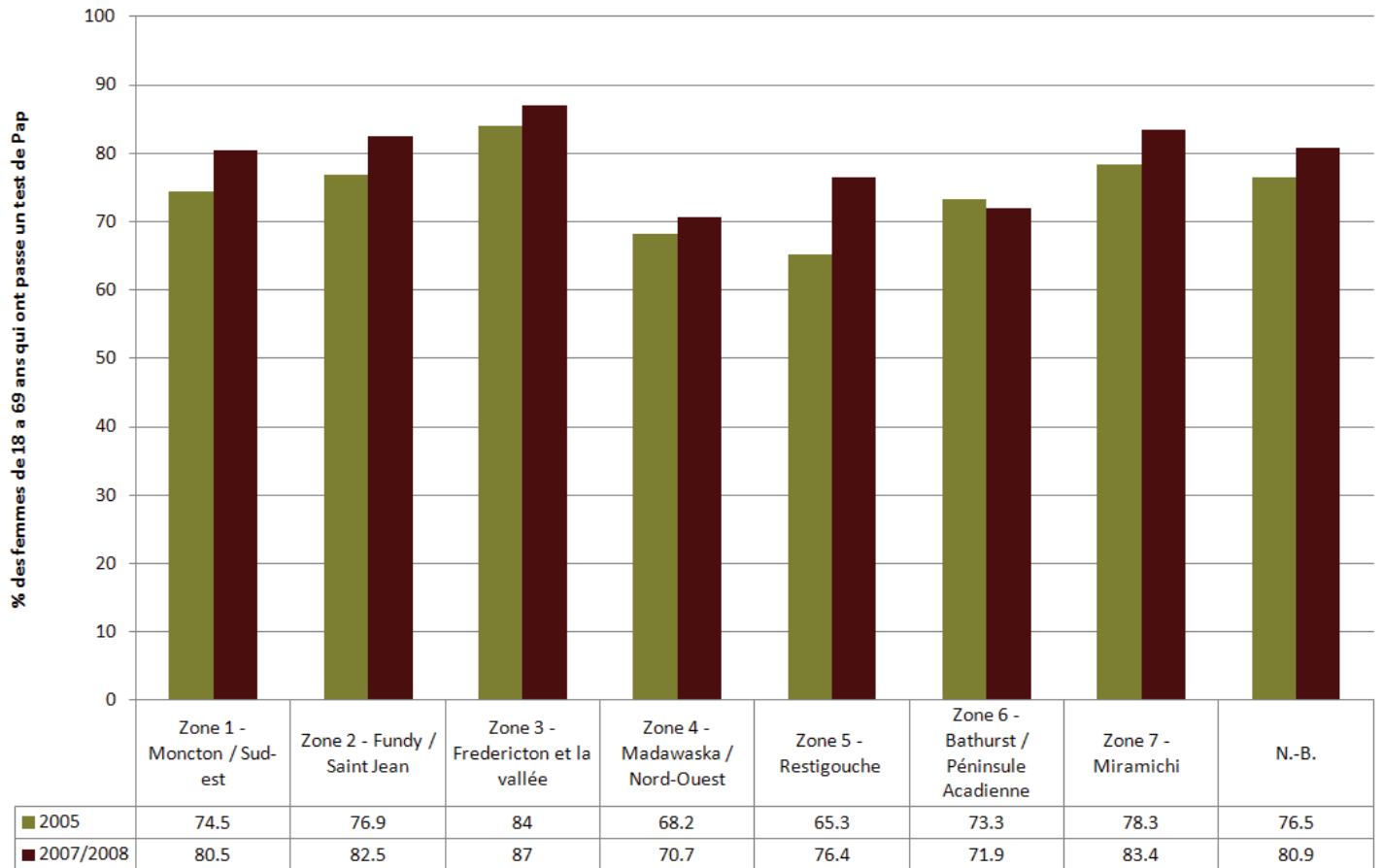
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Il contribue à détecter les premiers signes de cancer du col de l'utérus. Quand un diagnostic de cancer du col de l'utérus est posé très tôt, les probabilités de guérison sont très élevées. Le test de Pap peut également détecter des infections et des cellules cervicales anormales qui peuvent se transformer en cellules cancéreuses. Dans la majorité des cas, le traitement peut empêcher le développement de cancer du col de l'utérus.

Recourir régulièrement au test de Pap est la meilleure façon de prévenir le cancer du col de l'utérus. De fait, des tests de Pap réguliers ont contribué à un déclin important du taux de cancer du col de l'utérus et des mortalités reliées. Il est recommandé que les femmes âgées de 18 à 69 ans passent un test de Pap au moins à tous les trois ans, selon les facteurs de risque personnels et selon l'avis de leur médecin.

Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années pour les femmes de 18 à 69 ans - 2005 et 2007/2008

(Test de Pap au cours des 3 dernières années, selon le groupe d'âge, femmes de 18 à 69 ans)



Indicateur : A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, femmes de 50 à 69 ans

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008
Tableau CANSIM no. 105-0543 et le Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick 2009 et 2010

Définition:

Femmes de 50 à 69 ans déclarant quand elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons.

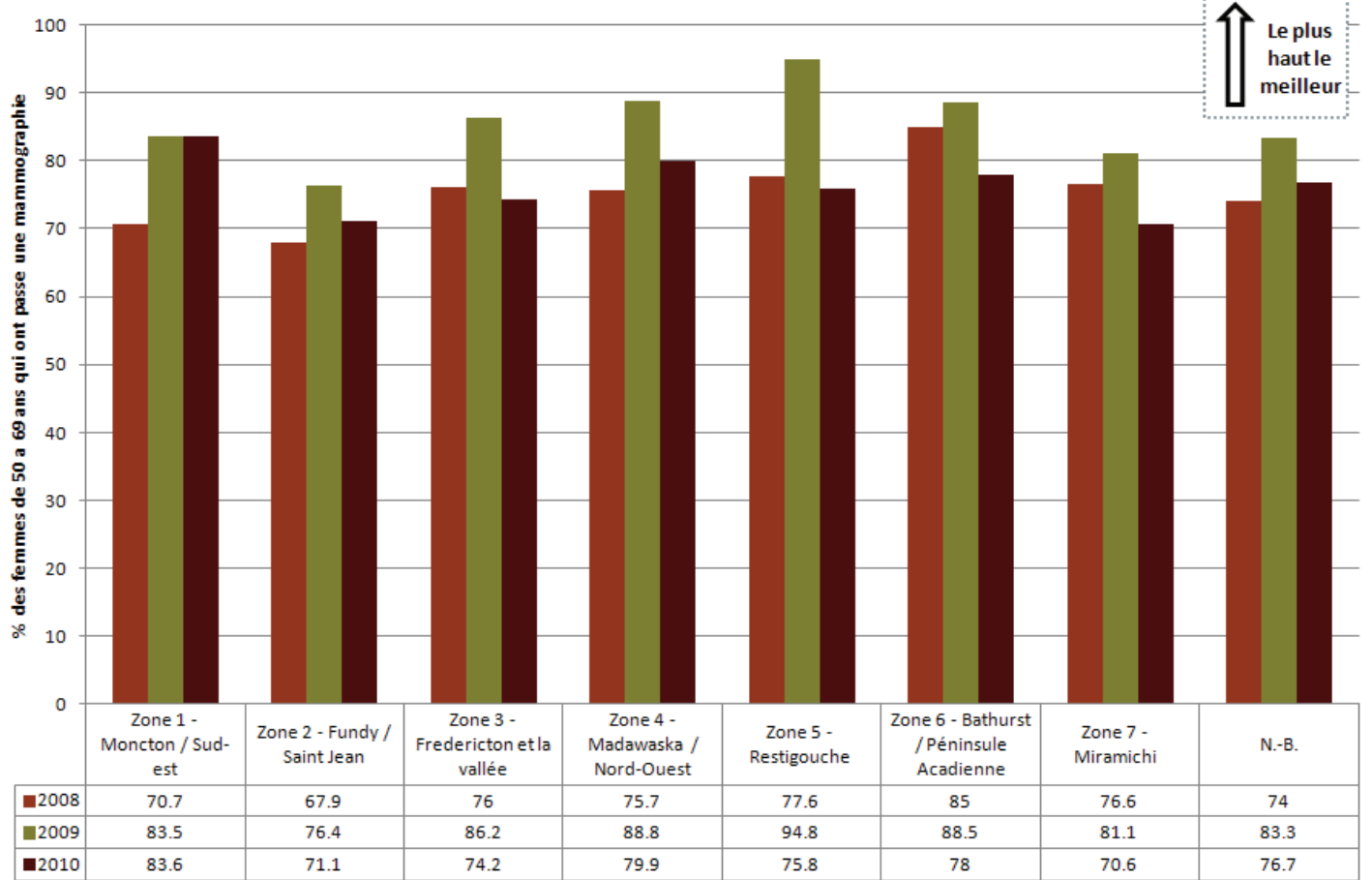
Pourquoi cet indicateur est-il important?

La mammographie de dépistage est un élément important dans la détection précoce de cancer du sein.

La mammographie de dépistage peut détecter un cancer du sein alors qu'un simple examen des seins ne l'a pas dépisté. Il s'agit d'un outil important de dépistage pour réduire la mortalité due au cancer du sein. Il est recommandé aux femmes âgées de 50 à 69 ans de passer une mammographie de dépistage au moins à tous les deux ans, selon les facteurs de risque personnels et selon l'avis de leur fournisseur de soins de santé. En particulier, la mammographie de dépistage permet de réduire la mortalité due au cancer du sein de 30 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Passé une mammographie au cours des 2 dernières années pour les femmes de 50 à 69 ans 2008, 2009 et 2010

(A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, femmes de 50 à 69 ans)



Indicateur : Évaluation globale de l'hôpital

Source: Expérience vécue par les patients dans les hôpitaux du Nouveau Brunswick. Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus

Définition:

Cet indicateur mesure la satisfaction globale du patient par rapport à son expérience à l'hôpital. Une combinaison de facteurs, dont l'accès aux soins, l'environnement physique de l'hôpital, les interactions avec le personnel de l'hôpital et les résultats anticipés des soins contribuent à la perception globale du patient au niveau de la satisfaction. D'autres facteurs, dont la renommée d'un hôpital dans une communauté, peuvent également influencer la satisfaction globale des patients.



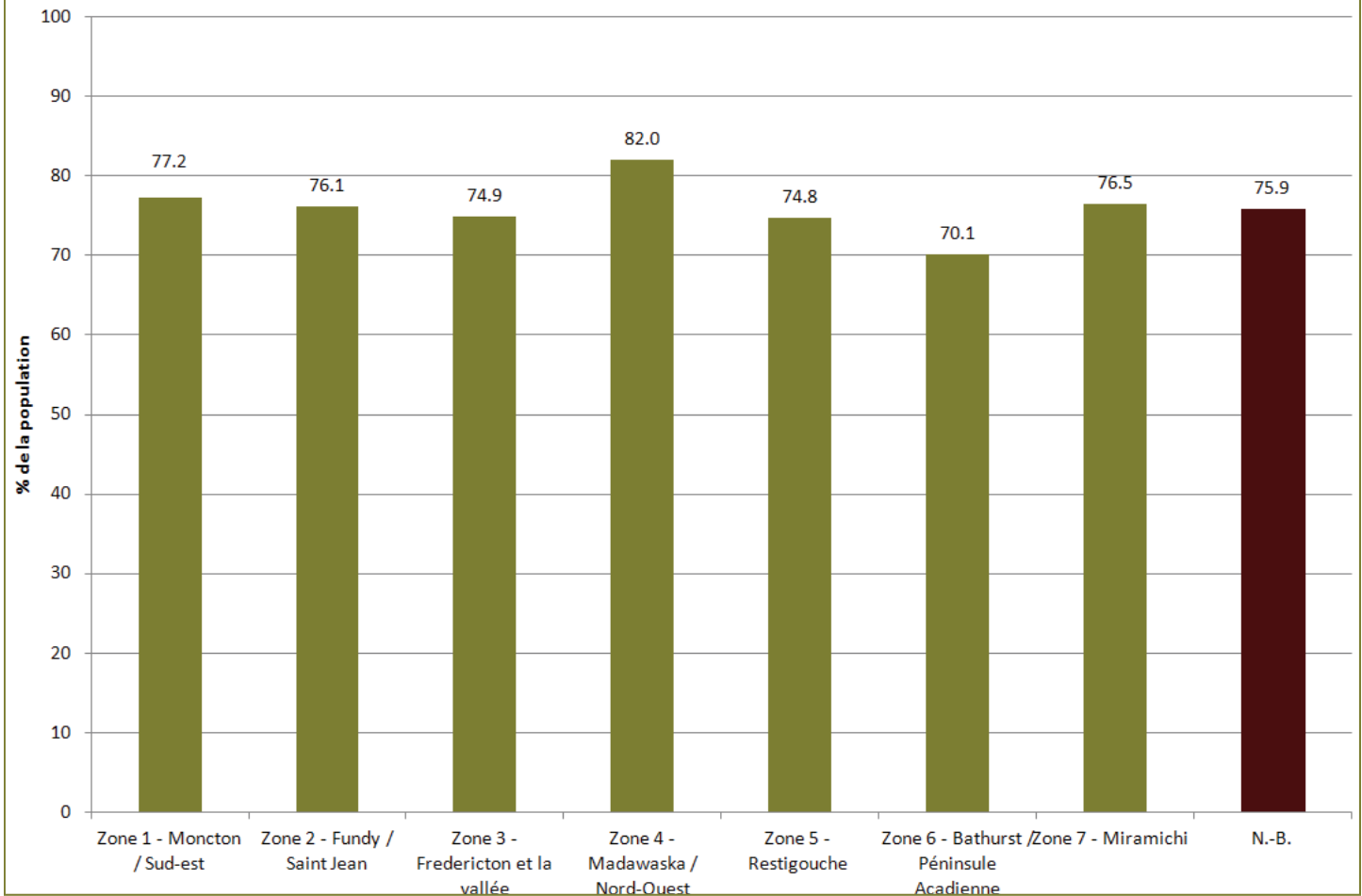
Le score de l'indicateur est le pourcentage de patients qui ont donné à leur hôpital une note de '8', '9', '10' sur une échelle de '0' (le pire hôpital possible) à '10' (le meilleur hôpital possible).

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Un indicateur axé sur la perception du patient est un élément important de qualité des soins de santé. Les changements dans le système de santé sont une amélioration seulement si le patient croit qu'ils le sont. *Les patients apportent une perspective unique au système de soins de santé et leurs rétroactions peuvent contribuer à des changements significatifs.* De plus, la littérature donne des preuves probantes que lorsque les patients sont satisfaits des soins offerts en milieu hospitalier, ils sont plus portés à respecter les traitements prescrits et à atteindre un meilleur état de santé.

Évaluation globale de l'hôpital - 2010

(Évaluation globale de l'hôpital)



Indicateur : Score de satisfaction

Source: Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) .

Définition:

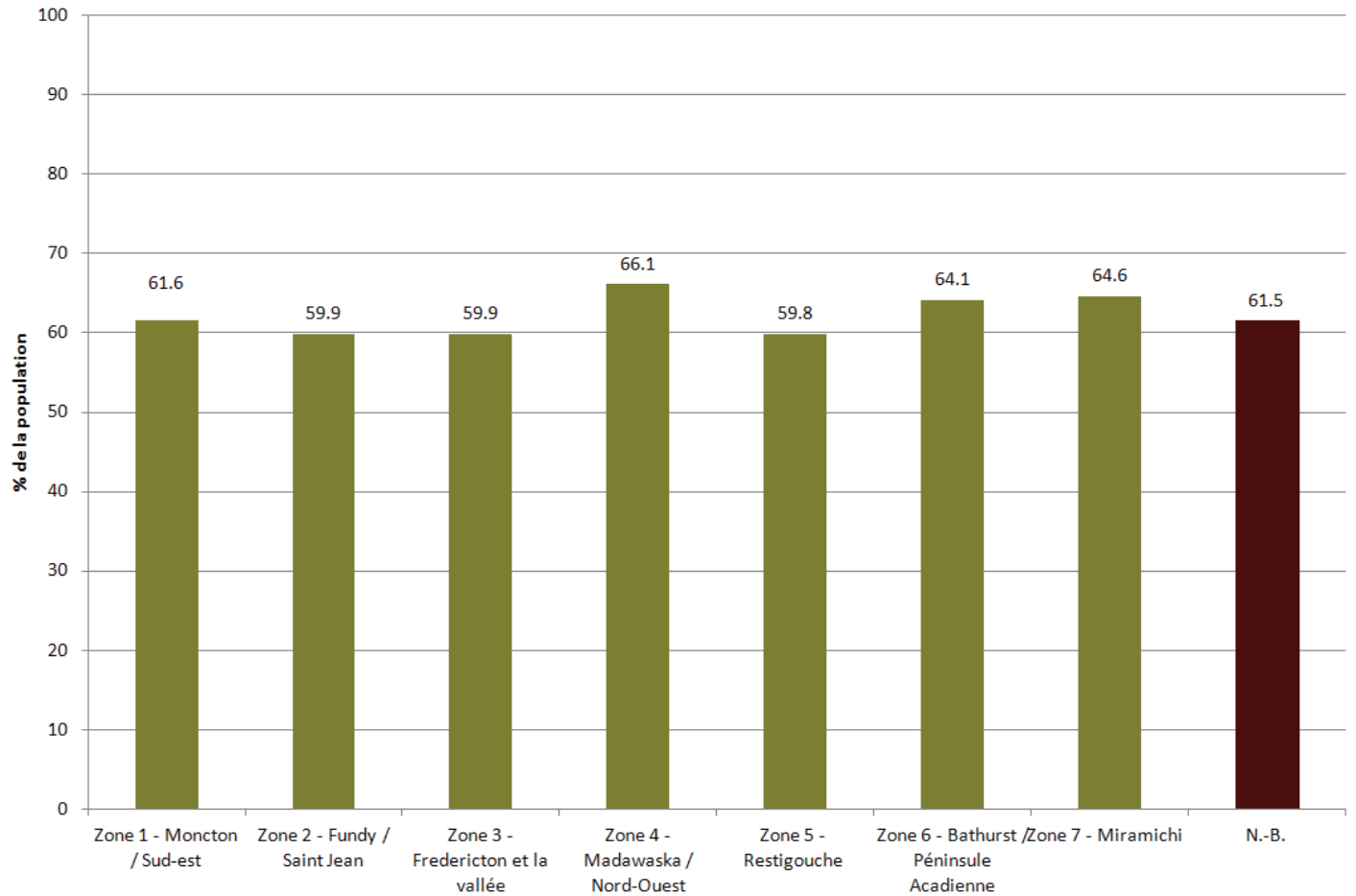
Le score de satisfaction est une mesure globale de la satisfaction concernant les services de soins de santé primaires. Dans le sondage CSNB 2011 sur les soins de santé primaires, le score de satisfaction est un score global qui combine les réponses fournies aux évaluations individuelles des services reçus du médecin de famille habituel, de l'infirmier(e) praticien(ne), à la salle d'urgence, du spécialiste, à la clinique « après-heures » ou sans rendez-vous, au centre de santé communautaire, de Télé-Soins, des services d'ambulance, et du praticien(ne) de médecine douce.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Un indicateur axé sur la perception du patient est un élément important de qualité des soins de santé. Les changements dans le système de santé sont une amélioration seulement si le patient croit qu'ils le sont. *Les patients apportent une perspective unique au système de soins de santé et leurs rétroactions peuvent contribuer à des changements significatifs.*

Satisfaction globale du patient avec les soins de santé - 2011

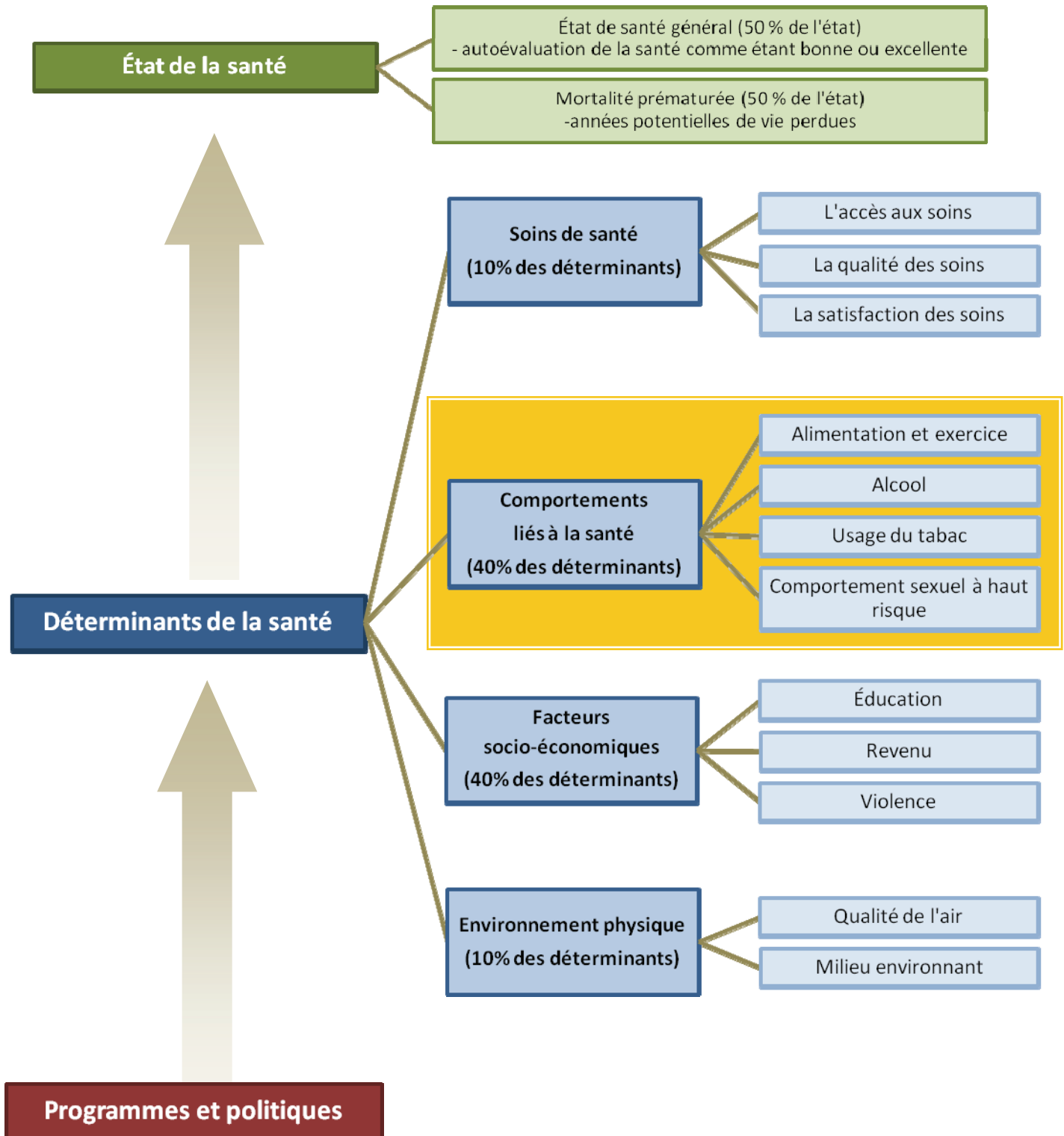
(Score de satisfaction)



Section 3 — Déterminants de la santé

**Comportements liés à la santé:
Représentent 40 % des déterminants
de la santé**

Vous pouvez modifier votre état de santé en adoptant des comportements de santé sains.



Indicateur: Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM :105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs.

Les répondants sont groupés comme actif, modérément actif ou inactif selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active physiquement; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Au cours des dernières années, l'industrialisation, l'urbanisation et les transports motorisés ont contribué à une réduction de l'activité physique. Or, l'activité physique est probablement l'un des outils les plus rentables que la santé publique peut promouvoir:

L'activité physique réduit le risque de conditions telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète non dépendant de l'insuline et l'obésité;

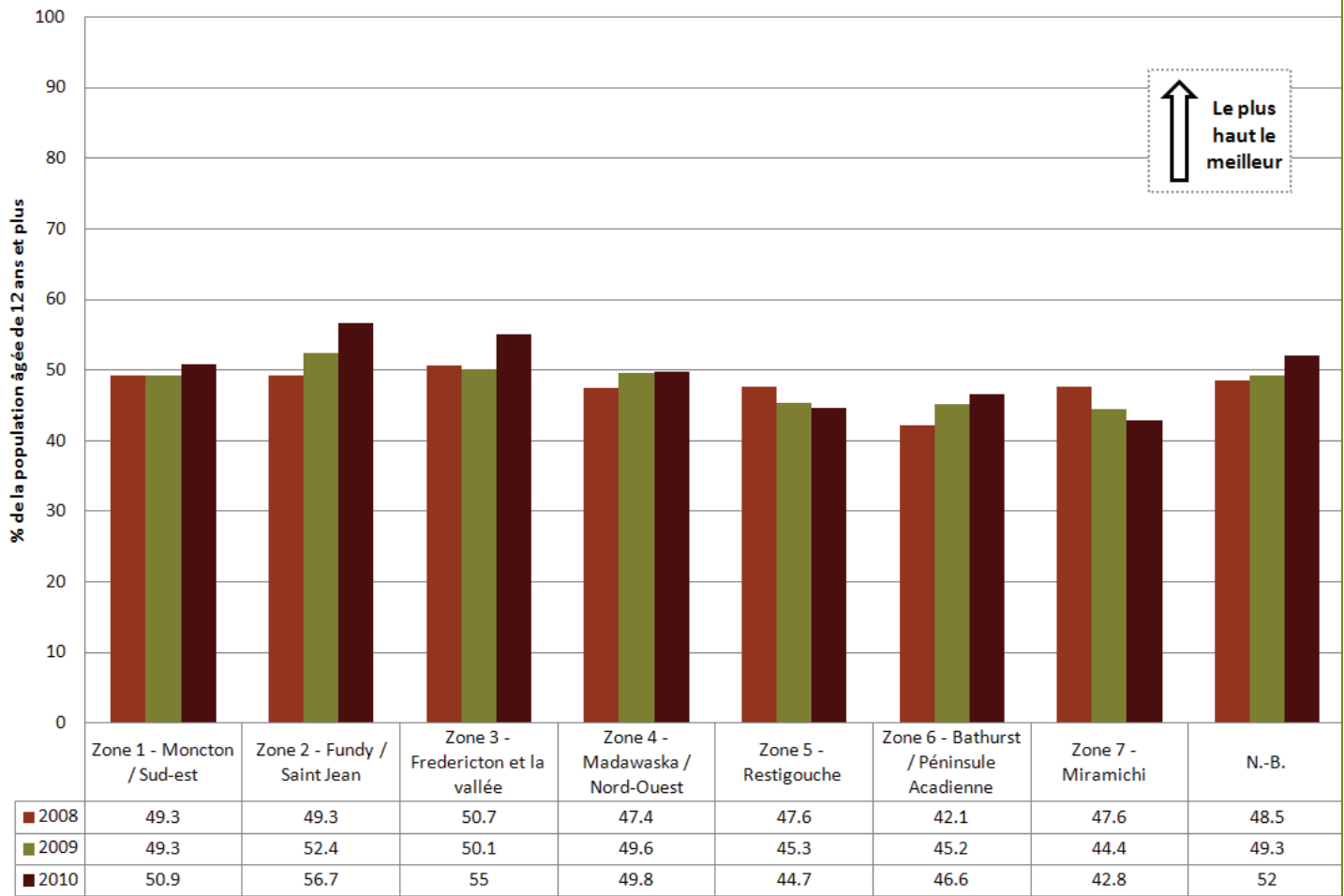


Améliorant la coordination physique, l'équilibre et la force physique, l'activité physique **réduit le risque de blessures** et peut prévenir, par exemple, les chutes chez les personnes âgées;

L'activité physique contribue au bien-être mental.

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif- 2008, 2009, 2010

(Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif)



Indicateur: Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009, et 2010.
Tableau CANSIM : 105-0501

Définition:

Indique le nombre de fois (fréquence) habituel par jour qu'une personne a déclaré manger des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Les estimations aux niveaux national et provincial sont calculées à l'aide des poids des sous-échantillons pour les données de 2005.

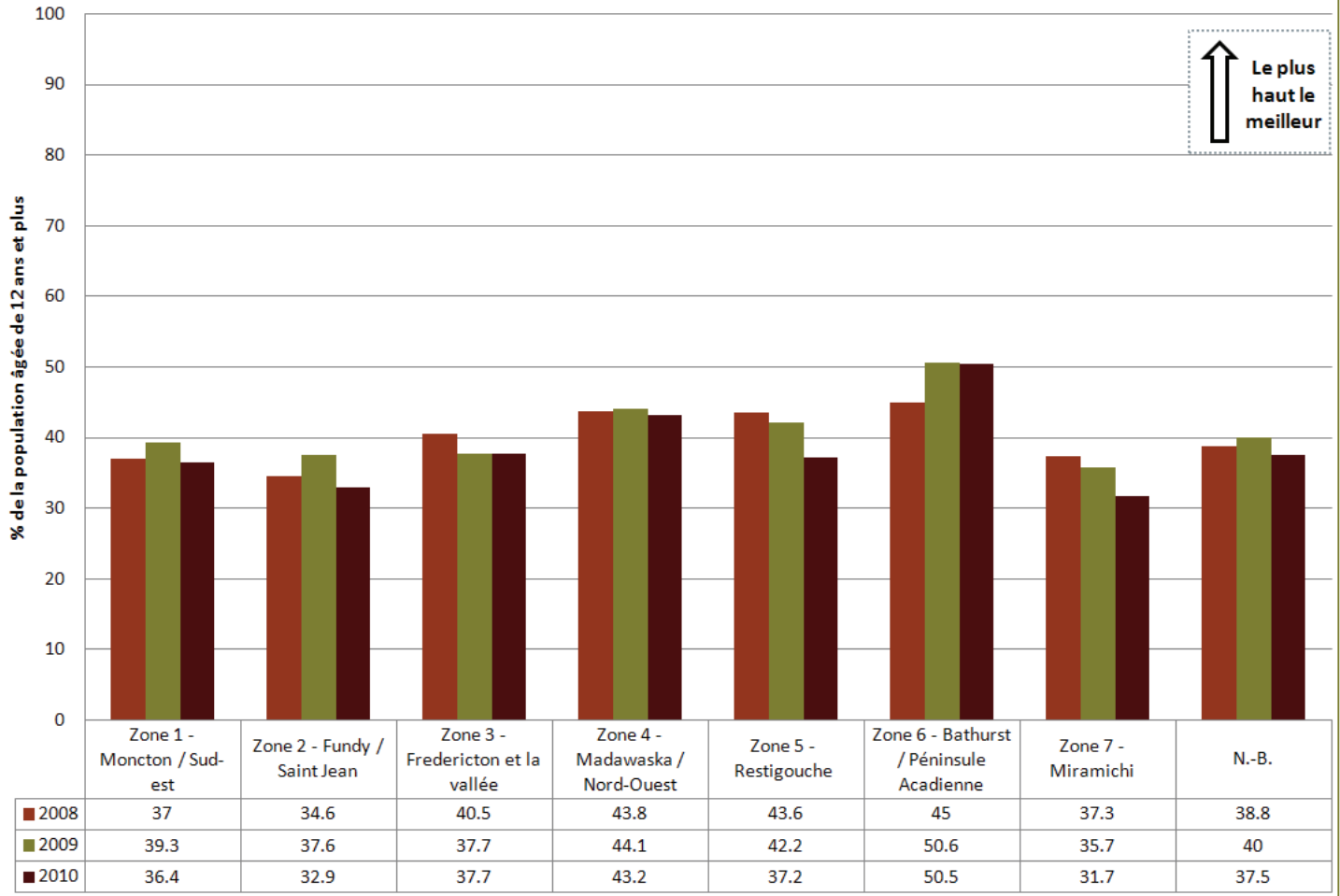
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Manger davantage de fruits et de légumes peut entraîner des améliorations importantes au niveau de la santé. Les fruits et légumes sont des aliments importants d'une saine alimentation. Une prise alimentaire trop faible en fruits et légumes peut causer certains cancers, la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux.



Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour - 2008 , 2009, 2010

(Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour)



Indicateur: Obèse

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009, 2010.
Tableau CANSIM : 105-0501

Définition:

Pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC), on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

La définition a été modifiée en 2004 pour rendre la classification du poids corporel conforme aux nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada. L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification de poids corporel, l'indice est:

- inférieur à 18,5 (poids insuffisant)
- 18,5 à 24,9 (poids normal)
- 25,0 à 29,9 (embonpoint)
- 30,0 à 34,9 (obésité - classe I)
- 35,0 à 39,9 (obésité - classe II)
- 40 et plus (obésité - classe III).

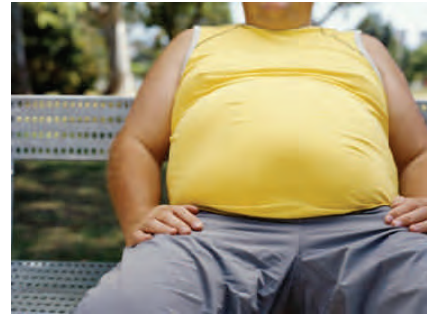
Dans ce cas, nous ne regardons que l'IMC 30,00 ou plus

Pourquoi cet indicateur est-il important?

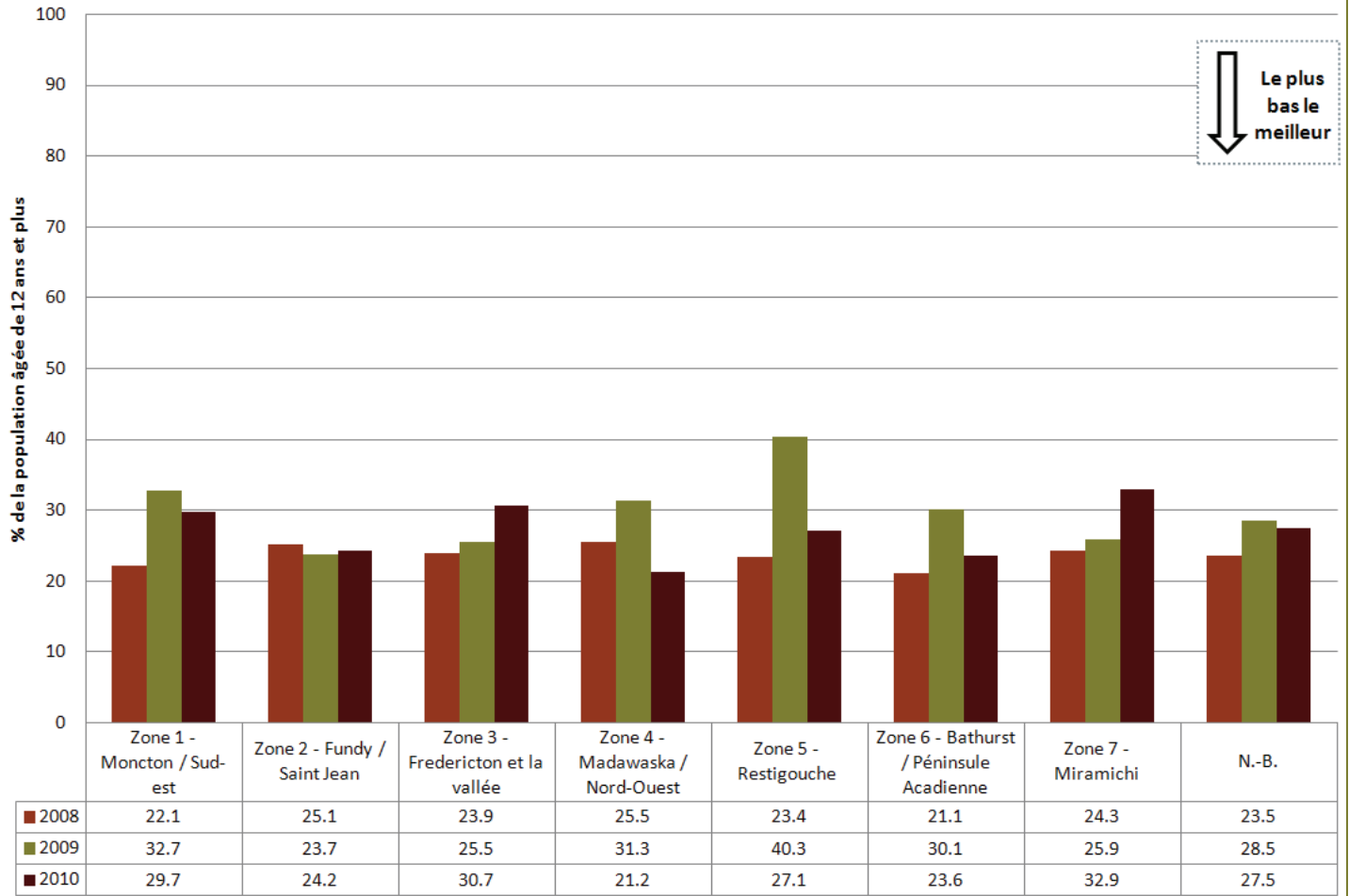
L'indice de masse corporelle (IMC) est une méthode de classification du poids selon les risques pour la santé. Les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé et de Santé Canada répartissent l'IMC en catégories, représentant chacune un risque de niveau différent :

- Poids normal → risque de santé moindre;
- Insuffisance de poids et embonpoint → risque de santé accru;
- **Obésité de classe I → risque de santé élevé;**
- **Obésité de classe II → risque de santé très élevé;**
- **Obésité de classe III → risque de santé extrêmement élevé.**

Certains facteurs de risque associés à l'obésité sont le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies des articulations et le cancer. Des répercussions néfastes significatives sur la qualité de vie peuvent s'ensuivre.



Adultes dont le poids est malsain (obèse) - 2008, 2009, 2010 (Obèse)



Indicateur : Fréquence de la consommation d'alcool

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM : 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année.

Depuis 2009, le dénominateur inclut toute la population âgée de 12 ans et plus. Ceci s'applique aux taux de toutes les années incluses dans ce tableau. Avant 2009, le dénominateur incluait seulement la population qui avait déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois. L'augmentation de la population du dénominateur a pour impact de réduire les taux estimés. Cette modification a été mise en place pour produire des taux plus comparables dans le temps et est cohérente avec les méthodes de calcul des autres indicateurs de santé.

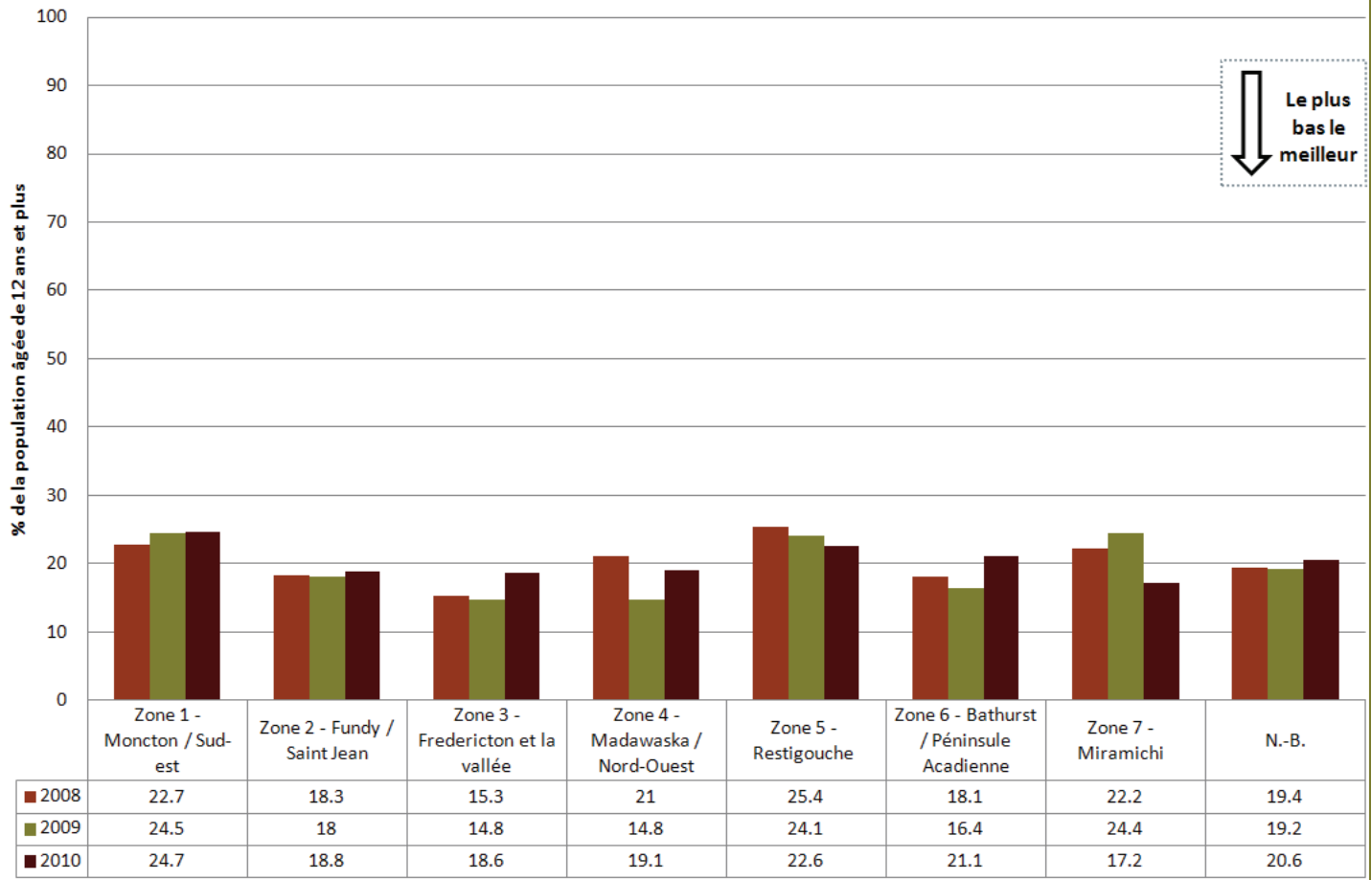
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les effets à long terme de la consommation excessive d'alcool peuvent être ressentis dans presque chaque organe et système du corps. *La consommation régulière d'une grande quantité d'alcool est corrélée avec un risque accru d'alcoolisme, de maladies cardiovasculaires, de pancréatite chronique, de maladie du foie et de cancer.*



Consommation d'au moins 5 verres ou pls d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an - 2008, 2009, 2010

(Fréquence de la consommation d'alcool)



Indicateur : Stress perçu dans la vie

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009, et 2010.
Tableau CANSIM : 105-0501

Définition:

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré percevoir que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes. Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que perçu par la personne ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Le stress fait partie de la vie quotidienne et découle tout aussi bien de situations plaisantes ou pénibles. S'il peut représenter une grave menace pour la santé lorsque trop intense, il existe de nombreuses façons d'y faire face qui peuvent réduire vos risques. Même si certains semblent en tirer profit, le stress n'en est pas moins un facteur de risque qui peut engendrer de nombreuses maladies:

- *les maladies du coeur*
- *certaines maladies intestinales*
- *l'herpès*
- *les maladies mentales*

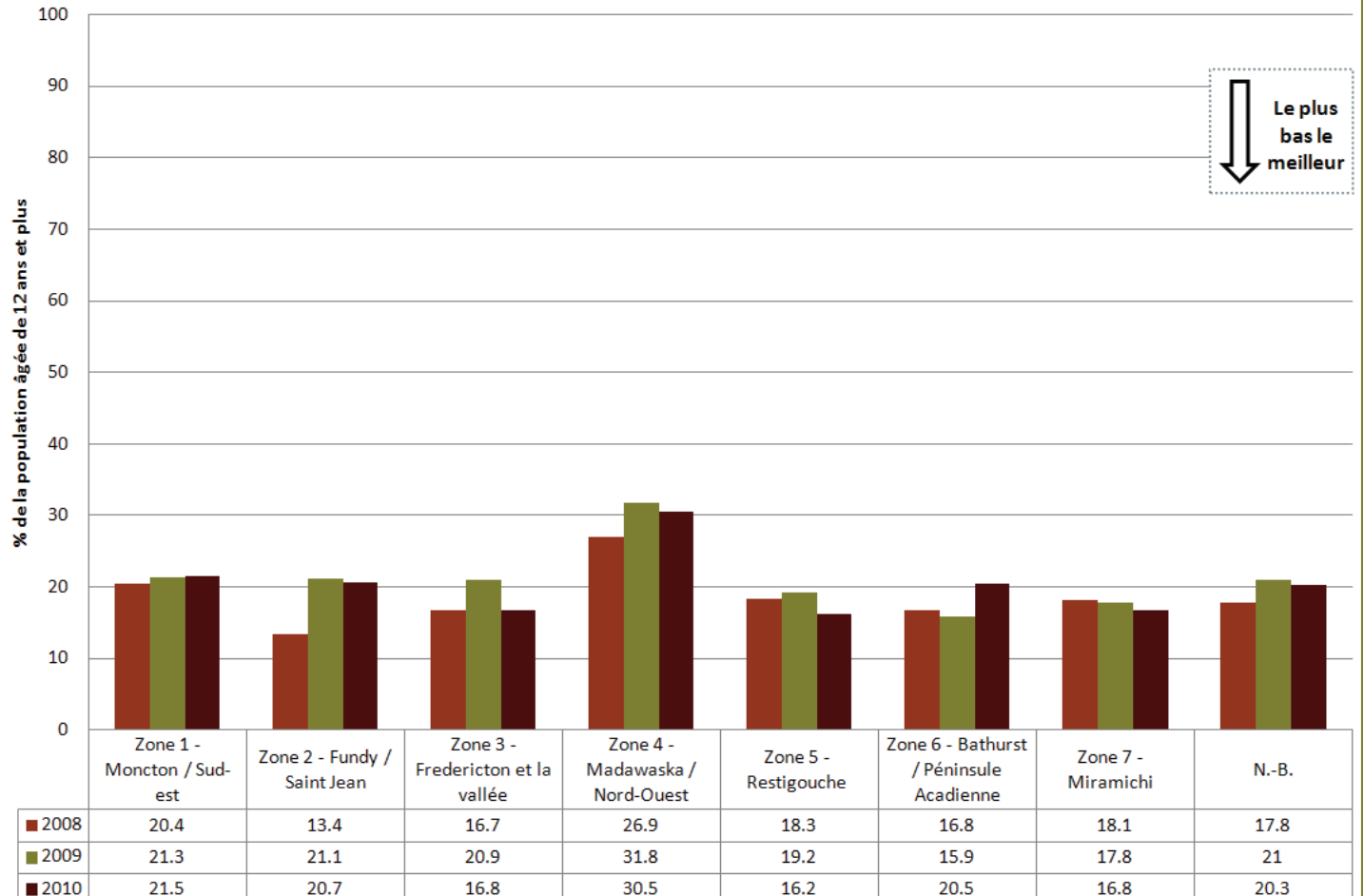
Le stress complique aussi la maîtrise de la glycémie chez les diabétiques.

Le stress est aussi un facteur de risque en ce qui concerne l'abus d'alcool ou de drogues, le gain ou la perte de poids. Le stress a aussi été identifié comme cause possible à la maladie d'Alzheimer.



Se croient à un niveau de stress élevé - 2008, 2009, 2010

(Stress perçu dans la vie)



Indicateur : Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM : 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient. Les fumeurs quotidiens sont ceux qui fument des cigarettes quotidiennement. Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées. Les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument des cigarettes occasionnellement.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès dans le monde. La moitié des fumeurs meurt de maladies associées au tabac. L'état malade et les troubles de santé liés au tabac sont encore plus généralisés. De plus, puisque la majorité des décès ont lieu à l'âge mûr, la perte de revenus et les effets d'une maladie chronique peuvent altérer considérablement la qualité de vie et le bien-être des familles des fumeurs.

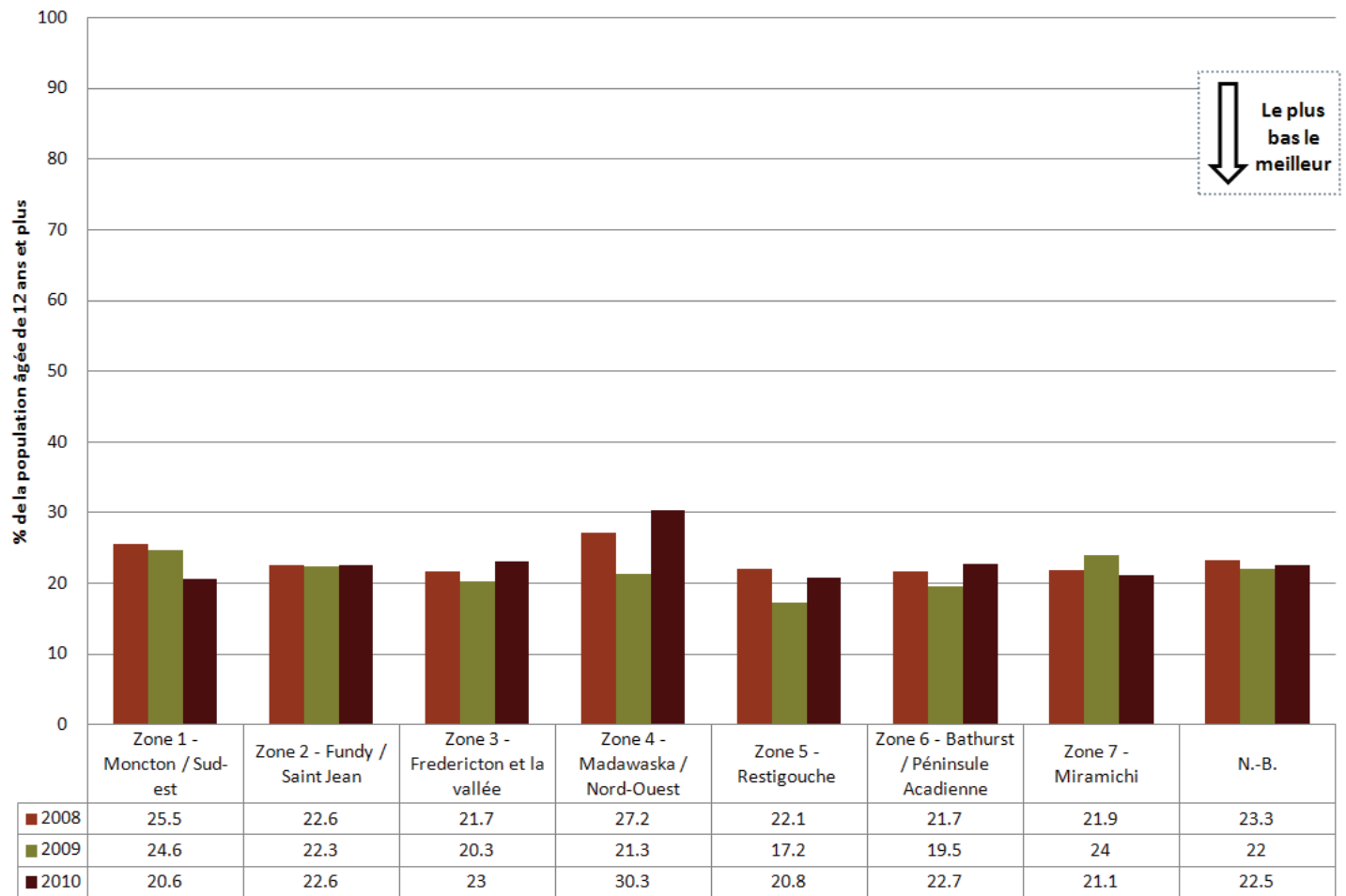
Limitations:

Bien que l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) produisent des estimations nationales et provinciales des taux d'usage du tabac, les utilisateurs doivent être avisés de certaines différences entre les deux enquêtes. Premièrement, les deux enquêtes utilisent des bases d'échantillonnage différentes. Deuxièmement, l'échantillon annuel de l'ESUTC est de 20 000 comparé à 65 000 répondants pour l'ESCC. Troisièmement, dans l'ESCC, les questions sur l'usage du tabac sont posées dans le cadre d'un questionnaire à sujets multiples liés à la santé, tandis que toutes les questions de l'ESUTC portent sur l'usage du tabac. Ces différences peuvent influencer la précision des informations fournies par le répondant. Bien que ces facteurs puissent influencer les estimations produites à un point précis dans le temps, on a noté que les tendances produites par les deux enquêtes sont comparables dans le temps. Plutôt que de comparer des taux d'usage du tabac entre les deux enquêtes, Statistique Canada recommande aux utilisateurs de choisir une seule source, selon leurs objectifs, et d'utiliser cette source de façon constante.



Fume, tous les jours ou à l'occasion - 2008, 2009, 2010

(Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion)



Indicateur : Nombre d'infections transmissibles sexuellement, Chlamydie génitale (ITS)

Source: Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2010

Définition:

Les maladies transmissibles peuvent se transmettre d'une personne infectée ou des espèces à un hôte réceptif, soit directement ou indirectement.

Plus spécifiquement, une infection transmise sexuellement est une infection dont le risque de transmission est faible, sauf par contact sexuel ou, dans ce cas, le risque de transmission est réaliste (les moyens plus sophistiqués, dont les transfusions sanguines et le partage d'aiguilles hypodermiques, ne sont pas inclus). La Chlamydie génitale est le focus ici.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Certaines infections transmises sexuellement peuvent avoir des conséquences graves, surtout chez les femmes, *si elles ne sont pas traitées*. C'est la raison pour laquelle les tests sont importants. Certaines infections transmises sexuellement peuvent causer une maladie inflammatoire pelvienne qui, à son tour, peut entraîner l'infertilité alors que d'autres peuvent être fatale. Les stratégies de prévention sont donc très importantes.

Entre 1999 et 2003, les infections transmises sexuellement étaient la maladie transmissible le plus souvent diagnostiquée au Nouveau-Brunswick et représentaient 64 % des maladies transmissibles déclarées.

À noter :

Les données de l'Agence de la santé publique du Canada ont été utilisées pour le portrait provincial afin d'établir des comparaisons avec les autres provinces et territoires canadiens.

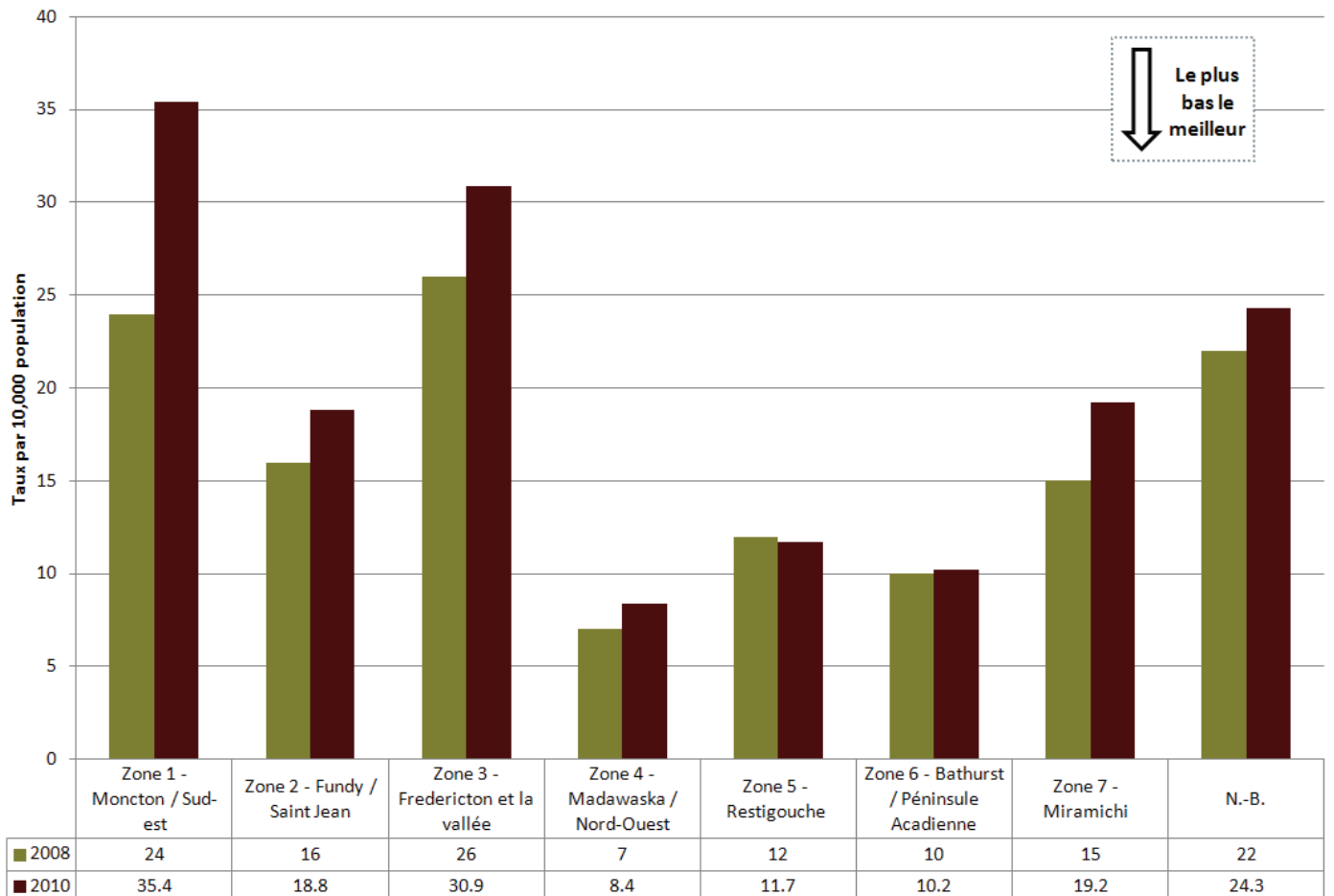
Source: Rapport sur les infections transmises sexuellement au Canada: 2010, Agence de la santé publique du Canada

* Dans le dernier portrait de la population, tout les ITS étions considéré. Dans ce portrait, seulement la Chlamydie génitale est inclus donc une comparaison avec le dernier portrait ne peut être fait.



Infections transmises sexuellement (Chalmydiose génitale) - 2008 - 2010

(Nombre d'infections transmissibles sexuellement, Chlamydiose génitale (ITS))



Indicateur : Naissances vivantes, moins de 20 ans

Source: Agences des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick, 2008 et 2010

Définition:

La grossesse chez l'adolescente est définie comme une adolescente d'âge mineur (moins de 20 ans) qui ont eu une naissances vivantes.

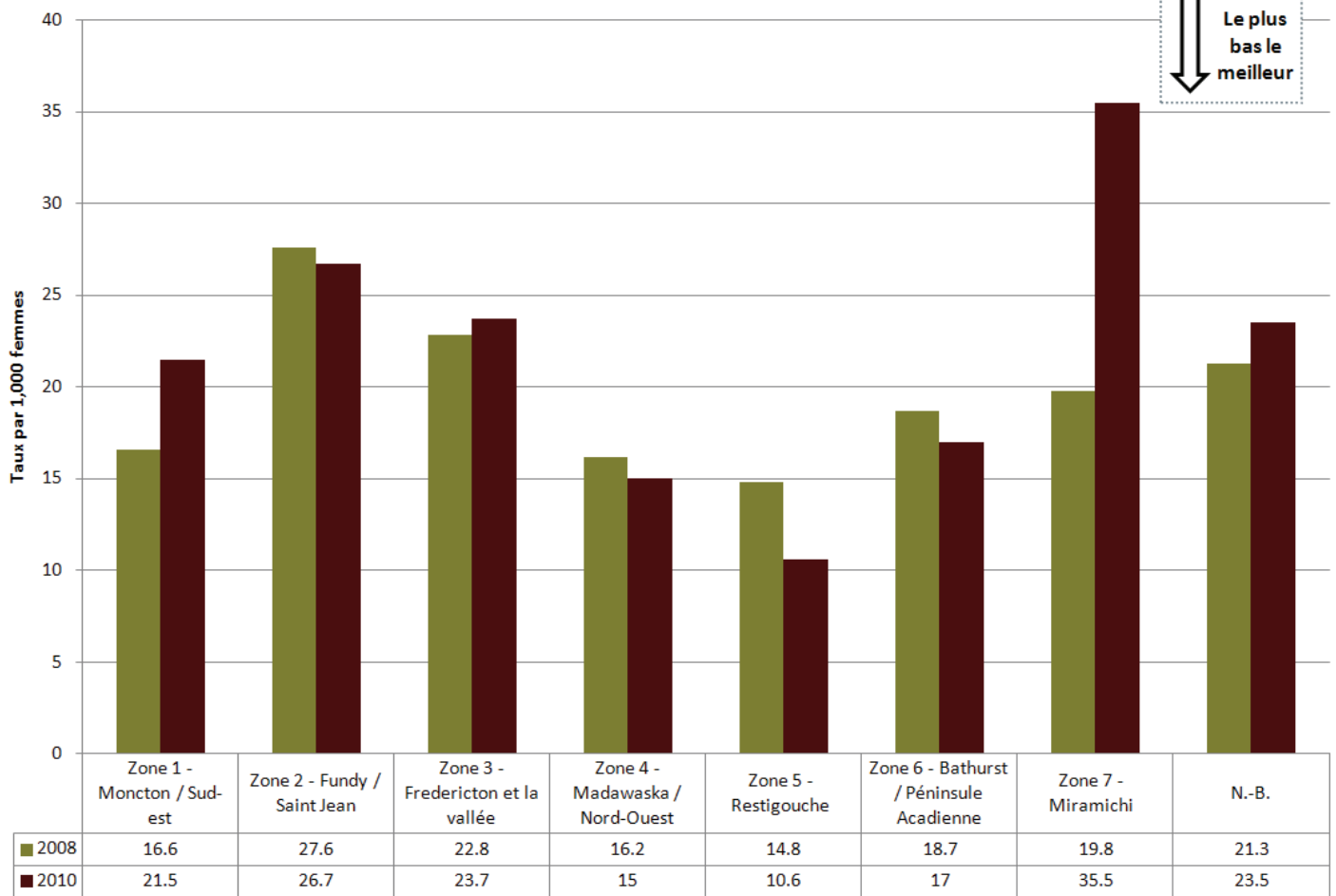
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les grossesses précoces et le fait d'être parent alors que l'on est très jeune peuvent être liés à de faibles niveaux de scolarisation, à une faible santé physique et mentale, à la pauvreté et à l'isolement social des mères et de leurs enfants. *Les désavantages socioéconomiques peuvent être, à la fois, la cause et l'effet du phénomène des adolescentes mères de famille.*



Grossesses chez les adolescentes - 2008 et 2010

(Naissances vivantes, moins de 20 ans)



Indicateur : Porte un casque à bicyclette, toujours

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM :105-0501

Définition:

Faire de la bicyclette est un passe-temps populaire, à la fois pour les adultes et les enfants. Le vélo est non seulement un moyen de transport agréable mais aussi un moyen de faire de l'activité physique. Par contre, les blessures liées au cyclisme sont communes et peuvent être sévères, dont les blessures à la tête, notamment.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

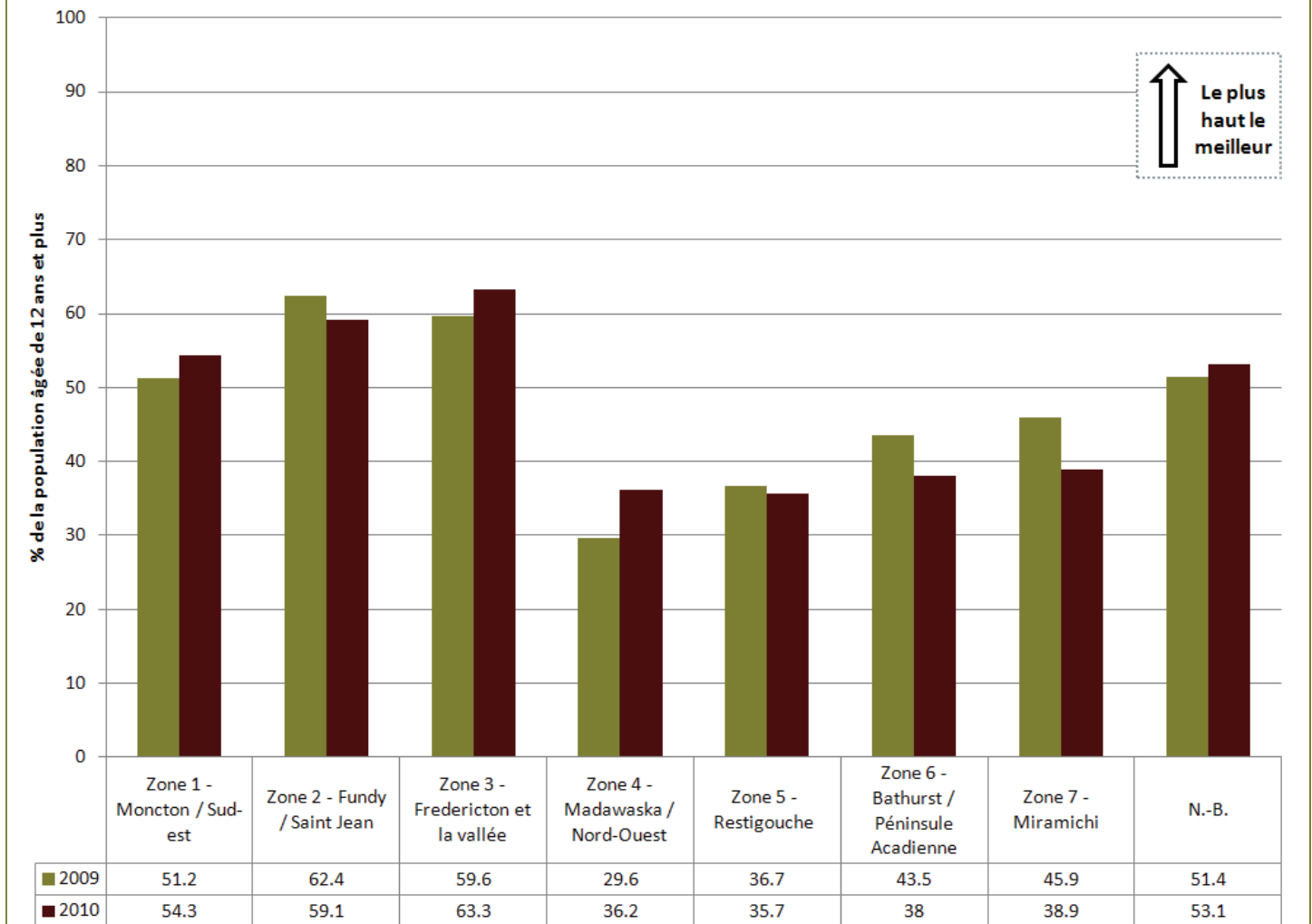
Les casques protecteurs modernes sont conçus pour réduire le choc à la tête – dont les traumatismes crâniens, la perte de mémoire et même la mort – lorsqu'on fait une chute à bicyclette.

Au Nouveau-Brunswick, la loi oblige les cyclistes à porter un casque protecteur lorsqu'ils sont à vélo.



Cyclistes qui portent toujours un casque de vélo - 2009 - 2010

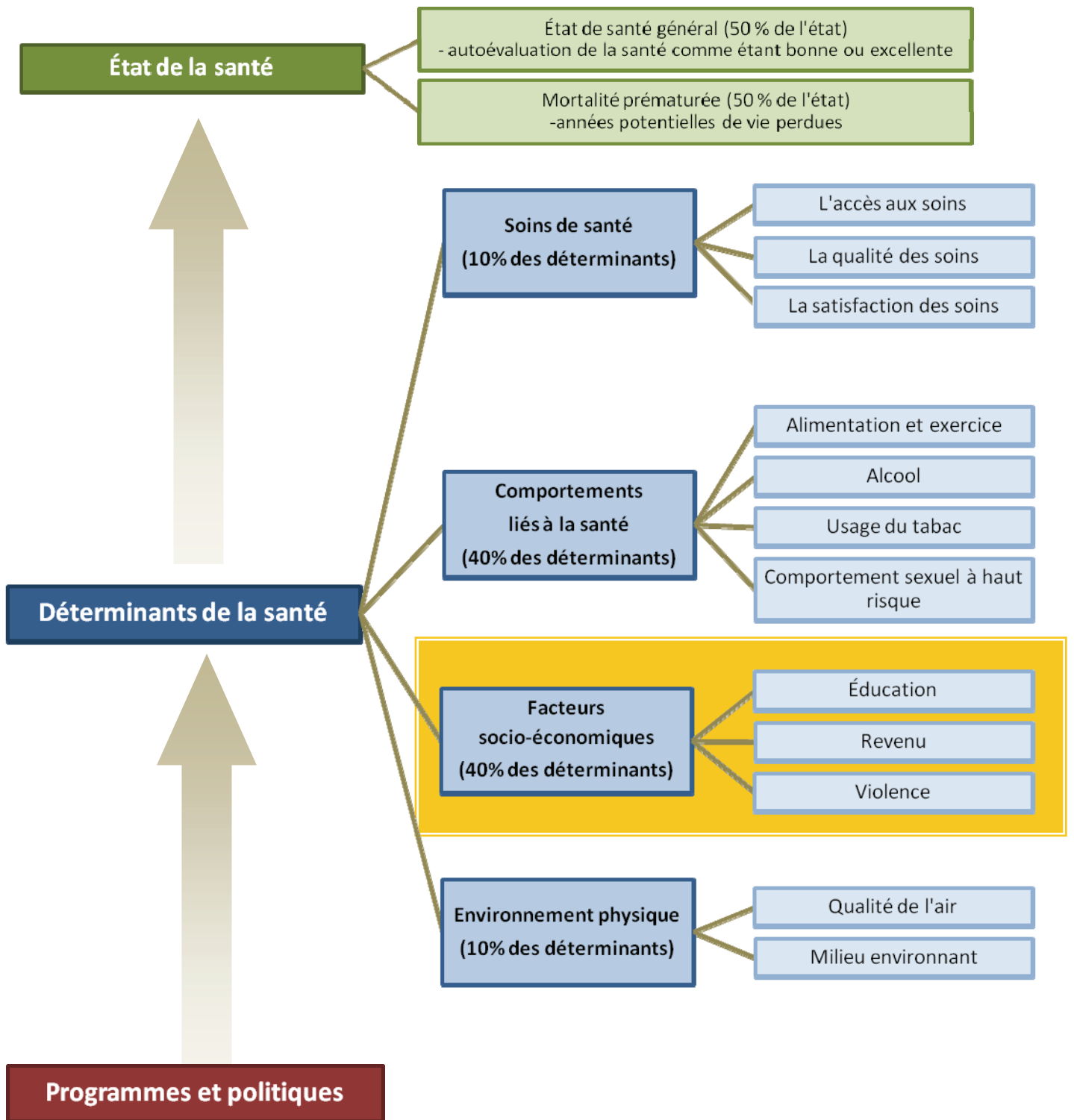
(Porte un casque à bicyclette, toujours)



Section 4 — Déterminants de la santé

**Facteurs socio-économiques:
représentent 40 % des déterminants de
la santé**

L'éducation, le revenu et la violence sont des
facteurs importants de santé.



Indicateur: Aucun certificat, ou diplôme

Source: Statistique Canada, recensement 2006
Tableau CANSIM no. 109-0300

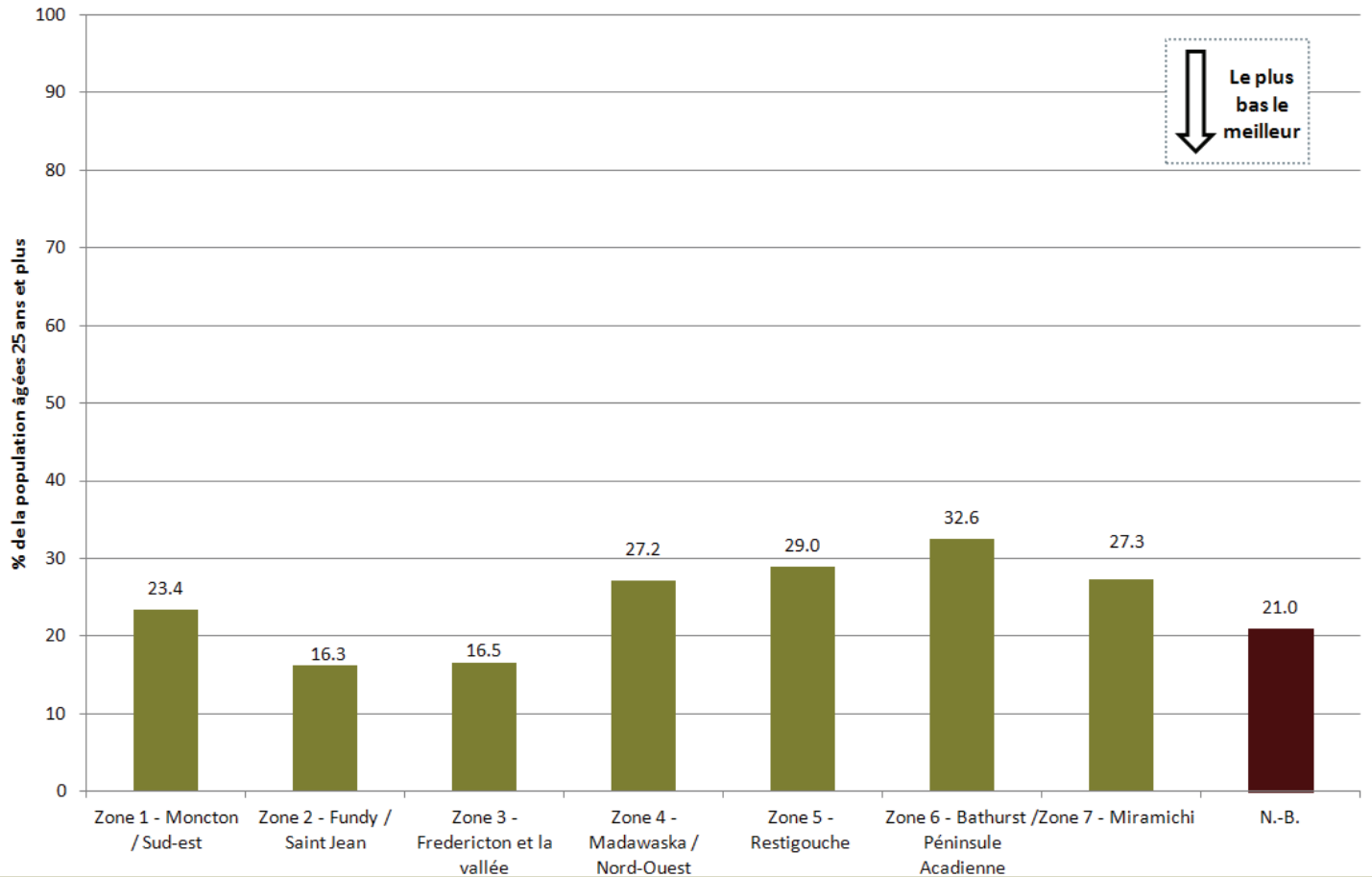
Définition:

Cet indicateur a été calculé en divisant le groupe qui n'avait « *aucun certificat, diplôme ou grade* » avec « *la population totale âgée de 25 ans et plus* » (selon le recensement 2006).

Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'éducation et la littératie influencent considérablement l'état de santé des individus en raison de leurs effets sur le revenu d'employabilité et parce qu'ils permettent à l'individu de lire et de comprendre les renseignements relatifs à la santé et à l'usage de médicaments prescrits. *Des niveaux moindres d'éducation et de littératie sont associés à un état de santé moindre.*

Les Canadiens et les Canadiennes moins éduqués ont une moins bonne espérance de vie et des taux plus élevés de mortalité infantile que ceux qui ont plus d'éducation.

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus) - 2006*(Aucun certificat, ou diplôme)*

Indicateur : Taux de chômage chez les adultes, 15 ans et plus

Source: Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2008 et 2009
Tableau CANSIM no. : 109-5304

Définition:

Le taux de chômage est le nombre de personnes en chômage exprimé en pourcentage de la population active. Le taux de chômage pour un groupe donné (âge, sexe, état matrimonial ou autres) correspond au nombre de chômeurs dans ce groupe exprimé en pourcentage de la population active de ce groupe.

La population active comprend les personnes qui, au moment de l'enquête, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais capables de travailler durant la période de référence et qui avaient cherché du travail au cours des 4 dernières semaines. La période de référence correspond à une période d'une semaine (du dimanche au samedi) qui inclut habituellement le 15^e jour du mois. L'Enquête sur la population active exclut les personnes vivant dans les réserves indiennes, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les pensionnaires d'établissements. Les personnes exclues de l'Enquête sur la population active représentent moins de 2 % de la population de 15 ans et plus.

Les données pour lesquelles l'échantillon ne répondait pas à la taille minimum provinciale requise ont été supprimées (x) pour des raisons de confidentialité.

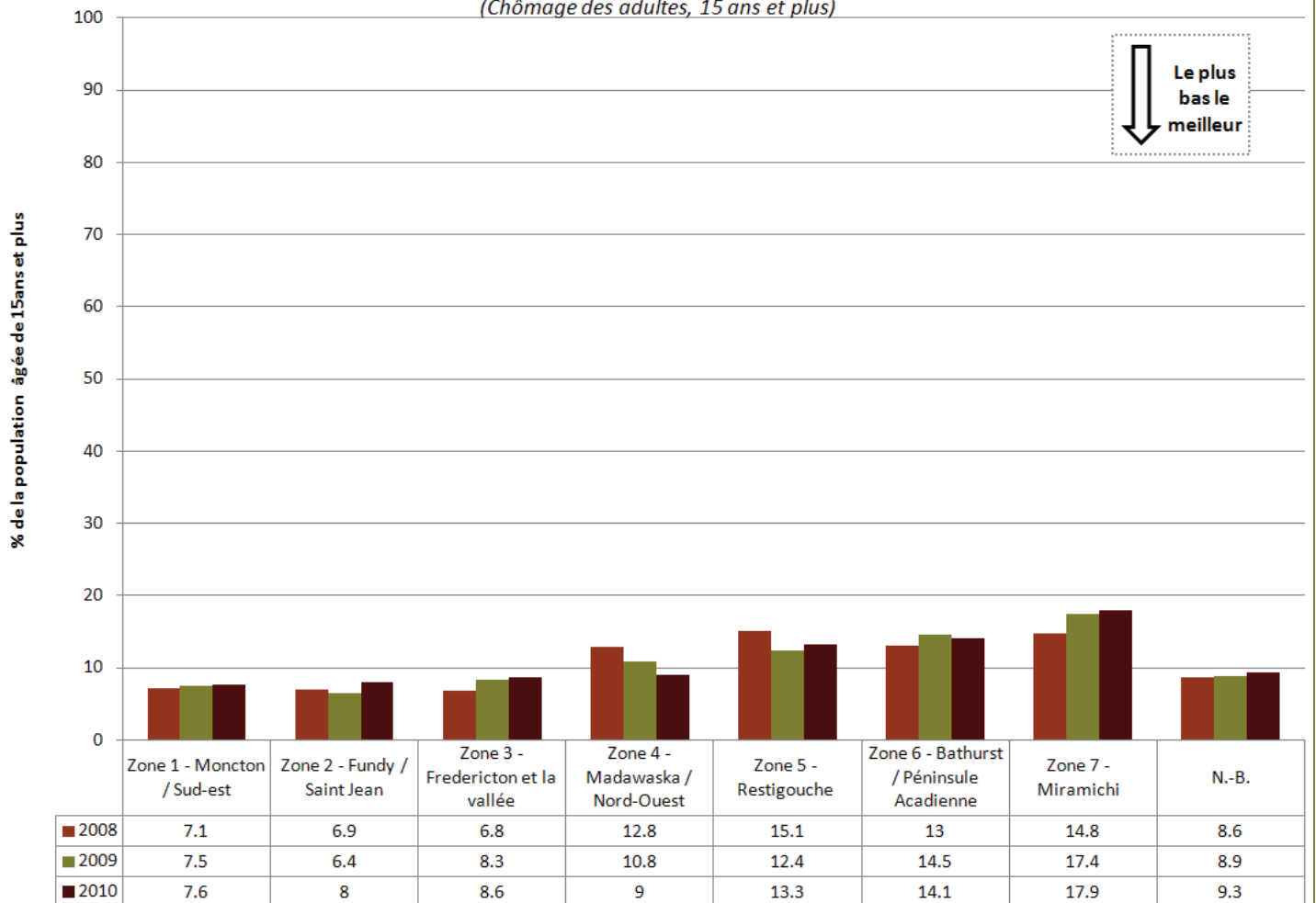
En juin 2006, ces estimations ont été révisées en raison du remaniement de l'échantillon effectué en 2005 et du rajeunissement de la base des estimations démographiques utilisées aux fins de l'Enquête sur la population active (EPA). Pour des renseignements plus détaillés, voir « Améliorations apportées à l'Enquête sur la population active (EPA) en 2005 » à <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=71F0031XIF&lang=fra>.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Il a été démontré que le chômage a des incidences négatives importantes sur *la sécurité du revenu* et qu'il encourage *l'isolement, le désespoir* et *des comportements d'adaptations malsains* comme le tabagisme et la consommation d'alcool.

Taux de chômage - 2008, 2009, 2010

(Chômage des adultes, 15 ans et plus)



Indicateur : Divorce

Source: Statistique Canada, recensement 2006
Tableau CANSIM no. 051-0010

Définition:

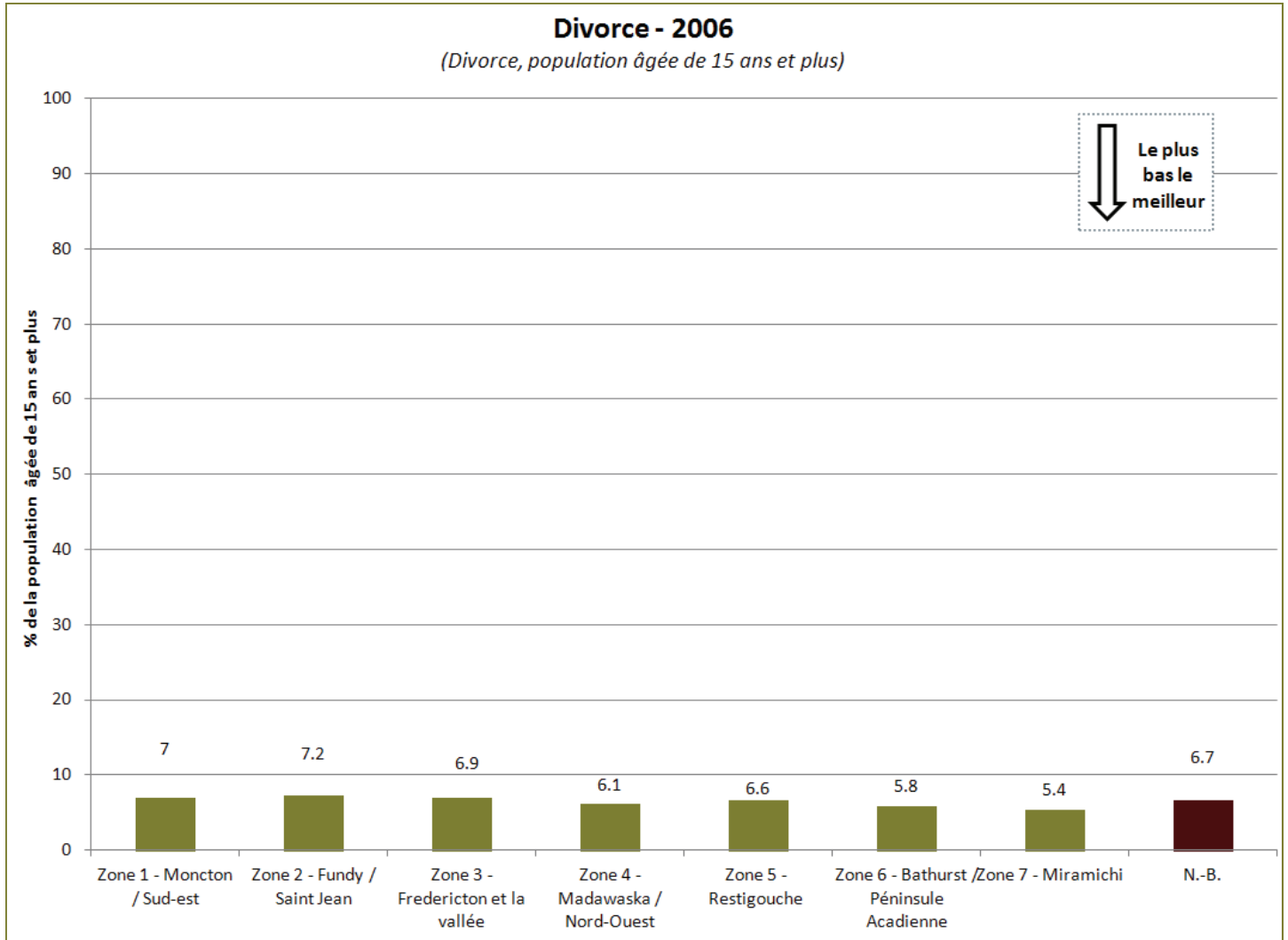
Les personnes qui ont obtenu un divorce légal et qui ne se sont pas remariées.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Le divorce des parents peut avoir des effets à long terme sur la santé mentale des enfants. De plus, chez les parents divorcés ou les familles monoparentales, le taux de mortalité peut être plus élevé en raison de l'absence d'appartenance sociale.

Les personnes d'âge mûr divorcées ou veuves ont des taux plus élevés de conditions de santé chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète ou le cancer que les couples mariés ou non mariés. Il a également été démontré qu'elles éprouvent plus de difficultés de mobilité telles que monter des escaliers ou prendre une marche.





Indicateur : Famille monoparentale

Source: Statistique Canada, recensement 2006
Tableau CANSIM no. 109-0300

Définition:

Un parent seul, sans égard à son état matrimonial, habitant avec au moins un enfant dans le même logement.

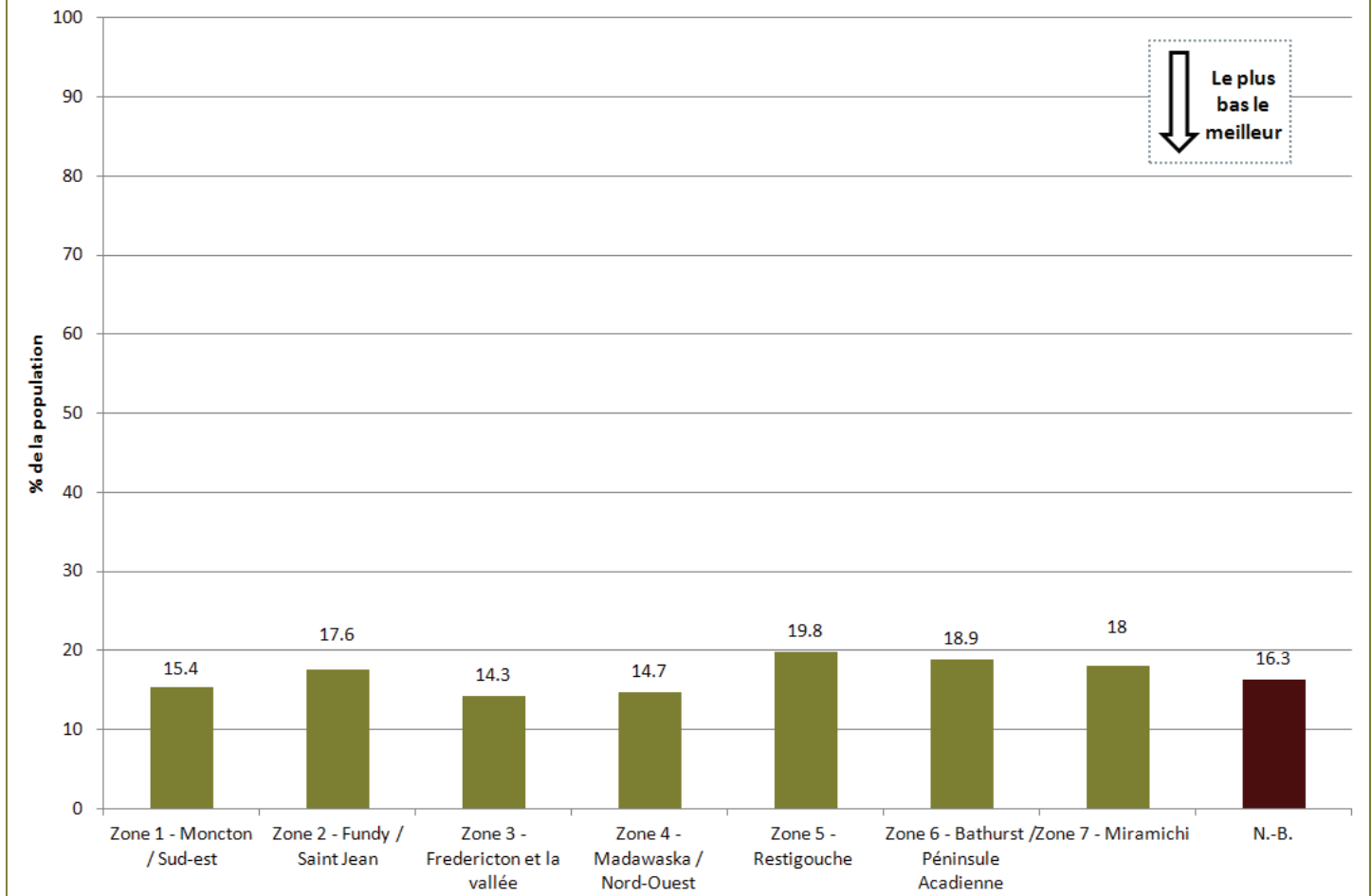
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Bon nombre d'études démontrent que les enfants de familles monoparentales vivent davantage de stress. Les difficultés économiques, le manque de soutien affectif, la perte de contact avec un parent et les conflits entre parents sont tous des facteurs de stress dans la vie d'un enfant.

Les familles monoparentales sont plus susceptibles de souffrir de désavantages économiques et psychologiques, à court et à plus long terme : les enfants ont un taux d'absentéisme plus élevé à l'école; des niveaux d'éducation moindres; un taux de décrochage plus élevé (les garçons étant plus touchés que les filles); et susceptible à davantage de comportements délinquants, dont la consommation d'alcool et la pharmacodépendance. D'un autre côté, les adolescents sont plus susceptibles d'être affectés par la discorde de leurs parents avant le divorce plutôt que par le fait de vivre dans une famille monoparentale. En fait, dans ce cadre, ils prennent davantage leurs responsabilités étant donné des routines familiales différentes.

Quoique les résultats des études soient partagés sur les effets à long terme des familles monoparentales, la majorité des enfants s'adapte et ne souffre pas de problèmes sérieux au fil du temps. Il est probable que les effets négatifs s'estompent si les parents s'investissent davantage et offrent à leurs enfants le soutien affectif nécessaire.



Famille monoparentale- 2006*(Famille monoparentale)*

Indicateur: Personnes dans les ménages privés, fréquence des unités à faible revenu (pourcentage)

Source: Statistique Canada, recensement 2006
Tableau CANSIM no. 109-0300

Définition:

Une famille économique représente un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. En revanche, pour former une famille de recensement, les membres d'une famille doivent nécessairement être un époux ou une épouse, un(e) partenaire en union libre de sexe masculin ou féminin, un parent seul de sexe masculin ou féminin ou un enfant vivant avec un parent. Par conséquent, la famille économique peut comprendre un plus grand nombre de personnes que la famille de recensement. Tous les membres d'une famille de recensement appartiennent également à une famille économique. En 2006, les enfants en famille d'accueil sont considérés comme des membres d'une famille économique. Notez que, depuis 2001, les couples formés de partenaires de même sexe sont considérés comme étant des partenaires en union libre et donc considérés comme étant apparentés et membres de la même famille économique.



À partir de 1971, les statistiques publiées sur les familles comprenaient les familles vivant dans des ménages privés (y compris celles dénombrées à l'extérieur du Canada) et tous les ménages collectifs.

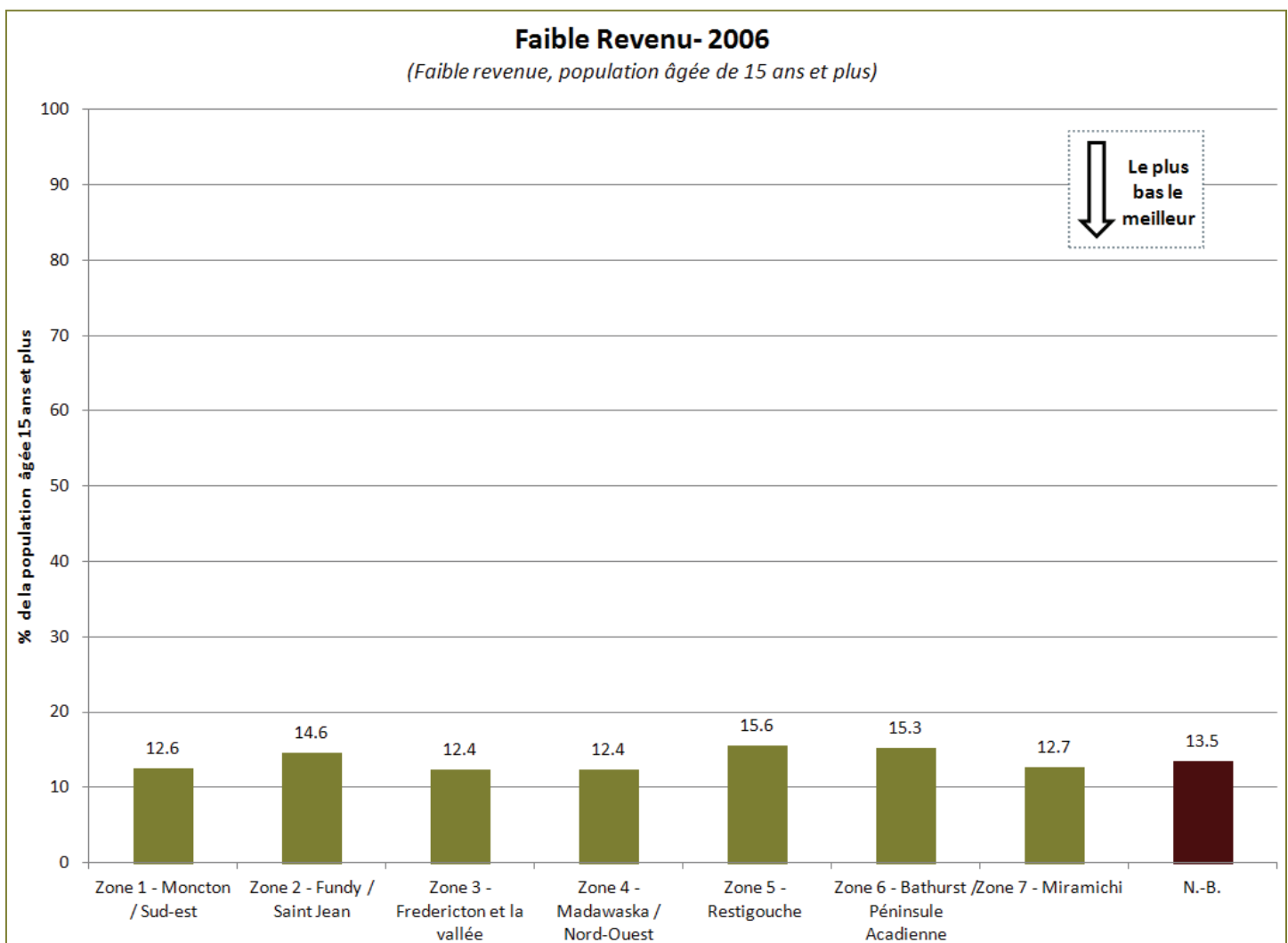
En 2006, les couples mariés peuvent être de sexe opposé ou de même sexe. Les personnes hors famille économique représentent les membres d'un ménage qui ne sont pas membres d'une famille économique. Les personnes qui vivent seules sont comprises dans cette catégorie.

Le seuil de faible revenu (SFR) correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le seuil de faible revenu est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation et les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'Indice des prix à la consommation. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) excluent les personnes placées en établissement. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) n'ont été calculées ni pour les familles économiques ni pour les personnes hors famille économique des territoires ou des réserves indiennes. Les taux de prévalence du faible revenu sont calculés à partir des chiffres arrondis des personnes ou des familles ayant un faible revenu et du nombre total de personnes ou de familles. Ces chiffres ont été arrondis séparément des chiffres arrondis indiqués dans le tableau; il peut donc y avoir une petite différence entre le taux indiqué et celui calculé avec les chiffres indiqués. Il est conseillé aux utilisateurs d'interpréter avec prudence les taux de prévalence du faible revenu établis en fonction de petits chiffres. Pour de plus amples renseignements et un tableau des seuils de faible revenu, veuillez consulter le Dictionnaire du Recensement de 2006, numéro 92-566-XWF au catalogue.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Il s'agit d'une mesure très utilisée pour évaluer le statut socioéconomique. *Un revenu de ménage insuffisant peut être lié à un taux de santé générale moindre et à un taux d'admission plus élevé dans les hôpitaux.*

Un faible revenu a des incidences sur le choix des aliments, la santé bucco-dentaire, la facilité avec laquelle on peut acheter les médicaments sur ordonnance et la qualité du logement, pour n'en nommer que certains. Cela peut également affecter la santé mentale et le niveau de stress.



Indicateur : Crime violent

Source: Statistique Canada, Juristat 2008, 2009, 2010

Définition:

Un crime violent ou un crime avec violence a lieu lorsqu'un contrevenant utilise la violence ou menace de recourir à la violence sur une victime. Cela comprend les crimes dans lesquels l'acte violent est l'objectif en soi tels les meurtres, aussi bien que les crimes où la violence est un moyen et non une fin, tels les vols. Les crimes violents peuvent être commis avec ou sans armes.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

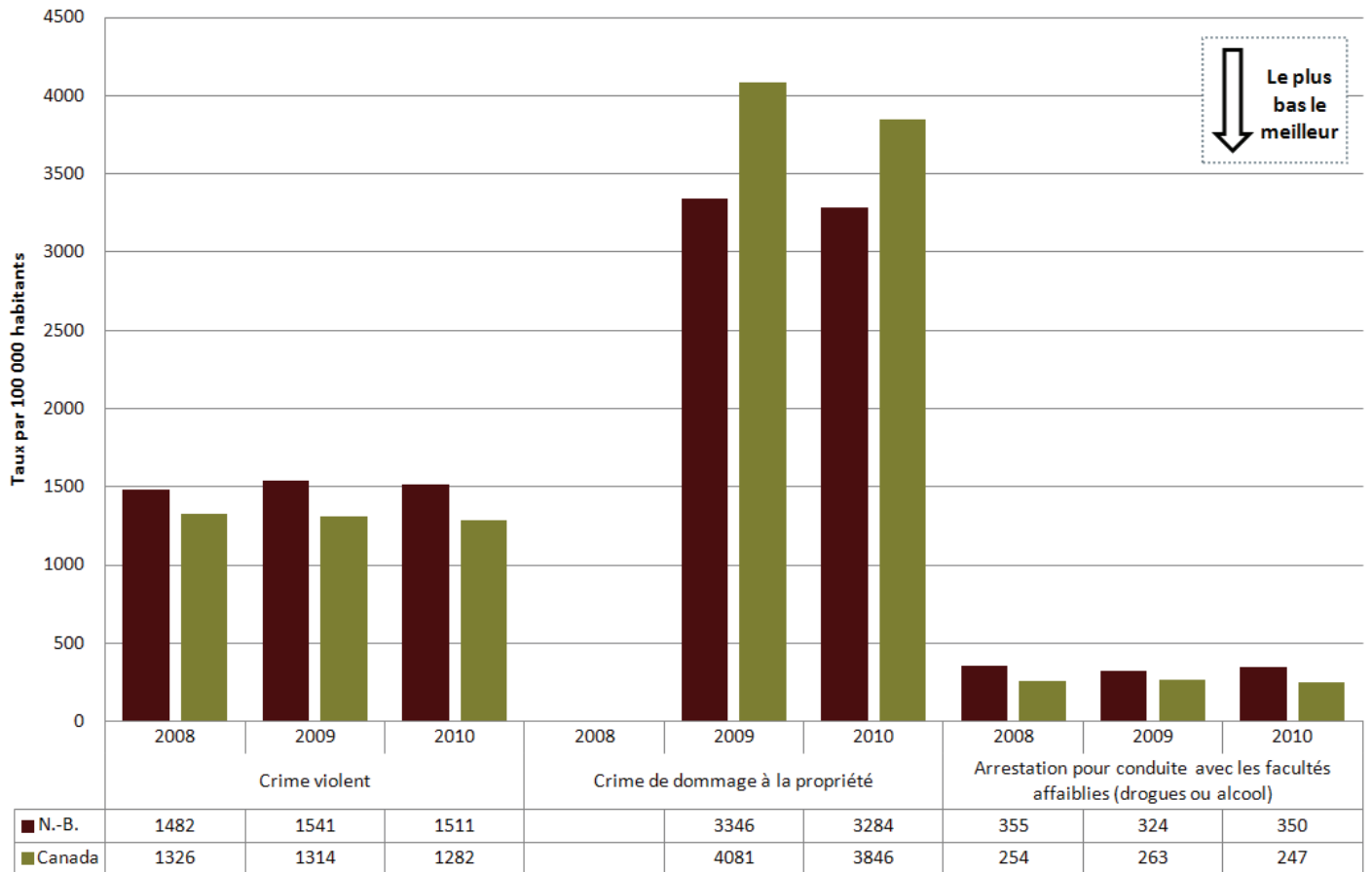
On soupçonne que la crainte de la criminalité est un facteur contributif qui pourrait expliquer certaines différences de santé. Cette crainte a également été directement associée à de pauvres résultats de santé.

Les crimes violents, dont le viol et les attaques physiques, ont des incidences sur la santé mentale des individus. L'année de vie pondérée par la qualité est affectée pour les victimes de crimes.



Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool) - 2008, 2009, 2010

(Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite)



Indicateur : Crime de dommage à la propriété

Source: Statistique Canada, Juristat 2008, 2009, 2010

Définition:

La catégorie des crimes contre les biens inclut, entre autres crimes, le cambriolage, le larcin, le vol, le vol de véhicules à moteur, l'incendie criminel, le vol à l'étalage et le vandalisme. Les crimes contre les biens concernent uniquement le fait de prendre de l'argent ou des biens, sans qu'aucune violence ou menace de violence n'ait été faite auprès des victimes.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

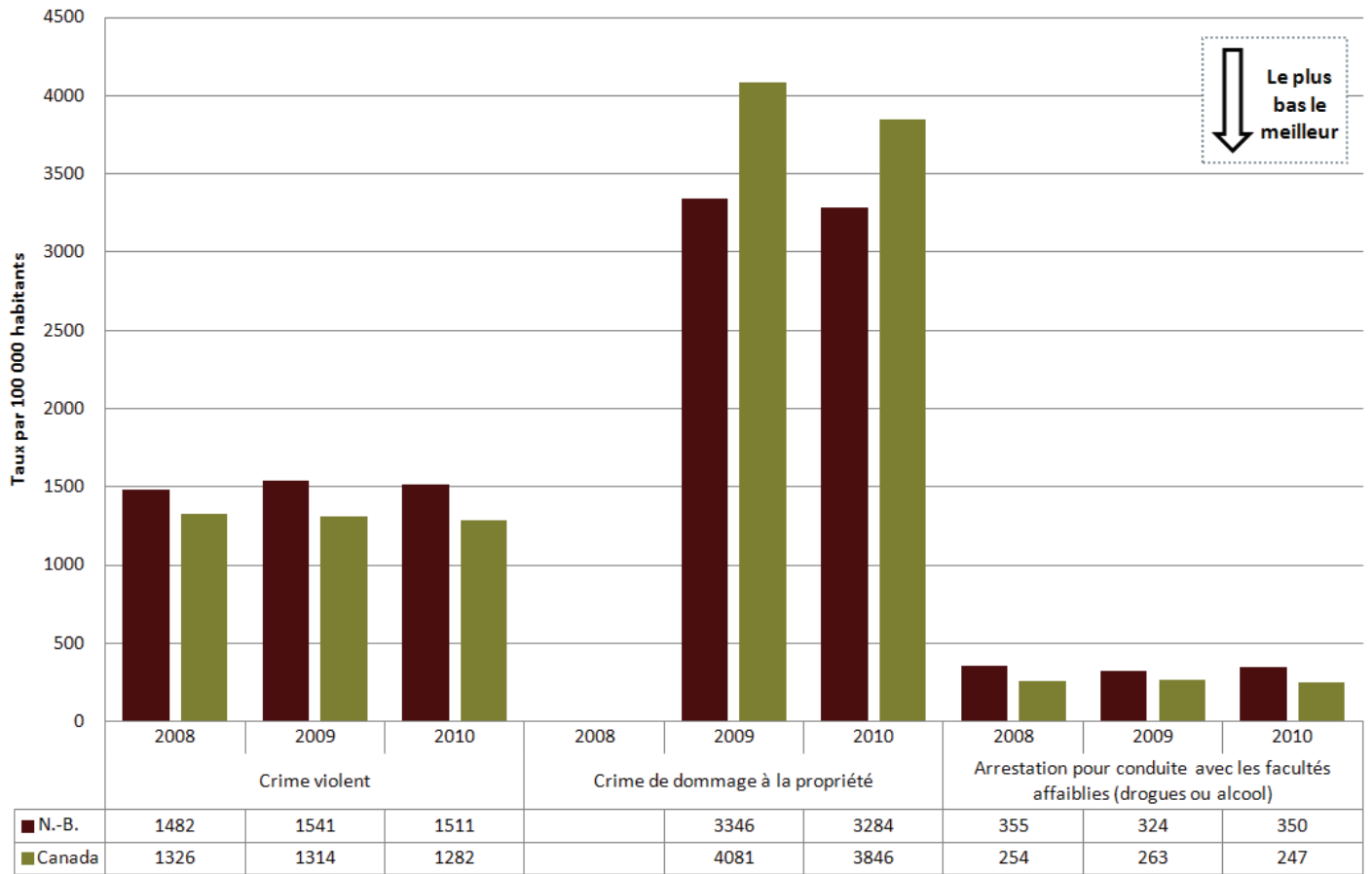
On soupçonne que la crainte de la criminalité est un facteur contributif qui pourrait expliquer certaines différences de santé. Cette crainte a également été directement associée à de pauvres résultats de santé.

Les crimes, dont le vol et le vandalisme, peuvent entraîner certains problèmes de santé mentale chez les victimes.



Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool) - 2008, 2009, 2010

(Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite)



Indicateur : Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)

Source: Statistique Canada, Juristat 2008, 2009, 2010

Définition:

La conduite avec facultés affaiblies implique la conduite d'un véhicule à moteur alors que la capacité du chauffeur est affaiblie par l'alcool ou les drogues.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Chaque année, la conduite avec facultés affaiblies entraîne des centaines de morts et des milliers de blessures sur les routes. C'est un triste constat : des vies sont perdues ou ruinées et des coûts énormes doivent être assumés par les collectivités.

Bien sûr, les passagers peuvent subir les effets de l'accident ou souffrir de blessures, mais ils peuvent également être affectés du point de vue émotionnel par l'aspect traumatisant de l'accident. De plus, il y a le traumatisme émotionnel subit par les familles et les amis des victimes. De plus, les membres de la famille ou les amis peuvent s'en vouloir d'avoir « permis » à un être cher de conduire avec facultés affaiblies même si, en fin de compte, le chauffeur est l'unique responsable de ses gestes.

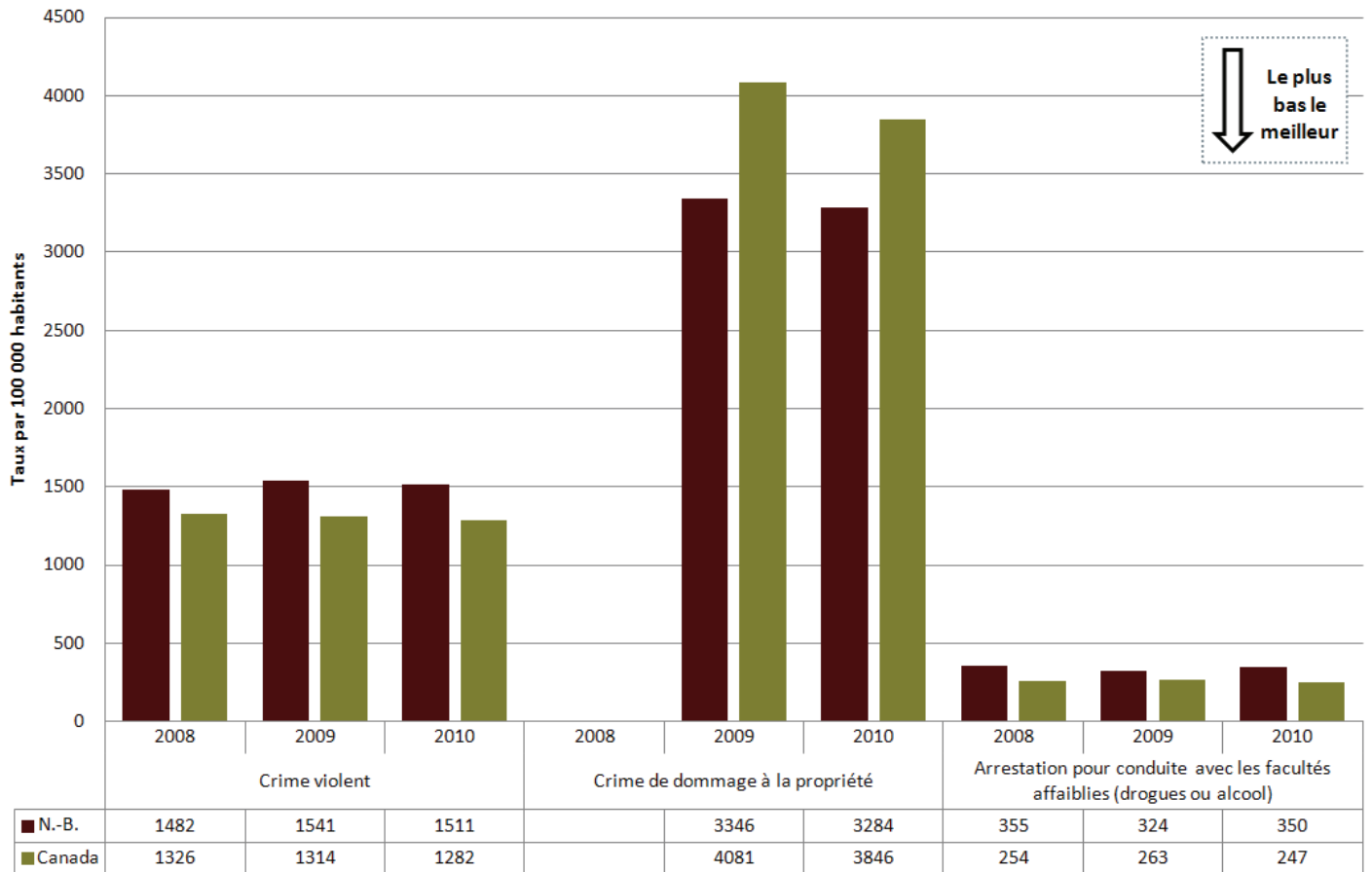
Il ne faut pas non plus oublier les conséquences, chez le chauffeur, d'une conduite avec facultés affaiblies. S'ajoute aux blessures et à une mort possible, le traumatisme émotionnel d'avoir causé des blessures ou tuer quelqu'un d'autre. Le poids du remords peut être énorme. Des problèmes juridiques peuvent également en découler.

Fort heureusement, depuis plusieurs années maintenant, de plus en plus de gens de tous les segments de la société ont adopté une attitude saine envers la conduite avec facultés affaiblies. On comprend mieux qu'il est tout à fait inacceptable de conduire avec les facultés affaiblies.



Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool) - 2008, 2009, 2010

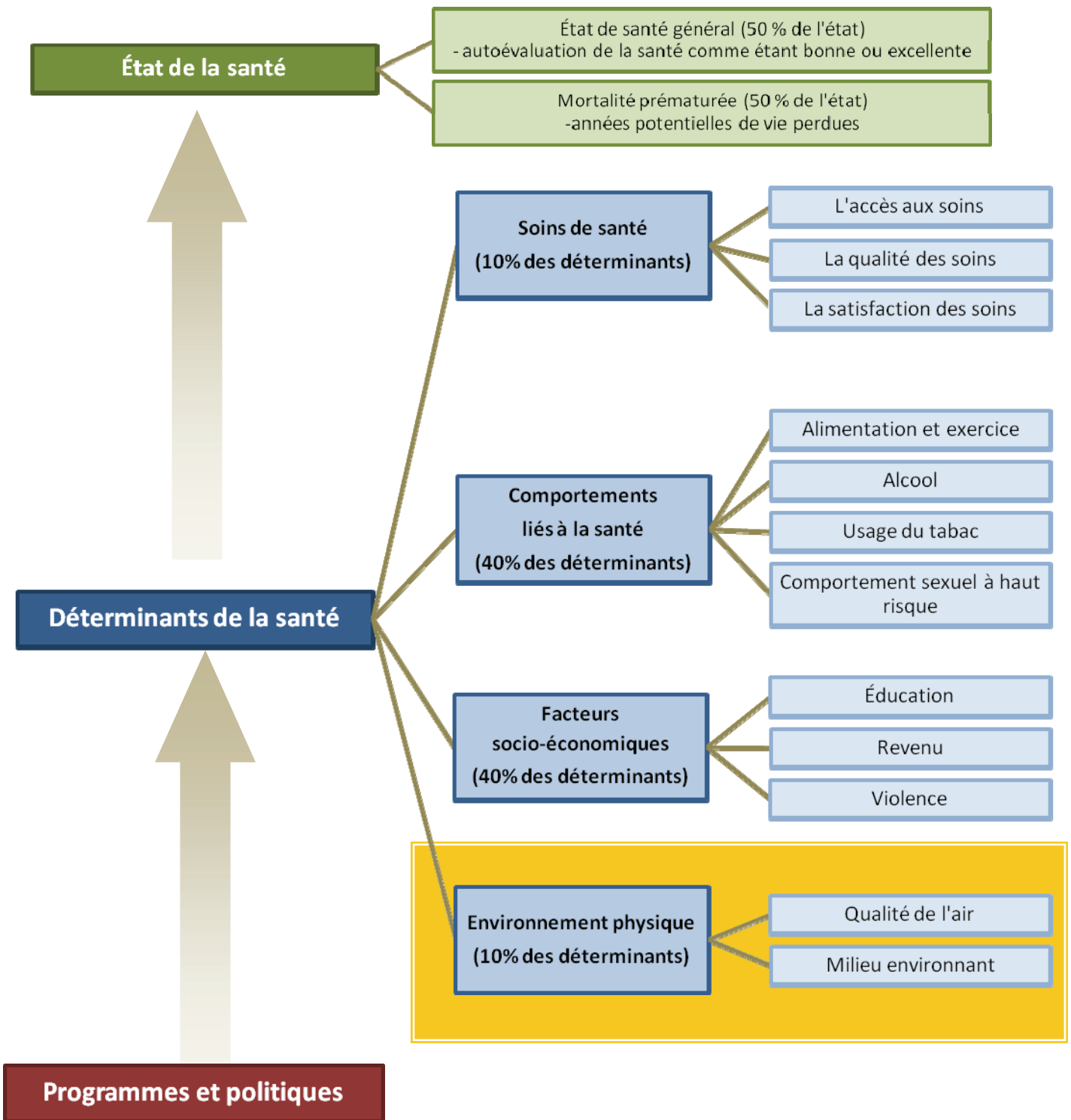
(Crime violent, crime de dommage à la propriété, arrestation pour conduite)



Section 5 — Déterminants de la santé

**Environnement physique:
représentent 10 % des déterminants de
la santé.**

L'exposition à des facteurs nuisibles dans l'environnement contribue à une mauvaise santé. Cependant, des lacunes importantes demeurent au niveau des connaissances de l'ampleur et de la distribution du fardeau des maladies attribuables à l'insalubrité de l'environnement.



Indicateur: Exposition à la fumée secondaire au domicile

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur domicile tous les jours ou presque tous les jours. L'usage du tabac englobe la cigarette, le cigare et la pipe.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

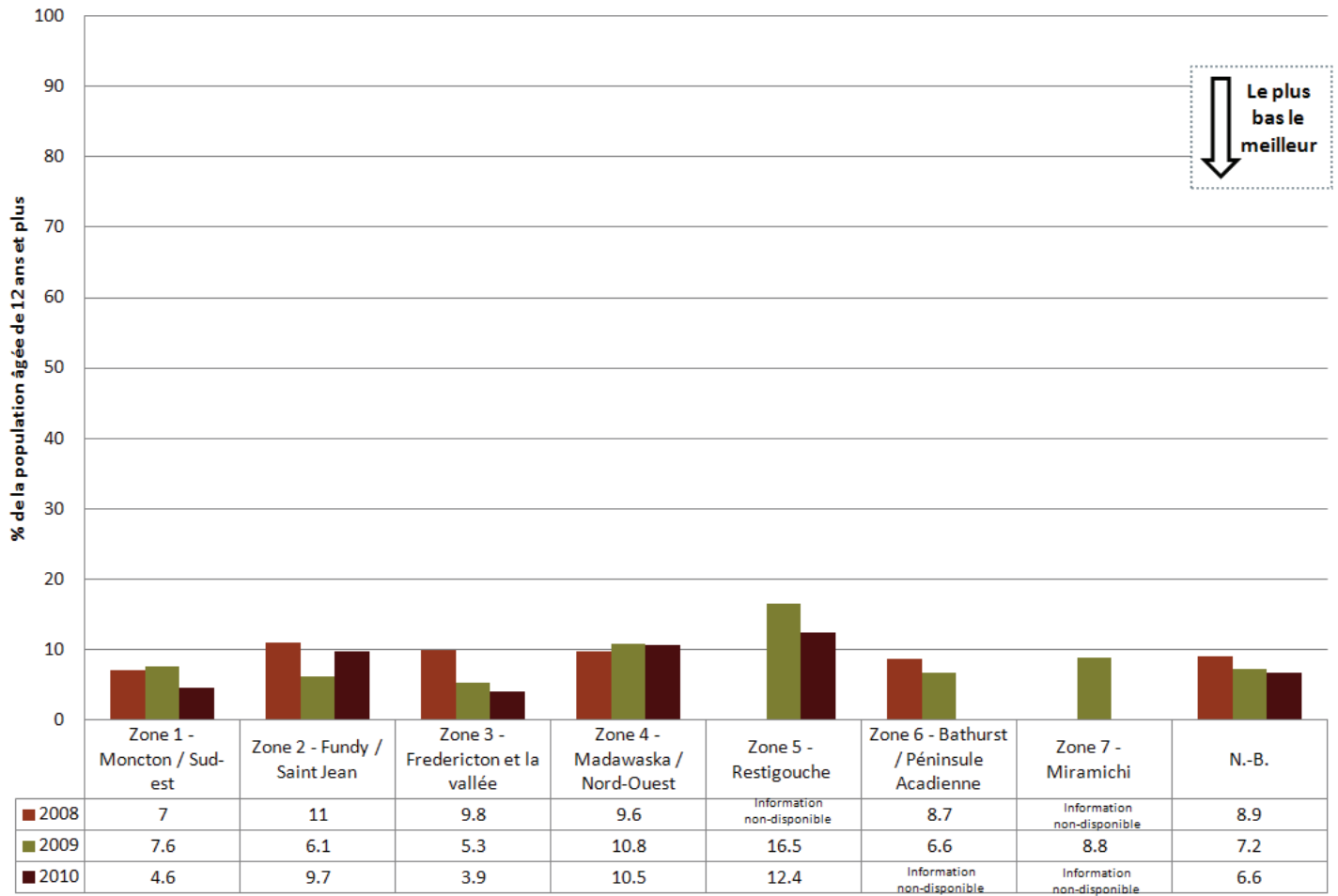
La fumée secondaire irrite les yeux, la gorge et les voies nasales : elle entraîne des maux de tête, de la toux et une respiration sifflante, des nausées et des étourdissements. Elle rend également plus sujet au rhume. L'inhalation de la fumée secondaire peut également déclencher des crises d'asthme et accroître les risques de bronchite et de pneumonie.

Si vous êtes exposé à la fumée secondaire durant une période prolongée, vous risquez davantage de souffrir et même de mourir de problèmes cardiaques, de troubles respiratoires ou d'un cancer du poumon.



Exposition à la fumée secondaire - à domicile - 2008, 2009, 2010

(Exposition à la fumée secondaire au domicile)



Indicateur: Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules et/ou des lieux publics

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés et/ou des lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

L'usage du tabac englobe la cigarette, le cigare et la pipe.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

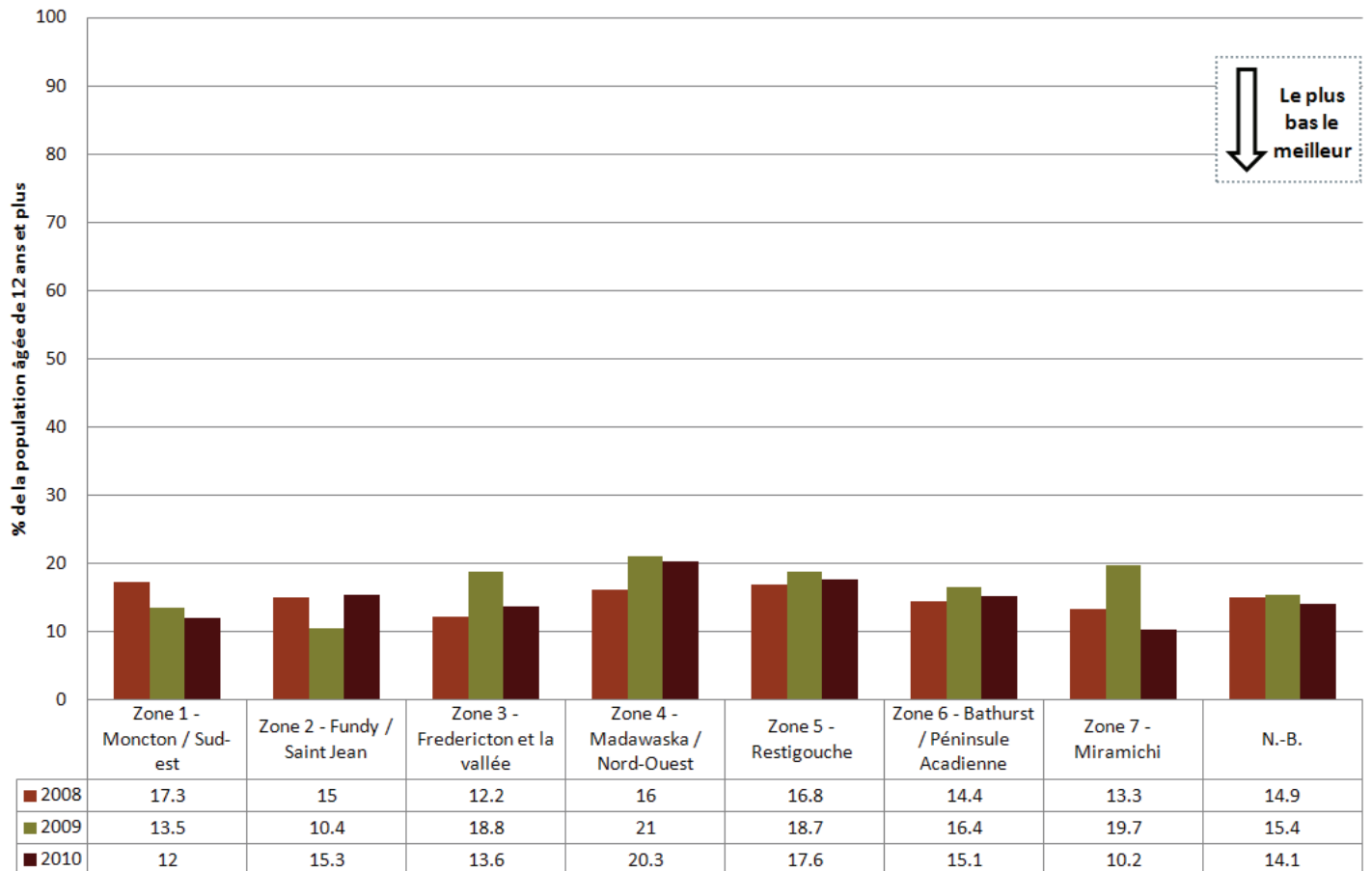
La fumée secondaire irrite les yeux, la gorge et les voies nasales : elle entraîne des maux de tête, de la toux et une respiration sifflante, des nausées et des étourdissements. Elle rend également plus sujet au rhume. L'inhalation de la fumée secondaire peut également déclencher des crises d'asthme et accroître les risques de bronchite et de pneumonie.

Si vous êtes exposé à la fumée secondaire durant une période prolongée, vous risquez davantage de souffrir et même de mourir de problèmes cardiaques, de troubles respiratoires ou d'un cancer du poumon.



Expositions à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public - 2008, 2009, 2010

(Exposition à la fumée secondaire au cours du derniers mois, dans des véhicules et / des lieux publics)



Indicateur: Logements dont la qualité de l'air intérieur a été évaluée comme étant excellente, très bonne ou bonne

Source: Statistique Canada, Division des comptes et de la statistique de l'environnement, Enquête sur les ménages et l'environnement, 2009 (numéro d'enregistrement 3881).

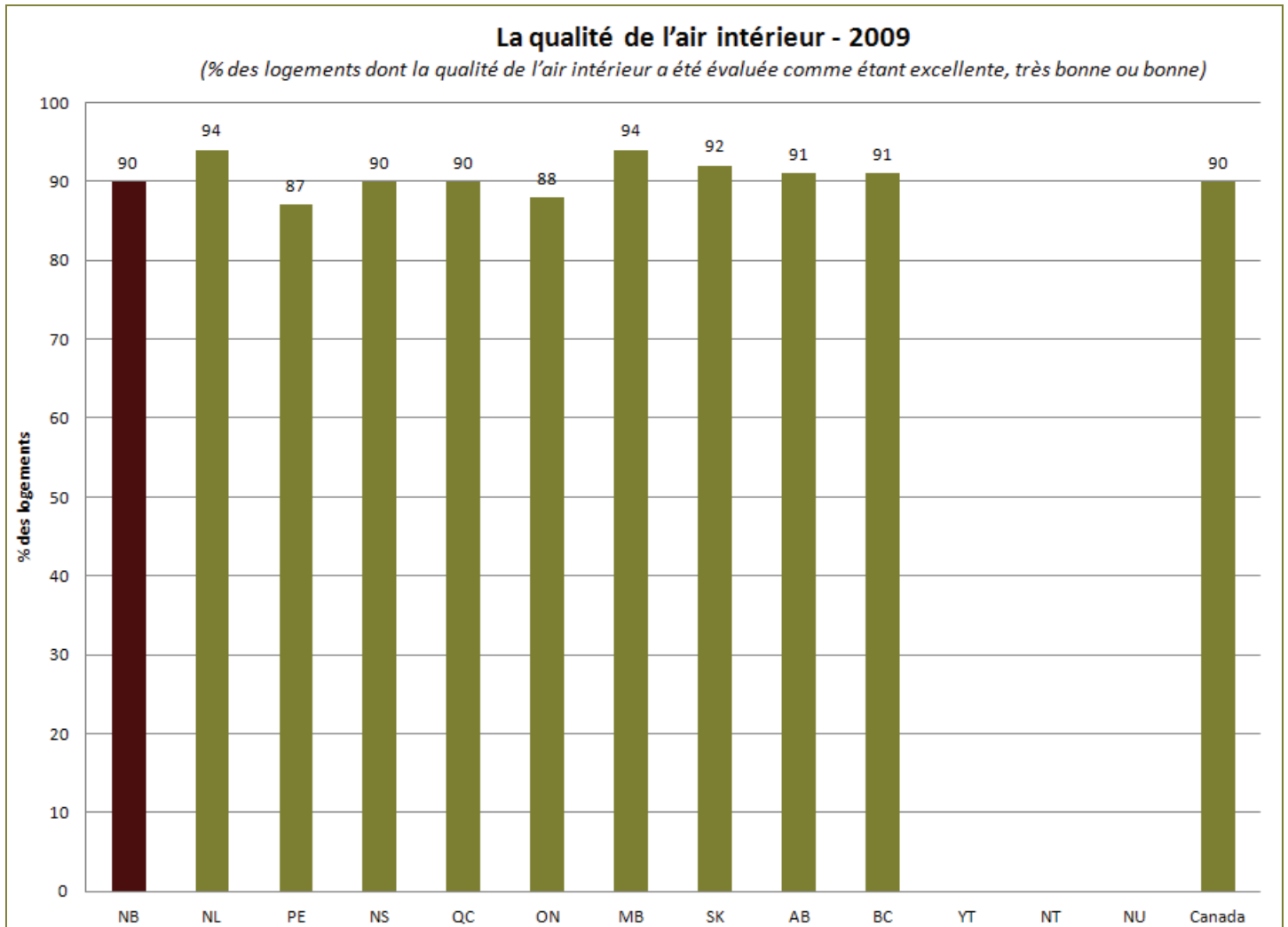
Définition:

Ménages canadiens ayant évalué la qualité de l'air à l'intérieur de leur logement au cours de l'année précédente comme étant excellent, très bonne ou bonne.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'air est de bonne qualité lorsque les niveaux de contaminants sont très faibles. Les contaminants tels que la poussière, la moisissure, les composés organiques volatils (COV), le monoxyde de carbone et le radon peuvent influencer sur la qualité de l'air intérieur et donc avoir une incidence négative sur les personnes qui habitent dans le logement.

NOTA: Ce nouvel indicateur a été ajouté au Portrait provincial uniquement pour comparer le Nouveau-Brunswick aux autres provinces quant à la qualité de l'air.



Indicateur: Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008, 2009 et 2010.
Tableau CANSIM no. 105-0501

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

La recherche démontre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à la communauté locale et la santé physique et mentale.

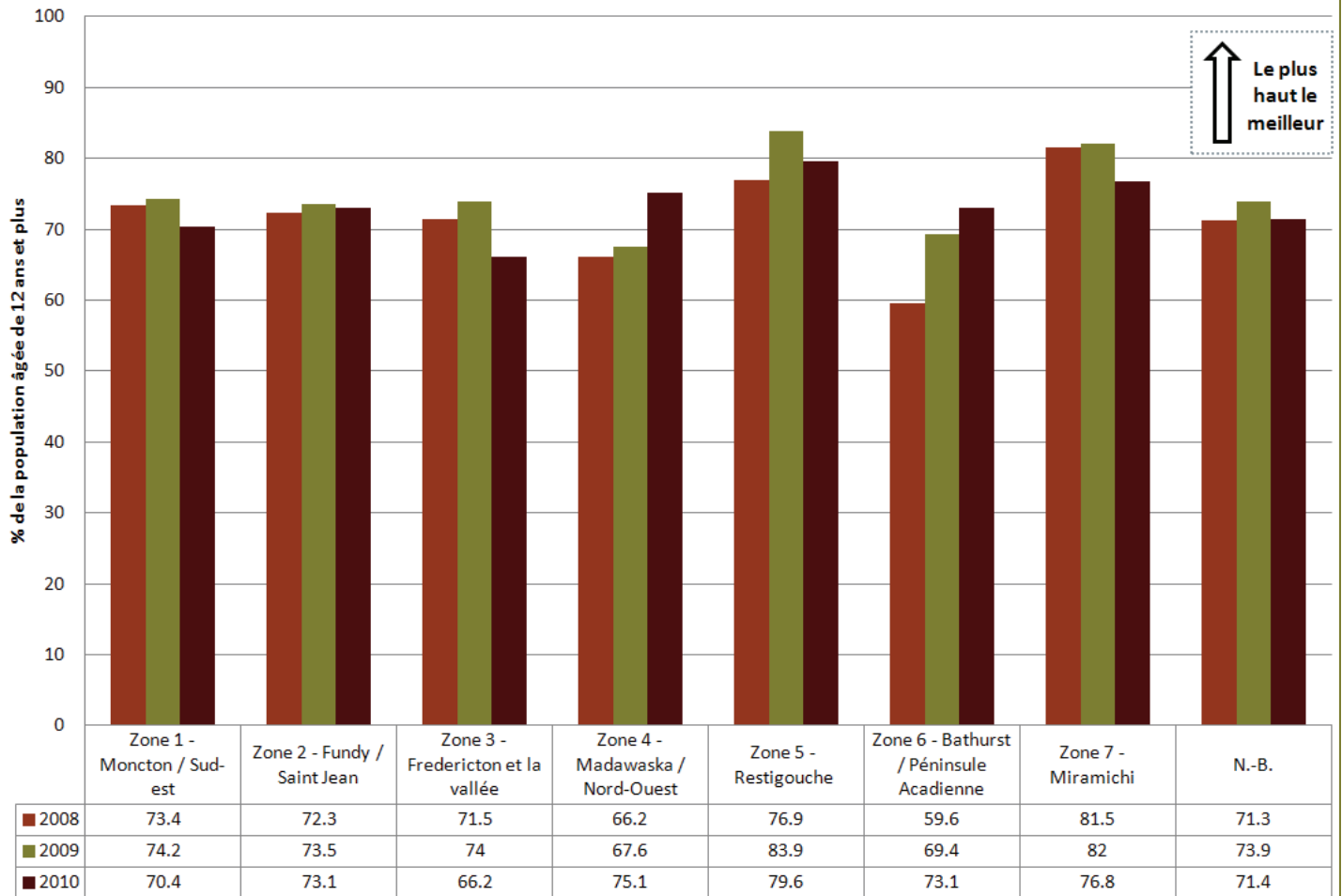
Par « soutien social et appartenance sociale », on entend les personnes, les réseaux d'appui et les ressources sociales disponibles aux individus en temps de besoin et qui forme le fondement à notre sentiment d'appartenance à la communauté locale.

Souvent, les personnes qui se sentent isolées et aliénées de leur communauté locale et qui ne jouissent pas d'un réseau familial et d'amis, ont un état de santé plus faible que les personnes ayant un réseau de soutien solide.



Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort - 2008, 2009, 2010

(Sentiment d'appartenance à la communauté locale)



Annexes

A—Portrait provincial

B—Portrait des zones

C—Sommaire exécutif

D—Faits saillants provinciaux et des zones

E—Descriptions des zones

F—Sources



Nouveau- Brunswick "Portrait de la santé - 2011" Version 3

Tendance comparé avec le dernier NB portrait

Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)
--------------	--------------	---------------	--------------------	------------------------

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Indicateur	(%, 2010)	Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance
Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	52.8	54.1	53.5	60.1	11/13	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	69.3	67.4	68.3	73.9	11/13	▲
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	12.2	15.8	14.0	12.7	11/13	▲
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	90.5	93.5	92.0	92.1	5/13*	▲
Espérance de vie (âge, 2006/2008)		77.6	82.7	80.2	80.9	5/11*	▲
Faible poids à la naissance (taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)		5.3	5.8	5.5	6.0	4/13	--
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)		4.6	3.5	4.1	5.0	3/13	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke) (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		141.0	56.0	98.1	--	--	▼
Décès prématuré dû au cancer (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		189.1	165.0	176.9	--	--	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		26.4	18.4	22.3	--	--	▼
Décès prématuré dû aux accidents (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		118.9	39.1	78.6	--	--	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		64.9	16.7	40.6	--	--	▲

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé – représentent 10 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance
A un médecin régulier	(%, 2010)	90.0	94.6	92.4	84.8	2/13	▲
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	72.9	88.0	80.7	80.6	9/13	▼
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009-2010)	58.9	62.7	60.8	66.3	8/13	▲
Été hospitalisé inutilement (normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)		542	437	489	302	8/13	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	66.6	64.5	65.4	59.4	6/12	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	80.9	80.9	84.9	4/4	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	76.7	76.7	70.4	2/5	▼
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	78.3	74.0	75.9	--	--	Nouvel Indicateur
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	63.0	60.2	61.5	--	--	Nouvel Indicateur

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance
Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	53.8	50.2	52.0	52.1	6/13	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	31.2	43.4	37.5	43.3	7/13	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	30.0	25.2	27.5	18.1	12/13	▲
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	30.4	11.5	20.6	17.3	10/13	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	18.6	21.9	20.3	23.5	8/13	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	25.8	19.4	22.5	20.8	4/13	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale) (taux brut par 10 000 habitants, 2010)		15.3	32.9	24.3	27.0 ^s	4/12 ^s	▼
Grossesses chez les adolescentes (taux par 1 000 femmes, 2010)		--	23.5	23.5	--	--	▼
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	50.5	57.3	53.1	37.3	5/12	▲

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2006)	Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance
Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	23.1	19.0	21.0	15.4	8/13	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	9.3	8.0	7/10	▼
Divorce	(%, 2006)	6.8	7.1	6.7	8.0	5/13	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	3.0	13.4	16.3	15.9	5/13	--
Faible revenu	(%, 2006)	12.0	14.9	13.5	15.3	2/10	--
Crime violent (taux par 100 000 habitants, 2010)		F	F	1 511	1 282	5/13	--
Crime de dommages à la propriété (taux par 100 000 habitants, 2010)		F	F	3 284	3 846	3/13	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool) (taux par 100 000 habitants, 2010)		F	F	350	247	3/13	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	Hommes N.-B.	Femmes N.-B.	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance
Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	7.9	5.5	6.6	5.9	8/12	▲
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	18.1	10.6	14.1	15.0	7/12	▲
Logements dont la qualité de l'air intérieur a été évaluée comme étant excellente, très bonne ou bonne	(%, 2009)	--	--	90.0	90.0	6/10	Nouvel Indicateur
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	71.0	71.8	71.4	65.4	8/13	▼

Rang provincial dans le Canada

- Bon (rang 1, 2, 3)
- Mise en garde
- ◆ Moins bon (3 dernières places)

Tendance comparé au dernier Portrait de la santé du NB

- ▲ La valeur de l'indicateur de la province c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la province est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la province est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (13), comprend toutes les provinces et territoires quand l'information est disponible (13). * = une autre province a le même rang. ^s = rang de la province selon une source alternative

Nouveau-Brunswick

Portrait de la santé de la population - 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour le Nouveau-Brunswick (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - Accouchement par voie vaginale	4 421	60.6
2- Nouveau-né	3 881	53.2
3- MPOC (Maladie chronique des poumons)	3 081	42.2
4- Angine / Douleur à la poitrine	1 722	23.6
5- Insuffisance cardiaque sans cathéter	1 676	23.0
6- Pneumonie virale / non spécifiée	1 617	22.2
7- Soins palliatifs (fin de vie)	1 595	21.8
8- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	1 557	21.3
9- Crise cardiaque	1 550	21.2
10- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	1 520	20.8

10 problèmes de santé chroniques pour le Nouveau-Brunswick (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	25.7
2- Arthrite	18.0
3- RGO (Reflux gastrique)	16.1
4- Douleur chronique	15.0
5- Dépression	12.7
6- Asthme	10.3
7- Diabète	9.2
8- Maladie cardiaque	8.3
9- Cancer	7.0
10- Emphysème ou MPOC	2.7

DÉTAILS SUR LE N.-B.

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 22.7%
20-39 ans = 24.9%
40-64 ans = 37.7%
65 + ans = 14.7%

Population totale = 729 995

Âge médian = 41.5

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 29.4%
anglais = 68.7%

Population immigrante = 3.7%

Population autochtone = 2.5%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la province :
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/>

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvreté>
esic-sies@gnb.ca



Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca/ www.csnb.ca



Zone 1 : Moncton/Sud-Est

“Portrait de la santé - 2011” version 3

	Zone 1 Hommes	Zone 1 Femmes	Zone 1 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 1 vs autres)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 1
--	---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	46.6	57.9	52.4	53.5	● 3/7	▲
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	65.9	65.8	65.8	68.3	● 5/7	▲
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	12.0 ^E	15.4 ^E	13.7	14.0	● 5/7	▲
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	88.8	94.7	91.8	92.0	● 4/7*	▲
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	5.4	5.7	5.6	5.5	● 3/7*	--
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	4.5	3.7	4.1	4.1	● 2/5	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke) (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)		126.5	44.3	85.0	98.1	● 2/7	▼
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	181.6	164.5	172.9	176.9	● 3/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	23.3	13.0	18.1	22.3	● 1/7	▼
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	118.7	36.9	77.4	78.6	● 3/7	▲
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	59.3	20.3	39.6	40.6	● 5/7	▲

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	89.6	95.0	92.4	92.4	● 4/7*	▲
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	73.4	88.9	81.3	80.7	● 4/7	▲
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	60.9	63.4	62.2	60.8	● 3/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009/2010)	F	F	345	489	● 1/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	66.8	66.7	66.7	65.4	● 3/7	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	80.5	80.5	80.9	● 4/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	83.6	83.6	76.7	● 1/7	▲
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	80.2	74.8	77.2	75.9	● 2/7	▲
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	63.3	60.0	61.6	61.5	● 4/7	▲

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	53.6	48.2	50.9	52.0	● 3/7	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	29.0	43.3	36.4	37.5	● 5/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	32.3	27.1	29.7	27.5	● 5/7	▲
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	33.3	16.7 ^E	24.7	20.6	◆ 7/7	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	19.4 ^E	23.4	21.5	20.3	◆ 6/7	▼
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	23.7	17.8 ^E	20.6	22.5	● 1/7	▲
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	24.6	45.8	35.4	24.3	◆ 7/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	21.5	21.5	23.5	● 4/7	▼
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	52.5	58.0	54.3	53.1	● 3/7	▲

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	26.4	20.4	23.4	21.0	● 3/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	7.6	9.3	● 1/7	▼
Divorce	(%, 2006)	6.3	7.6	7.0	6.7	◆ 6/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	2.5	12.9	15.4	16.3	● 3/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	11.4	13.7	12.6	13.5	● 2/7	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire - à domicile	(%, 2010)	F	F	4.6 ^E	6.6	● 2/5	▲
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	17.5 ^E	7.1 ^E	12.0 ^E	14.4	● 2/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	72.0	68.9	70.4	71.4	◆ 6/7	▼

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)
- Tendence n'est pas disponible

Tendance Comparaison avec le dernier Portrait de la santé du Zone 1

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, * = une autre zone à le même rang, F = Données non disponibles)

Zone 1: Moncton/ Sud-Est

Portrait de la santé de la population – 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Moncton / Sud-Est (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - Accouchement par voie vaginale	1 226	63.9
2- Nouveau-né	781	40.7
3- Angine /Douleur à la poitrine	761	39.7
4- Nouveau-né, 2500+ grammes, problèmes mineurs	548	28.6
5- MPOC (Maladie chronique des poumons)	529	27.6
6- Crise cardiaque	422	22
7- Insuffisance cardiaque sans cathéter	407	21.2
8- Césarienne	397	20.7
9- Pneumonie virale / non spécifiée	383	20.0
9- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	383	20.0

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Moncton / Sud-Est (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	24.6
2- Arthrite	16.2
3- RGO (Reflux gastrique)	16.1
4- Douleur chronique	13.9
5- Dépression	13.3
6- Asthme	9.6
7- Diabète	8.8
8- Maladie cardiaque	7.6
9- Cancer	7.0
10- Emphysème ou MPOC	2.2

DÉTAILS SUR LA ZONE 1

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 22%

20-39 ans = 26%

40-64 ans = 37%

65 + ans = 15%

Population totale = 191 860

Âge médian = 41.2

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 37%

anglais = 61%

Population immigrante = 3.4%

Population autochtone = 2.4%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 1 visitez l'un de ses réseaux :

- Sud-est rural
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/sud-est-rural/>
- Région du sud-est
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/region-du-sud-est/>
- Ou communiquez avec la coordinatrice du mieux-être Lucie Gosselin. Téléphone : 506-576-9685
lucie.gosselin@hepac-csaap.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvrete/>
esic-sies@gnb.ca



Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone : 506.869.6870
Fax / Télécopieur : 506.869.6282
Toll-free / Sans frais : 1.877.225.2521

www.nbhc.ca/ www.csnb.ca/



Zone 2 : Fundy/Saint Jean

“Portrait de la santé - 2011” version 3

	Zone 2 Hommes	Zone 2 Femmes	Zone 2 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 2 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 2
--	---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	65.6	57.8	61.5	53.5	● 1/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	74.7	65.2	69.7	68.3	● 2/7*	▲
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	9.3 ^E	17.6 ^E	13.6	14.0	● 4/7	▲
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	91.9	91.7	91.8	92.0	● 4/7*	▲
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	5.0	5.3	5.1	5.5	● 1/7	--
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	4.0	2.3	3.2	4.1	● 2/5	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	163.1	76.6	119.0	98.1	◆ 6/7	▲
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	215.9	156.9	185.8	176.9	● 5/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	30.1	19.5	24.7	22.3	● 5/7	▼
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	108.6	30.2	68.6	78.6	● 1/7	▲
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	53.9	13.1	33.1	40.6	● 1/7	▼

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	89.9	92.4	91.2	92.4	◆ 7/7	▼
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	71.8	85.0	78.6	80.7	◆ 7/7	▼
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	60.1	65.7	63.0	60.8	● 1/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	431	412	421	489	● 2/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	77.2	68.3	72.2	65.4	● 1/7	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	82.5	82.5	80.9	● 3/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	71.1	71.1	76.7	◆ 6/7	▲
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	78.8	73.5	76.1	75.9	● 4/7	Nouvel indicateur
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	61.7	58.3	59.9	61.5	● 5/7*	Nouvel indicateur

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	56.9	56.5	56.7	52.0	● 1/7	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	27.8	37.6	32.9	37.5	◆ 6/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	25.5 ^E	22.9 ^E	24.2	27.5	● 3/7	▼
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	31.3	7.2 ^E	18.8	20.6	● 3/7	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	15.6 ^E	25.3	20.7	20.3	● 5/7	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	25.9	19.4 ^E	22.6	22.5	● 4/7	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	10.8	26.2	18.8	24.3	● 4/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	26.7	26.7	23.5	◆ 6/7	▲
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	48.4	74.7	59.1	53.1	● 2/7	▼

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	16.9	15.7	16.3	21.0	● 1/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	8.0	9.3	● 2/7	▼
Divorce	(%, 2006)	6.6	7.8	7.2	6.7	◆ 7/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	3.1	14.6	17.7	16.3	● 4/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	13.1	16.0	14.6	13.5	● 4/7	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	9.3 ^E	9.9 ^E	9.7^E	6.6	● 3/5	▼
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	17.7 ^E	13.4 ^E	15.3	14.1	● 5/7	▼
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	76.9	69.6	73.1	71.4	● 4/7*	▼

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 2

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, * = une autre zone à le même rang, F = Données non disponibles)

Zone 2: Fundy / Saint Jean

Portrait de la santé de la population – 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Fundy / Saint Jean (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - Accouchement par voie vaginale	1 142	67.3
2- Nouveau-né	1 136	66.9
3- MPOC (Maladie chronique des Poumons)	641	37.8
4- Insuffisance cardiaque sans cathéter	381	22.4
5- Pneumonie virale / non spécifiée	365	21.5
6- Soins palliatifs (fin de vie)	324	19.1
7- Remplacement du genou	309	18.2
8- Naissance multiple normale/Césarienne	281	16.6
9- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	248	14.6
10- Angioplastie coronarienne*	241	14.2

*Opération pour élargir les veines du cœur

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Fundy / Saint Jean (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	25.6
2- Arthrite	21.2
3- Douleur chronique	15.6
4- RGO (Reflux gastrique)	15.1
5- Dépression	11.8
6- Asthme	10.6
7- Diabète	9.3
8- Maladie cardiaque	8.4
9- Cancer	7.8
10- Emphysème ou MPOC	3.2

DÉTAILS SUR LA ZONE 2

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 24%

20-39 ans = 24%

40-64 ans = 37%

65 + ans = 15%

Population totale = 169 765

Âge médian = 41.0

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 1%

anglais = 97%

Population immigrante = 4.5%

Population autochtone = 1.1%

(source: Recensement 2006. Statistique Canada)

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 2 visitez l'un de ses réseaux :

- Grand Bay-Westfield <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/grand-bay-westfield/>
- Deer Island <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/ile-deer/>
- Fundy <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/fundy/>
- Sussex <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/sussex/>
- Ou communiquez avec la coordinatrice du mieux-être Sylvie Poulin. Téléphone : 506-643-2114 Sylvie.poulin@gnb.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvrete/esic-sies@gnb.ca>



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



Zone 3: Fredericton et la vallée “Portrait de la santé – 2011” version 3

	Zone 3 Hommes	Zone 3 Femmes	Zone 3 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 3 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 3
--	---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	54.4	51.0	52.6	53.5	● 2/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	77.0	73.7	75.3	68.3	● 1/7	▲
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	10.6 ^E	13.3	12.0	14.0	● 2/7	▲
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	93.5	94.5	94.0	92.0	● 1/7	▲
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	5.4	6.1	5.7	5.5	● 5/7	--
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	5.5	4.6	5.1	4.1	● 4/5	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	141.7	62.1	101.7	98.1	● 5/7	▼
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	167.3	155	161.1	176.9	● 1/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	28.5	21.3	24.9	22.3	◆ 6/7	▼
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	117.2	44.4	80.6	78.6	● 4/7	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	62.4	14.4	38.3	40.6	● 3/7	▼

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	88.8	94.0	91.5	92.4	◆ 6/7	▼
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	69.6	88.4	79.4	80.7	◆ 6/7	▼
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	58.7	66.8	62.9	60.8	● 2/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	577	528	551	489	● 4/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	73.3	62.4	67.1	65.4	● 2/7	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	87.0	87.0	80.9	● 1/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	74.2	74.2	76.7	● 5/7	▼
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	77.7	72.6	74.9	75.9	● 5/7	
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	61.7	58.3	59.9	61.5	● 5/7*	

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	53.2	56.7	55.0	52.0	● 2/7	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	30.0	44.8	37.7	37.5	● 3/7	=
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	32.8	28.7	30.7	27.5	◆ 6/7	▼
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	26.4	11.4 ^E	18.6	20.6	● 2/7	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	16.2 ^E	17.4	16.8	20.3	● 2/7*	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	25.3	20.8	23	22.5	◆ 6/7	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	19.4	42.1	30.9	24.3	◆ 6/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	23.7	23.7	23.5	● 5/7	▼
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	70.3	53.7 ^E	63.3	53.1	● 1/7	▲

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	18.7	14.4	16.5	21.0	● 2/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	8.6	9.3	● 3/7	▼
Divorce	(%, 2006)	6.3	7.5	6.9	6.7	● 5/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	2.5	11.8	14.3	16.3	● 2/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	11.1	13.6	12.4	13.5	● 1/7	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	F	F	3.9^E	6.6	● 1/5	▲
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	17.6 ^E	10.1 ^E	13.6^E	14.1	● 3/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	60.1	71.8	66.2	71.4	◆ 7/7	▼

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 3

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, * = une autre zone à le même rang, F = Données non disponibles)

Zone 3 : Fredericton et la vallée

Portrait de la santé de la population - 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Fredericton et la vallée (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - Nouveau-né	1 086	65.5
2- Accouchement par voie vaginale	1 066	64.3
3- MPOC (Maladie chronique des poumons)	689	41.6
4- Crise cardiaque	441	26.6
5- Angine /Douleur à la poitrine	432	26.1
6- Naissance multiple normale/Césarienne	402	24.3
7- Soins palliatifs (fin de vie)	389	23.5
8- Signe ou symptôme de l'appareil digestif	353	21.3
9- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	345	20.8
10- Insuffisance cardiaque sans cathéter	327	19.7

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Fredericton et la vallée (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	24.4
2- Arthrite	18.4
3- RGO (Reflux gastrique)	17.0
4- Douleur chronique	15.7
5- Dépression	12.9
6- Asthme	11.2
7- Diabète	9.3
8- Maladie cardiaque	7.9
9- Cancer	6.6
10- Emphysème ou MPOC	2.6

DÉTAILS SUR LA ZONE 3

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans= 23%
20-39 ans = 27%
40-64 ans = 36%
65 + ans= 14%

Population totale= 165 725

Âge médian = 39.6

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 3%
anglais= 94%

Population immigrante = 5.3%

Population autochtone= 3.1%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 3 visitez l'un de ses réseaux :

- Fredericton et les environs
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/fredericton-et-les-environs/>
- Boiestown / Doaktown
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/boiestown-doaktown/>
- Ou communiquez avec le coordonateur du mieux-être Chad Duplessie.
Téléphone : 506-352 -0385
chad.duplessie@hepac-csaap.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvreté>
Esic-sies@gnb.ca



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



Zone 4 : Madawaska / Nord-Ouest

“Portrait de la santé – 2011” – version 3

Zone 4 Hommes	Zone 4 Femmes	Zone 4 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 4 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 4
---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

	(%, 2010)	45.0	51.3	48.3	53.5	● 5/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	68.8	65.9	67.3	68.3	● 4/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	F	12.7 ^E	11.3 ^E	14.0	● 1/7	▼
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	83.8	96.7	90.6	92.0	◆ 6/7	▼
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Espérance de vie	(%, 2005-2007)	6.1	5.0	5.5	5.5	● 2/7	--
Faible poids à la naissance	(taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	--	--	5.3	4.1	● 5/5	--
Mortalité infantile	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	142.2	31.2	86.2	98.1	● 3/7	▲
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	189.2	231.1	210.3	176.9	◆ 7/7	▼
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	25.5	15.2	20.3	22.3	● 3/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	111.3	53.8	82.3	78.6	● 5/7	▲
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	119.3	30.8	74.7	40.6	◆ 7/7	▲
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires							

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	91.3	98.1	94.8	92.4	● 3/7	▲
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	72.3	86.8	79.8	80.7	● 5/7	▲
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	55.1	59.6	57.4	60.8	● 4/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	736	526	624	489	● 5/7	▼
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	69.2	58.9	63.6	65.4	● 5/7	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	70.7	70.7	80.9	◆ 7/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	79.9	79.9	76.7	● 2/7	▲
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	83.6	80.5	82.0	75.9	● 1/7	
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	65.1	67.0	66.1	61.5	● 1/7	

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	60.3	40.2	49.8	52.0	● 4/7	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	28.8 ^E	56.3	43.2	37.5	● 2/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	23.5 ^E	18.9 ^E	21.2	27.5	● 1/7	▲
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	27.1 ^E	11.8 ^E	19.1	20.6	● 4/7	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	30.5 ^E	30.6 ^E	30.5 ^E	20.3	◆ 7/7	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	30.2 ^E	30.3	30.3	22.5	◆ 7/7	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	5.4	11.3	8.4	24.3	● 1/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	15.0	15.0	23.5	● 2/7	▲
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	31.6 ^E	41.9 ^E	36.2 ^E	53.1	◆ 6/7	▲

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	29.0	25.0	27.2	21.0	● 4/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	9.0	9.3	● 4/7	▲
Divorce	(%, 2006)	6.2	6.1	6.1	6.7	● 3/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	3.3	11.3	11.3	16.3	● 1/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	11.4	15.6	15.6	13.5	◆ 6/7*	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	F	F	10.5 ^E	6.6	● 4/5	▲
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	26.3 ^E	14.7 ^E	20.3 ^E	14.1	◆ 7/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	70.4	79.4	75.1	71.4	● 3/7	▲

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 4

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, * = une autre zone à le même rang, F = Données non disponibles)

Zone 4: Madawaska / Nord-Ouest

Portrait de la santé de la population - 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Madawaska / Nord-Ouest (2010)

Raisons d'admission à l'Hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - MPOC (Maladie chronique des poumons)	261	52.1
2- Nouveau-né	250	49.9
3- Accouchement par voie vaginale	245	48.9
4- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	177	35.3
5- Facteur de stress/Trouble de l'adaptation	160	31.9
6- Épisode dépressif sans électrochocs	156	31.1
7- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	132	26.3
8- Angine instable / athérosclérose sans cathéter	125	25
9- Crise cardiaque	120	24
10- Pneumonie virale / non spécifiée	118	23.6

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Madawaska / Nord-Ouest (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	25.6
2- Douleur chronique	16.7
3- Arthrite	15.8
4- RGO (Reflux gastrique)	15.4
5- Dépression	11.5
6- Maladie cardiaque	11.1
7- Diabète	9.0
8- Asthme	7.8
9- Cancer	5.6
10- Emphysème ou MPOC	3.9

DÉTAILS SUR LA ZONE 4

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 22%
20-39 ans = 23%
40-64 ans = 41%
65 + ans = 14%

Population Totale = 50 095

Âge médian = 43.0

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 91%
anglais = 7.6%

Population immigrante = 3.0%

Population autochtone = 2.2%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 4 visitez l'un de ses réseaux :

- Saint-Quentin <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/saint-quentin/>
- Ou contactez la coordinatrice du mieux-être Cindy Cheng.
Téléphone : 506-739-0761
cindy.cheng@hepac-csaap.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvrete>
esic-sies@gnb.ca



Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



Zone 5 : Restigouche "Portrait de la santé 2011" – Version 3

Zone 5 Hommes	Zone 5 Femmes	Zone 5 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 5 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 5
---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Indicateur	(%, 2010)	45.5	45.2	45.4	53.5	Rang	Tendance
Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	45.5	45.2	45.4	53.5	7/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	69.9	69.6	69.7	68.3	2/7*	▼
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	18.4 ^E	17.9 ^E	18.1 ^E	14.0	6/7	▼
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	90.6	93.4	92.0	92.0	3/7	▲
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	6.5	6.3	6.4	5.5	7/7	▼
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivantes, 2005/2007)	--	--	--	4.1	--	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	158.6	82.7	120.0	98.1	7/7	▼
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	217.0	161.9	188.9	176.9	6/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	43.2	16.8	29.8	22.3	7/7	▼
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	150.6	34.7	91.6	78.6	6/7	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	103.2	10.8	56.2	40.6	6/7	▲

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	94.8	96.5	95.7	92.4	Rang	Tendance
A un médecin régulier	(%, 2010)	94.8	96.5	95.7	92.4	1/7*	▲
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	80.8	89.2	85.0	80.7	2/7	▲
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	52.9	60.8	56.9	60.8	5/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	764	741	752	489	7/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	52.3 ^F	63.4 ^F	58.9	65.4	6/7	▼
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	76.4	76.4	80.9	5/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	75.8	75.8	76.7	4/7	▼
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	75.6	74.3	74.8	75.9	6/7	Nouvel indicateur
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	64.1	56.0	59.8	61.5	7/7	Nouvel indicateur

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	48.7	40.8	44.7	52.0	Rang	Tendance
Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	48.7	40.8	44.7	52.0	6/7	▼
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	32.0 ^E	42.2	37.2	37.5	4/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	24.7 ^F	29.5 ^E	27.1	27.5	4/7	▲
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	36.0	F	22.6	20.6	6/7	▲
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	9.1 ^E	23.0 ^E	16.2	20.3	1/7	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	20.5 ^E	21.0 ^F	20.8 ^E	22.5	2/7	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	7.9	15.2	11.7	24.3	3/7	▲
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	10.6	10.6	23.5	1/7	▲
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	F	F	35.7 ^F	53.1	7/7	▼

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2006)	27.2	31.0	29.0	21.0	Rang	Tendance
Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	27.2	31.0	29.0	21.0	6/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	13.3	9.3	5/7	▼
Divorce	(%, 2006)	6.6	6.6	6.6	6.7	4/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	3.7	16.0	19.7	16.3	7/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	12.9	18.1	15.6	13.5	6/7*	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Indicateur	(%, 2010)	F	F	12.4 ^E	6.6	Rang	Tendance
Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	F	F	12.4 ^E	6.6	5/5	▲
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	24.7 ^E	F	17.6 ^E	14.1	6/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	77.3	82.0	79.6	71.4	1/7	▼

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 5

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, F = Données non disponibles)

Zone 5: Restigouche

Portrait de la santé de la population - 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Restigouche (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 - MPOC (Maladie chronique des poumons)	224	80.7
2- Insuffisance cardiaque sans cathéter	110	39.6
3- Accouchement par voie vaginale	109	39.3
4- Crise cardiaque	107	38.6
5- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	106	38.2
6- Pneumonie virale / non spécifiée	92	33.1
7- Soins palliatifs (fin de vie)	91	32.8
8- Récupération après une maladie	89	32.1
9- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	85	30.6
10- Nouveau-né	84	30.3

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Restigouche (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	32.0
2- Arthrite	20.9
3- RGO (Reflux gastrique)	18.6
4- Douleur chronique	17.0
5- Dépression	14.0
6- Diabète	10.3
7- Asthme	9.6
8- Maladie cardiaque	8.7
9- Cancer	7.5
10- Trouble de l'humeur autre que la dépression	4.0

DÉTAILS SUR LA ZONE 5

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 21%
 20-39 ans = 20%
 40-64 ans = 41%
 65 + ans = 18%

Population totale= 27 755
 Âge médian = 45.3

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 51%
 english= 46.5%

Population immigrant = 1.4%
 Population autochtone= 3.6%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
 Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Qu'est-ce qu'un réseau de mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 5 visitez l'un de ses réseaux :

Charlo <http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/charlo/>

Ou contactez la coordinatrice du mieux-être Cindy Cheng. Téléphone : 506-739-0761

cindy.cheng@hepac-csaap.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information

Téléphone : 1-888-295-4545

<http://www.gnb.ca/pauvreté>

esic-sies@gnb.ca



Pavillon J.-Raymond-Frenette
 100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
 Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870

Fax / Télécopieur 506.869.6282

Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



Zone 6 : Bathurst / Péninsule Acadienne "Portrait de la santé - 2011" version 3

Zone 6 Hommes	Zone 6 Femmes	Zone 6 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 6 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 6
---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	43.5	51.0	47.4	53.5	◆ 6/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	54.4	63.4	59.2	68.3	◆ 7/7	▼
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	25.0 ^E	18.0 ^E	21.3	14.0	◆ 7/7	▼
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	87.2	91.4	89.5	92.0	◆ 7/7	▼
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	4.2	7.2	5.6	5.5	● 3/7*	--
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	--	--	--	4.1	--	--
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	117.0	41.3	79.0	98.1	● 1/7	▼
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	179.0	162.5	170.7	176.9	● 2/7	▲
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	21.6	22.8	22.2	22.3	● 4/7	▼
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	143.2	45.7	94.2	78.6	◆ 7/7	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	61.0	16.0	38.4	40.6	● 4/7	▲

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	88.5	95.9	92.4	92.4	● 4/7*	▼
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	73.6	90.4	82.4	80.7	● 3/7	▲
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	55.6	52.6	54.1	60.8	◆ 7/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	659	379	519	489	● 3/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	40.6 ^E	54.9 ^E	48.6	65.4	◆ 7/7	▼
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	71.9	71.9	80.9	◆ 6/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	78.0	78.0	76.7	◆ 3/7	▼
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	70.5	69.9	70.1	75.9	◆ 7/7	Nouvel indicateur
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	65.2	63.1	64.1	61.5	● 3/7	Nouvel indicateur

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	47.8	45.7	46.6	52.0	● 5/7	▲
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	47.0	53.5	50.5	37.5	● 1/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	29.9 ^E	18.0 ^E	23.6	27.5	● 2/7	▲
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	33.8	9.6 ^E	21.1	20.6	● 5/7	▼
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	26.3 ^E	15.1 ^E	20.5	20.3	● 4/7	▼
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	32.6 ^E	13.8 ^E	22.7	22.5	● 5/7	▼
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2010)	4.7	15.5	10.2	24.3	● 2/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	17.0	17.0	23.5	● 3/7	▲
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	28.0 ^E	50.0 ^E	38.0	53.1	● 5/7	▼

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	35.7	29.7	32.9	21.0	◆ 7/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	14.1	9.3	◆ 6/7	▲
Divorce	(%, 2006)	5.9	5.6	5.8	6.7	◆ 2/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	4.2	14.7	18.9	16.3	◆ 6/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	13.5	17.2	15.3	13.5	● 6/7	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire - à domicile	(%, 2010)	F	F	F	6.6	F	--
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	F	11.4 ^E	15.1 ^E	14.1	● 4/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	72.5	73.6	73.1	71.4	● 4/7*	▲

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 6

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, * = une autre zone à le même rang, F = Données non disponibles)

Zone 6: Bathurst / Péninsule Acadienne

Portrait de la santé de la population – 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Bathurst / Péninsule Acadienne (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1- Accouchement par voie vaginale	344	43.6
2- MPOC (Maladie chronique des poumons)	336	42.6
3- Nouveau-né	260	32.9
4- Angine instable / athérosclérose sans cathéter	231	29.3
5- Pneumonie virale / non spécifiée	206	26.1
6- Insuffisance cardiaque sans cathéter	199	25.2
6- Soins palliatifs (fin de vie)	199	25.2
8- Crise cardiaque	194	24.6
8- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	194	24.6
10- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	192	24.3

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Bathurst / Péninsule Acadienne (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	28.1
2- Arthrite	16.3
3- RGO (Reflux gastrique)	15.3
4- Douleur chronique	13.7
5- Dépression	13.1
6- Asthme	12.0
7- Diabète	9.7
8- Maladie cardiaque	8.7
9- Cancer	7.0
10- Trouble de l'humeur autre que la dépression	2.6

DÉTAILS SUR LA ZONE 6

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans= 20%

20-39 ans= 23%

40-64 ans= 42%

65 + ans= 15%

Population totale = 78 950

Âge médian = 44.2

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 82.4%

anglais= 16.3%

Population immigrante= 1.1%

Population autochtone= 1.7%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'information sur les réseaux de mieux-être dans la zone 6 visitez l'un de ses réseaux :

- Péninsule Acadienne
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/peninsule-acadienne/>
- Ou contactez la coordinatrice du mieux-être Rachel Robichaud.
Téléphone : 506-726-2029
rachel.robichaud3@gnb.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvrete>
Esic-sies@gnb.ca



Pavillon J.-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Téléphone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



Zone 7 : Région de Miramichi "Portrait de la santé - 2011" – version 3

Zone 7 Hommes	Zone 7 Femmes	Zone 7 moyenne	N.-B. moyenne	Rang (Zone 7 vs autres zones)	Tendance comparé au dernier portrait de la zone 7
---------------	---------------	----------------	---------------	-------------------------------	---

ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Se croient en très bonne ou en excellente santé	(%, 2010)	55.2	47.8	51.6	53.5	● 4/7	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale	(%, 2010)	61.9	68.1	64.9	68.3	◆ 6/7	▼
Douleurs ou maux qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle)	(%, 2010)	F	18.5 ^E	12.7 ^E	14.0	● 3/7	▼
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)	(%, 2010)	94.1	91.0	92.6	92.0	● 2/7	▼
Espérance de vie	(âge, 2006/2008)	--	--	--	80.2	--	--
Faible poids à la naissance	(%, 2005/2007)	6.6	5.3	6.0	5.5	◆ 6/7	--
Mortalité infantile	(taux pour 1 000 naissances vivantes, 2005/2007)	--	--	4.7	4.1	● 3/5	--
Décès prématuré dû aux maladies du cœur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke)	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	147.5	41.7	94.7	98.1	● 4/7	▲
Décès prématuré dû au cancer	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	203.2	167.6	185.4	176.9	● 4/7	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	17.6	22.5	20.1	22.3	● 2/7	▲
Décès prématuré dû aux accidents	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	111.5	37.0	74.3	78.6	● 2/7	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires	(années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2009)	62.9	13.0	38.0	40.6	● 2/7	▲

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Soins de santé - représentent 10 % des déterminants de la santé

A un médecin régulier	(%, 2010)	94.9	96.5	95.7	92.4	● 1/7*	▲
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois	(%, 2010)	80.8	91.1	85.7	80.7	● 1/7	▲
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois	(%, 2009/2010)	59.3	53.7	56.4	60.8	◆ 6/7	▲
Été hospitalisé inutilement	(normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	804	485	648	489	◆ 6/7	▲
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus	(%, 2010)	57.6 ^E	72.7	65.4	65.4	● 4/7	▲
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans	(%, 2007/2008)	--	83.4	83.4	80.9	● 2/7	--
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans	(%, 2010)	--	70.6	70.6	76.7	◆ 7/7	▼
Évaluation globale de l'hôpital	(%, 2010)	77.5	75.7	76.5	75.9	● 3/7	Nouvel indicateur
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux	(%, 2011)	64.3	64.9	64.6	61.5	● 2/7	Nouvel indicateur

Comportements liés à la santé - représentent 40 % des déterminants de la santé

Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif	(%, 2010)	51.8	33.4	42.8	52.0	◆ 7/7	▼
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour	(%, 2010)	35.7	27.5 ^E	31.7	37.5	◆ 7/7	▼
Adultes dont le poids est malsain (obèse)	(%, 2010)	36.3 ^E	29.6 ^E	32.9	27.5	◆ 7/7	▼
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an	(%, 2010)	24.3 ^E	9.5 ^E	17.2 ^E	20.6	● 1/7	▲
Se croient à un niveau de stress élevé	(%, 2010)	15.6 ^E	25.3	16.8	20.3	● 2/7*	▲
Fume, tous les jours ou à l'occasion	(%, 2010)	23.5 ^E	18.6 ^E	21.1 ^E	22.5	● 3/7	▲
Infections transmises sexuellement (chlamydie génitale)	(taux brut par 10 000 habitants, 2008)	8.6	29.4	19.2	24.3	● 5/7	▼
Grossesses chez les adolescentes	(taux par 1 000 femmes, 2010)	--	35.5	35.5	23.5	◆ 7/7	▼
Porte toujours un casque à bicyclette	(%, 2010)	41.0 ^E	F	38.9 ^E	53.1	● 4/7	▼

Facteurs socioéconomiques - représentent 40 % des déterminants de la santé

Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus)	(%, 2006)	29.7	25.0	27.3	21.0	● 5/7	--
Taux de chômage	(%, 2010)	F	F	17.9	9.3	◆ 7/7	▼
Divorce	(%, 2006)	5.2	5.6	5.4	6.7	● 1/7	--
Famille monoparentale	(%, 2006)	3.0	15.0	18.0	16.3	● 5/7	--
Faible revenu	(%, 2006)	10.9	14.6	12.7	13.5	● 3/7	--
Crime violent	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	1 511	--	--
Crime de dommages à la propriété	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	3 284	--	--
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool)	(taux par 100 000 habitants, 2010)	--	--	--	350	--	--

Environnement physique - représente 10 % des déterminants de la santé

Exposition à la fumée secondaire – à domicile	(%, 2010)	F	F	F	6.6	F	--
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public	(%, 2010)	F	F	10.2 ^E	14.1	● 1/7	▲
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort	(%, 2010)	77.3	76.3	76.8	71.4	● 2/7	▼

Rang de la zone dans le Nouveau-Brunswick

- Bon (rang 1, 2)
- Mise en garde (rang 3, 4, 5)
- ◆ Moins bon (rang 6, 7)

Tendance comparé au dernier portrait de la zone 7

- ▲ La valeur de l'indicateur de la zone c'est améliorée
- ▼ La valeur de l'indicateur de la zone est devenue moins bonne
- = La valeur de l'indicateur de la zone est restée la même

Évaluation du meilleur (1) au pire (7). Comprend toutes les zones de santé (7). (E = Utilisées avec prudence, échantillon trop petit, F = Données non disponibles)

Zone 7: Région de Miramichi

Portrait de la santé de la population – 2011

Version 3

10 raisons d'admissions à l'hôpital les plus fréquentes pour la zone de Miramichi (2010)

Raisons d'admission à l'hôpital	# de cas	Taux par 10 000
1 – MPOC (Maladie chronique des poumons)	306	66.7
2- Nouveau-né	202	44.1
3- Accouchement par voie vaginale	192	41.9
4- Entérite (Inflammation de l'intestin grêle)	159	34.7
5- Récupération après une maladie	158	34.5
6- Arythmie (Rythme cardiaque anormal)	147	32.1
7- Signe ou symptôme de l'appareil digestif	146	31.8
8- Crise cardiaque	132	28.8
8- Soins palliatifs (fin de vie)	132	28.8
10- Problème avant l'accouchement, traitement médical	127	27.7

10 problèmes de santé chroniques de la zone de Miramichi (2011)

Problèmes de santé chroniques	Prévalence (%)
1- Hypertension artérielle	27.8
2- RGO (Reflux gastrique)	17.6
3- Arthrite	16.1
4- Douleur chronique	13.8
5- Dépression	12.1
6- Asthme	9.6
7- Diabète	9.5
8- Maladie cardiaque	8.4
9- Cancer	6.7
10- Trouble de l'humeur autre que la dépression	2.7

DÉTAILS SUR LA ZONE 7

Distribution d'âge de la population

0- 19 ans = 23%

20-39 ans = 24%

40-64 ans = 38%

65 + ans = 15%

Population totale = 45 850

Âge médian = 42.2

Langue parlée le plus souvent à la maison:

français = 24.3%

anglais = 73.3%

Population immigrante = 2.0%

Population autochtone = 6.2%

(source: Recensement 2006, Statistique Canada)

Qu'est-ce qu'un réseau du mieux-être ?

On entend par réseau de mieux-être un groupe officiel ou non officiel de personnes qui proviennent de divers secteurs et qui se rassemblent pour se pencher sur des préoccupations relatives au mieux-être dans leur collectivité ou région. Ces groupes peuvent avoir comme objet d'améliorer les habitudes de vie et d'intervenir sur les déterminants de la santé, contribuant ainsi au mieux-être. Appuyée par le gouvernement fédéral et provincial, la CSAAP dirige une initiative destinée à renforcer les réseaux de mieux-être partout au N.-B.

Pour plus d'informations sur les réseaux de mieux-être dans la zone 1 visitez l'un de ses réseaux :

- Région de Miramichi
<http://csaap.ca/reseaux-de-mieux-etre/region-miramichi/>
- Ou contactez le coordonnateur du mieux-être Chad Duplessie.
Téléphone : 506-352-0385
chad.duplessie@hepac-csaap.ca

Qu'est-ce qu'un réseau d'inclusion communautaire ?

Les citoyens, les organismes communautaires, les entreprises locales, les organismes gouvernementaux et les collectivités sont encouragés à participer à leur réseau d'inclusion communautaire régional. Ils élaboreront des plans régionaux de réduction de la pauvreté et travailleront ensemble pour offrir des programmes qui répondent aux besoins régionaux. Les réseaux sont membres de la Société de l'inclusion sociale et économique du Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information
Téléphone : 1-888-295-4545
<http://www.gnb.ca/pauvreté>
esic-sies@gnb.ca



New Brunswick Health Council | Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Engage. Evaluate. Inform. Recommend.
Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Pavillon J-Raymond-Frenette
100 rue des Aboiteaux Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca

Portrait de la santé de la population, par zone, Nouveau-Brunswick et Canada- 2011

Indicateur	Direction désirée	État de la santé de la population							Nouveau-Brunswick	Canada
		Zone 1: Moncton/Sud-Est	Zone 2: Fundy / Saint Jean	Zone 3: Fredericton et la vallée	Zone 4: Madawaska / Nord-Ouest	Zone 5: Restigouche	Zone 6: Bathurst / Péninsule Acadienne	Zone 7: Miramichi		
Se croient en très bonne ou en excellente santé (% , 2010)	▲ Mieux	52.4	61.5	52.6	48.3	45.4	47.4	51.6	53.5	60.1
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale (% , 2010)	▲ Mieux	65.8	69.7	75.3	67.3	69.7	59.2	64.9	68.3	73.9
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle) (% , 2010)	▼ Mieux	13.7	13.6	12	11.3 ^F	18.1 ^F	21.3	12.7 ^F	14	12.7
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e) (% , 2010)	▲ Mieux	91.8	91.8	94	90.6	92	89.5	92.6	92	92.1
Espérance de vie (âge, N.-B. * -2006/2008 et zones - 2006)	▲ Mieux	--	--	--	--	--	--	--	80.2	80.9
Faible poids à la naissance (% , 2005/2007)	▼ Mieux	5.6	5.1	5.7	5.5	6.4	5.6	6.0	5.5	6.0
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	▼ Mieux	4.1	3.2	5.1	5.3	--	--	4.7	4.1	5.0
Décès prématuré dû aux maladies du cœur ou cérébrovasculaires (AVC - stroke) (années de vie perdues, 2005/2009)	▼ Mieux	85.0	119.0	101.7	86.2	120	79.0	94.7	98.1	--
Décès prématuré dû au cancer (années de vie perdues, 2005/2009)	▼ Mieux	172.9	185.8	161.1	210.3	188.9	170.7	185.4	176.9	--
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires (années de vie perdues, 2005/2009)	▼ Mieux	18.1	24.7	24.9	20.3	29.8	22.2	20.1	22.3	--
Décès prématuré dû aux accidents (années de vie perdues, 2005/2009)	▼ Mieux	77.4	68.6	80.6	82.3	91.6	94.2	74.3	78.6	--
Décès prématuré dû aux suicides et blessures volontaires (années de vie perdues, 2005/2009)	▼ Mieux	39.6	33.1	38.3	74.7	56.2	38.4	38	40.6	--
Déterminants de la santé										
Soins de santé – représentent 10% des déterminants de la santé										
A un médecin régulier (% , 2010)	▲ Mieux	92.4	91.2	91.5	94.8	95.7	92.4	95.7	92.4	84.8
Consulté un médecin dans les 12 derniers mois (% , 2010)	▲ Mieux	81.3	78.6	79.4	79.8	85	82.4	85.7	80.7	80.6
Consulté un dentiste dans les 12 derniers mois (% , 2009/2010)	▲ Mieux	62.2	63.0	62.9	57.4	56.9	54.1	56.4	60.8	66.3
Été hospitalisé inutilement (normalisés selon l'âge, taux par 100 000 habitants, 2009)	▼ Mieux	345	421	551	624	752	519.0	648	489	302
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus (% , 2010)	▲ Mieux	66.7	72.2	67.1	63.6	58.9	48.6	65.4	65.4	59.4
Passé un test de Pap au cours des 3 dernières années, pour les femmes de 18 à 69 ans (% , 2007/2008)	▲ Mieux	80.5	82.5	87	70.7	76.4	71.9	83.4	80.9	84.9
Passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans (% , 2010)	▲ Mieux	83.6	71.1	74.2	79.9	75.8	78.0	70.6	76.7	70.4
Évaluation globale de l'hôpital (% , 2010)	▲ Mieux	77.2	76.1	74.9	82.0	74.8	70.1	76.5	75.9	--
Satisfaction/Expérience avec les soins de santé globaux (% , 2011)	▲ Mieux	61.6	59.9	59.9	66.1	59.8	64.1	64.6	61.5	--

Sommaire exécutif

Portrait de la santé de la population, par zone, Nouveau-Brunswick et Canada- 2011

Indicateur	Direction désirée	Zone 1: Moncton/Sud-Est	Zone 2: Fundy / Saint-Jean	Zone 3: Fredericton et la vallée	Zone 4: Madawaska / Nord-Ouest	Zone 5: Restigouche	Zone 6: Bathurst / Péninsule Acadienne	Zone 7: Miramichi	Nouveau-Brunswick	Canada
Comportements liés à la santé - représentent 40% des déterminants de la santé										
Activité physique pendant les loisirs, modérément actif ou actif (% 2010)	▲ Mieux	50.9	56.7	55	49.8	44.7	46.6	42.8	52	52.1
Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour (% 2010)	▲ Mieux	36.4	32.9	37.7	43.2	37.2	50.5	31.7	37.5	43.3
Adultes dont le poids est malsain (obèse) (% 2010)	▼ Mieux	29.7	24.2	30.7	21.2	27.1	23.6	32.9	27.5	18.1
Consommation d'au moins 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois depuis un an (% 2010)	▼ Mieux	24.7	18.8	18.6	19.1	22.6	21.1	17.2 ^F	20.6	17.3
Se croient à un niveau de stress élevé (% 2010)	▼ Mieux	21.5	20.7	16.8	30.5 ^F	16.2	20.5	16.8	20.3	23.5
Fume, tous les jours ou à l'occasion (% 2010)	▼ Mieux	20.6	22.6	23	30.3	20.8 ^F	22.7	21.1 ^F	22.5	20.8
Infections transmises sexuellement (chlamydiae génitale) (taux brut par 10 000 par habitants, 2010)	▼ Mieux	35.4	18.8	30.9	8.4	11.7	10.2	19.2	24.3	27.0
Grossesses chez les adolescentes (taux par 1 000 femmes, 2010)	▼ Mieux	21.5	26.7	23.7	15	10.6	17.0	35.5	23.5	--
Porte toujours un casque à bicyclette (% 2010)	▲ Mieux	54.3	59.1	63.3	36.2	35.7 ^F	38	38.9 ^F	53.1	37.3
Facteurs socioéconomiques – représentent 40% des déterminants de la santé										
Sans diplôme d'études secondaires (25 ans et plus) (% 2006)	▼ Mieux	23.4	16.3	16.5	27.2	29.0	32.9	27.3	21	15.4
Taux de chômage (% 2010)	▼ Mieux	7.6	8.0	8.6	9	13.3	14.1	17.9	9.3	8.0
Divorce (% 2006)	▼ Mieux	7.0	7.2	6.9	6.1	6.6	5.8	5.4	6.7	8
Famille monoparentale (% 2006)	▼ Mieux	15.4	17.7	14.3	11.3	19.7	18.9	18.0	16.3	15.9
Faible revenu (% 2006)	▼ Mieux	12.6	14.6	12.4	15.6	15.6	15.3	12.7	13.5	15.3
Crime violent (taux par 100 000 habitants, 2010)	▼ Mieux	--	--	--	--	--	--	--	1,511	1,282
Crime de dommages à la propriété (taux par 100 000 habitants, 2010)	▼ Mieux	--	--	--	--	--	--	--	3,284	3,846
Arrestation pour conduite avec les facultés affaiblies (drogues ou alcool) (taux par 100 000 habitants, 2010)	▼ Mieux	--	--	--	--	--	--	--	350	247
Environnement physique – représentent 10% des déterminants de la santé										
Exposition à la fumée secondaire – à domicile (% 2010)	▼ Mieux	4.6 ^F	9.7	3.9	10.5	12.4 ^F	F	F	6.6	5.9
Exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois, dans un véhicule et/ou un endroit public (% 2010)	▼ Mieux	12 ^F	15.3	13.6	20.3	17.6 ^F	15.1 ^F	10.2 ^F	14.1	15
Logements dont la qualité de l'air intérieur a été évaluée comme étant excellente, très bonne (% 2009)	▲ Mieux	--	--	--	--	--	--	--	90	90
Sentiment d'appartenance à sa communauté assez fort ou très fort (% 2010)	▲ Mieux	70.4	73.1	66.2	75.1	79.6	73.1	76.8	71.4	65.4

● Bon (rang 1 ou 2 de 7)

◆ Moins bon (rang 6 ou 7 de 7)



Constats du Portrait pour le Nouveau-Brunswick

Comment se compare-t-on aux autres provinces?

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?

État de santé:

- ✗ La moins bonne perception de sa propre santé générale (et cela empire)
- ✗ La moins bonne perception de sa propre santé mentale
- ✗ La plus haute prévalence de douleurs empêchant les activités
- ✗ Plus de décès prématurés dus aux maladies du coeur et aux AVC
- ✗ Plus de décès prématurés dus au cancer
- ✗ Plus de décès prématurés dus aux maladies respiratoires
- ✗ Plus de décès prématurés dus aux blessures
- ✓ Moins de décès prématurés dus aux suicides
- Plus de décès prématurés chez les hommes que chez les femmes

Soins de santé

- ✓ Le plus haut taux de personnes ayant un médecin de famille
- ✓ Le plus haut taux de mammographies

Comportements liés à la santé

- ✗ Le plus haut taux de prévalence de l'obésité

Facteurs socio-économiques

- ✓ Plus bas taux de crime contre la propriété
- ✓ Plus bas taux de conduite sous influence

Environnement physique

Accessibilité

- ✓ Taux plus élevé de personnes ayant un médecin de famille, d'accès aux soins dentaires, et de vaccin antigrippaux
- ✗ Bas taux de visites chez le médecin et de mammographies

Qualité

- ✓ Taux d'hospitalisations inutiles à la baisse

Satisfaction

Alimentation et exercice

- ✓ Meilleures habitudes d'exercice et moins d'obésité
- ✗ Moins de consommation de fruits et de légumes

Usage de l'alcool

- ✗ À la hausse

Tabagisme

- ✗ À la baisse

Comportements sexuels à haut risque

- ✗ Plus de grossesses chez les adolescentes et plus d'infections transmissibles sexuellement

Prévention des blessures

- ✓ Augmentation du port de casque lorsqu'à vélo

Éducation

Revenu

- ✗ Taux de chômage plus élevé

Violence

- ✓ Taux plus bas de crimes violents et contre la propriété
- ✗ Taux plus haut de conduite sous influence (drogues ou alcool)

Qualité de l'air

- ✓ Moins d'exposition à la fumée secondaire à la maison et en public

Environnement bâti

- ✗ Sens d'appartenance à la communauté moins élevé

Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons le N.-B. aux autres provinces; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour le N.-B. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

Constats du Portrait de la zone 1:

Moncton/ Sud-Est



Comment se compare-t-on aux autres zones?

Soins de santé

- ✓ Plus bas taux d'hospitalisation inutile
- ✓ Plus haut taux de mammographie
- ✓ Satisfaction la plus haute quant à l'hôpital
 - Les femmes utilisent les services de santé plus que les hommes, mais les hommes sont plus satisfait des services

Comportements liés à la santé

- ✓ Taux de tabagisme le plus bas
- ✗ Taux d'usage de l'alcool le plus élevé
- ✗ Niveau de stress le plus élevé
- ✗ Plus haut taux d'infections transmissibles sexuellement
- Les femmes ont de meilleures habitudes de santé (sauf pour l'activité physique, les comportements sexuels et le niveau de stress)

Facteurs socio-économiques

- ✓ Toujours le taux de chômage le plus bas

Environnement physique

- ✓ Taux le plus bas d'exposition à la fumée secondaire
- ✗ Plus bas taux du sentiment d'appartenance

État de santé :

- ✓ Perception plus élevée de leur propre santé physique et mentale
- ✓ Satisfaction plus élevée à l'égard de la vie
- ✓ Moins de douleurs perçues empêchant les activités
- ✓ Taux le plus bas de décès prématurés dus aux maladies du coeur, aux AVC et aux maladies respiratoires (suivant le top 10 des raisons d'admission à l'hôpital)
- ✗ Plus de décès prématurés dus au cancer
- ✓ Moins de décès dus aux suicides et aux blessures
- Plus de décès prématurés chez les hommes que chez les femmes

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?

Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux plus élevé de personnes ayant un médecin de famille, de visite chez le médecin et d'accès aux soins dentaires, ✓ Taux élevée de vaccins antigrippaux et de mammographie
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux d'hospitalisations inutiles à la baisse
Satisfaction	
Alimentation et exercice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meilleures habitudes d'exercice et moins d'obésité ✗ Moins de consommation de fruits et de légumes
Usage de l'alcool	<ul style="list-style-type: none"> ✗ À la hausse
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ À la baisse
Comportements sexuels à haut risque	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Plus de grossesses chez les adolescentes et plus d'infection transmissibles sexuellement
Prévention des blessures	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminution du port du casque lorsqu'à vélo
Éducation	
Revenu	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Taux de chômage plus élevé
Violence	
Qualité de l'air	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Moins d'exposition à la fumée secondaire à la maison et en public
Environnement bâti	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Sentiment d'appartenance à la communauté moins élevé

Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

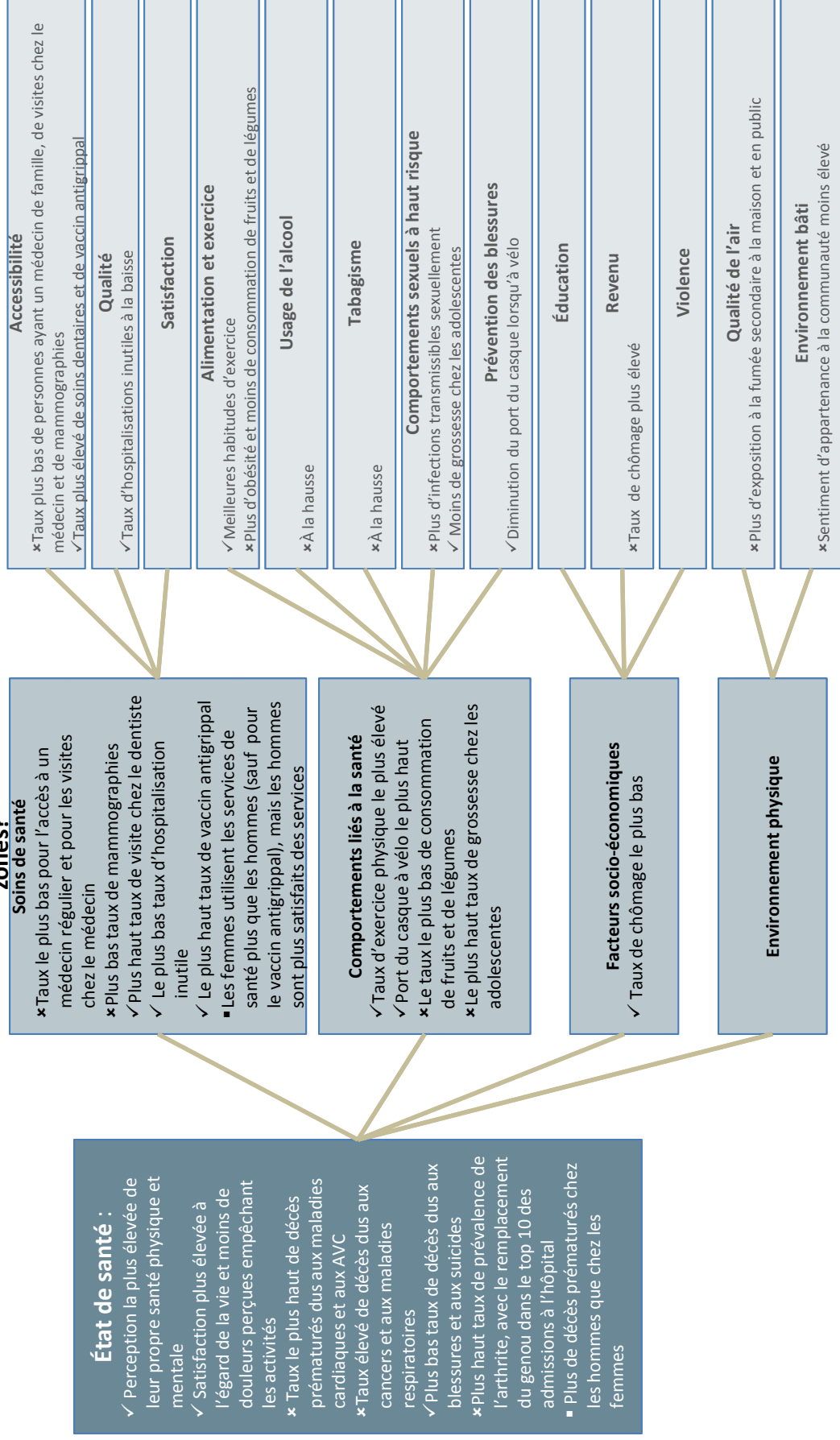
Constats du Portrait de la zone 2:

Fundy / Saint Jean



Comment se compare-t-on aux autres zones?

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?



Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone.

✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

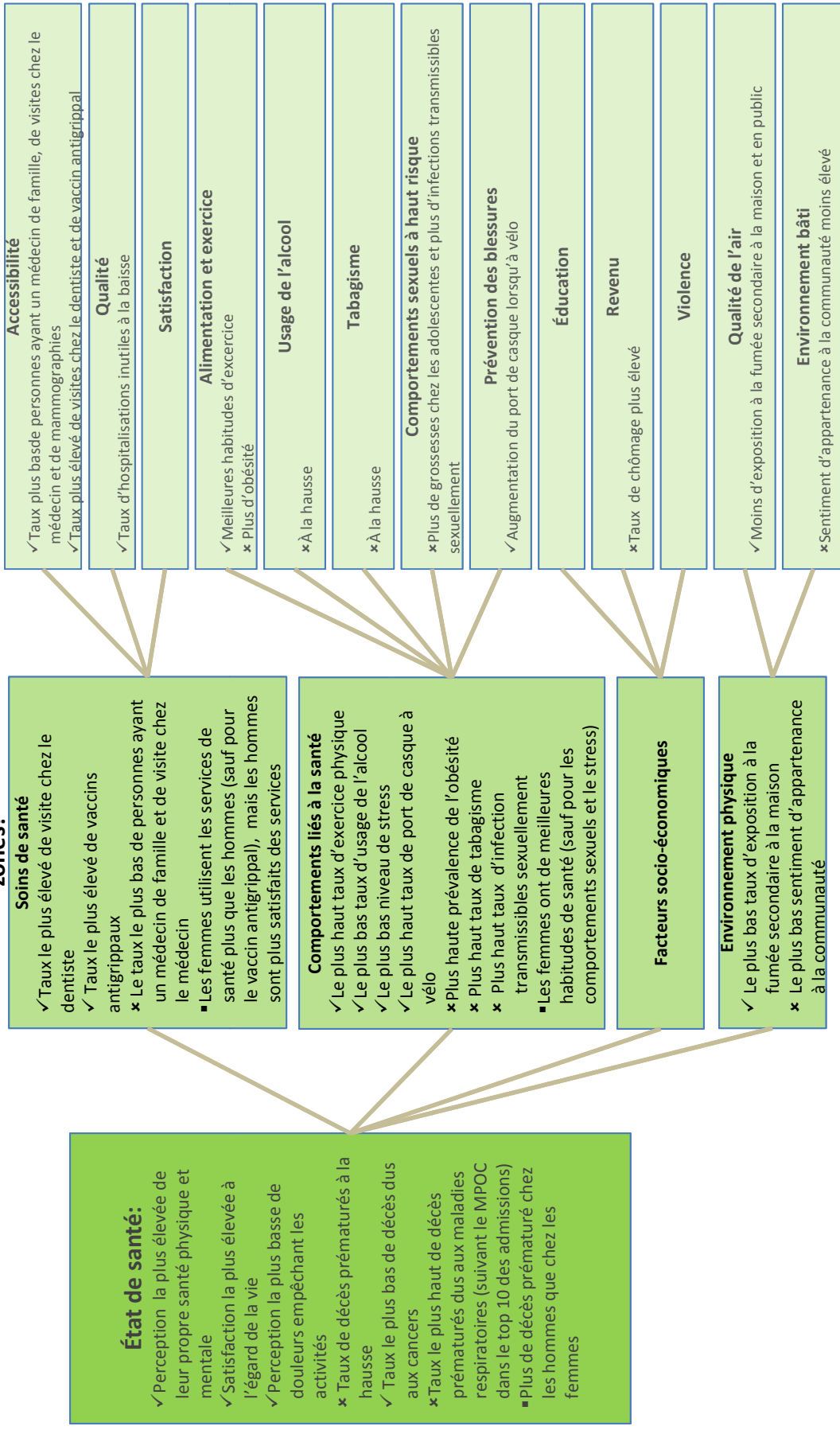
Constats du Portrait de la zone 3:

Fredericton/ La Vallée



Comment se compare-t-on aux autres zones?

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?



Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

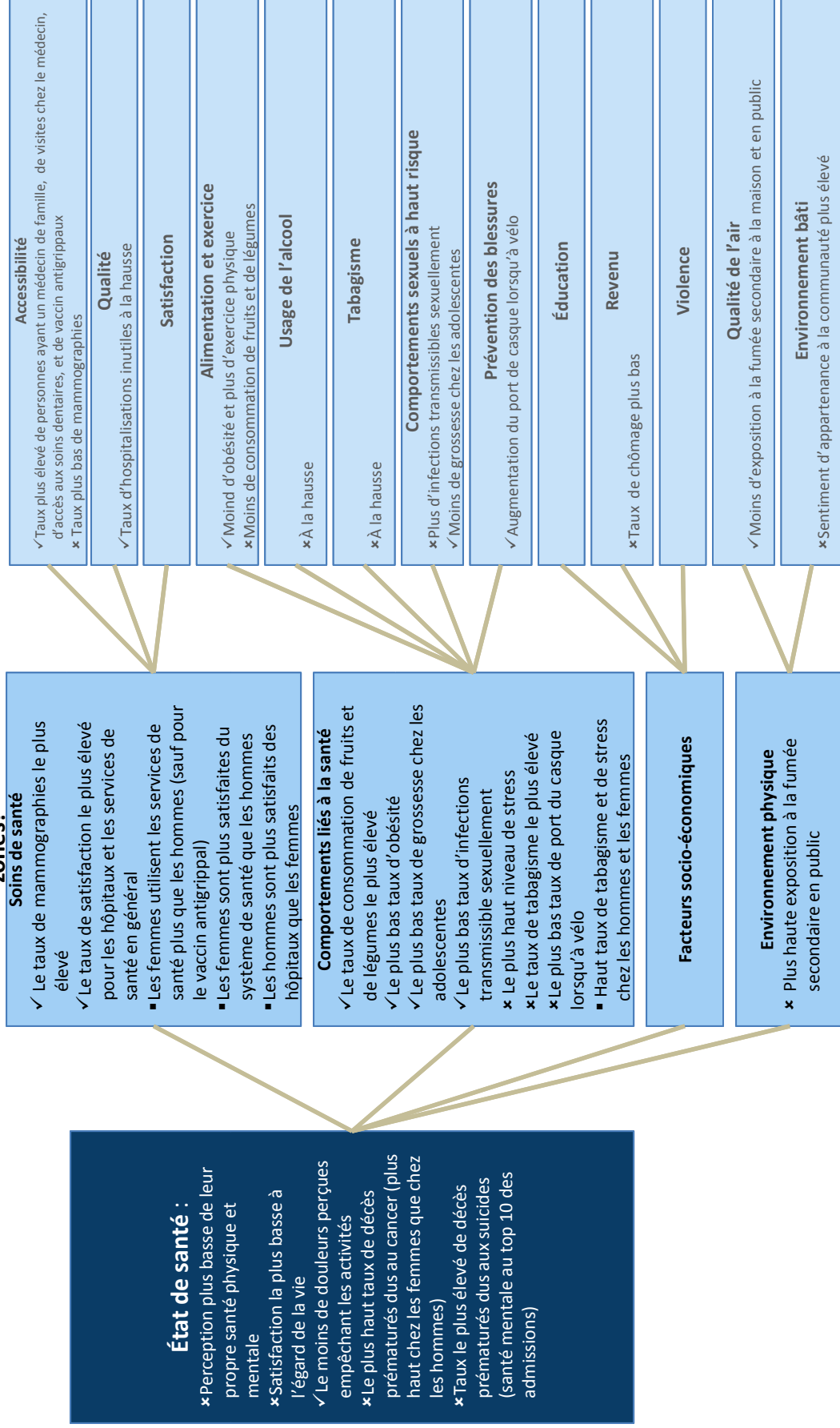
Constats du Portrait de la zone 4:

Madawaska/ Nord-Ouest



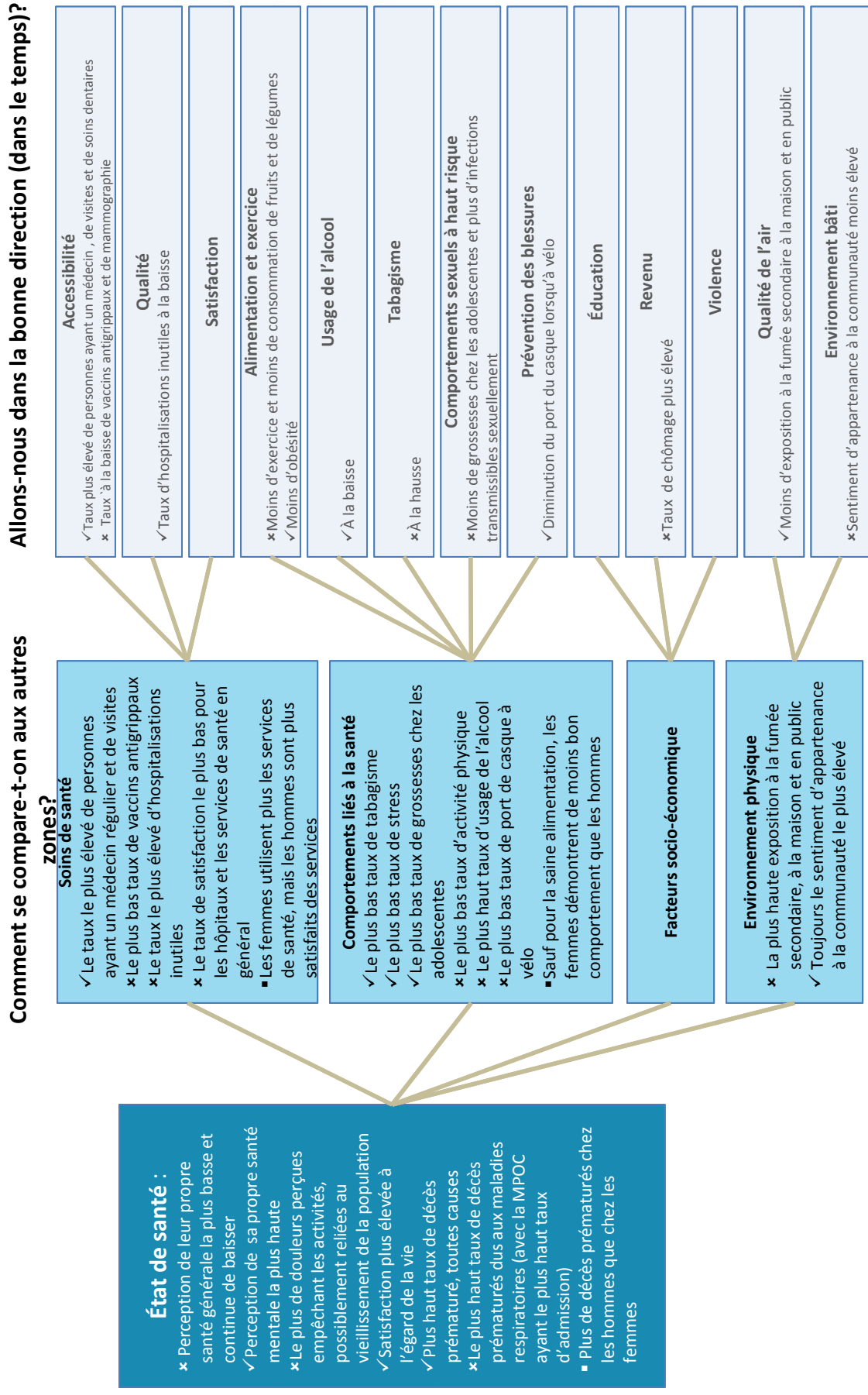
Comment se compare-t-on aux autres zones?

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?



Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

Constats du Portrait de la zone 5: Restigouche



Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone.

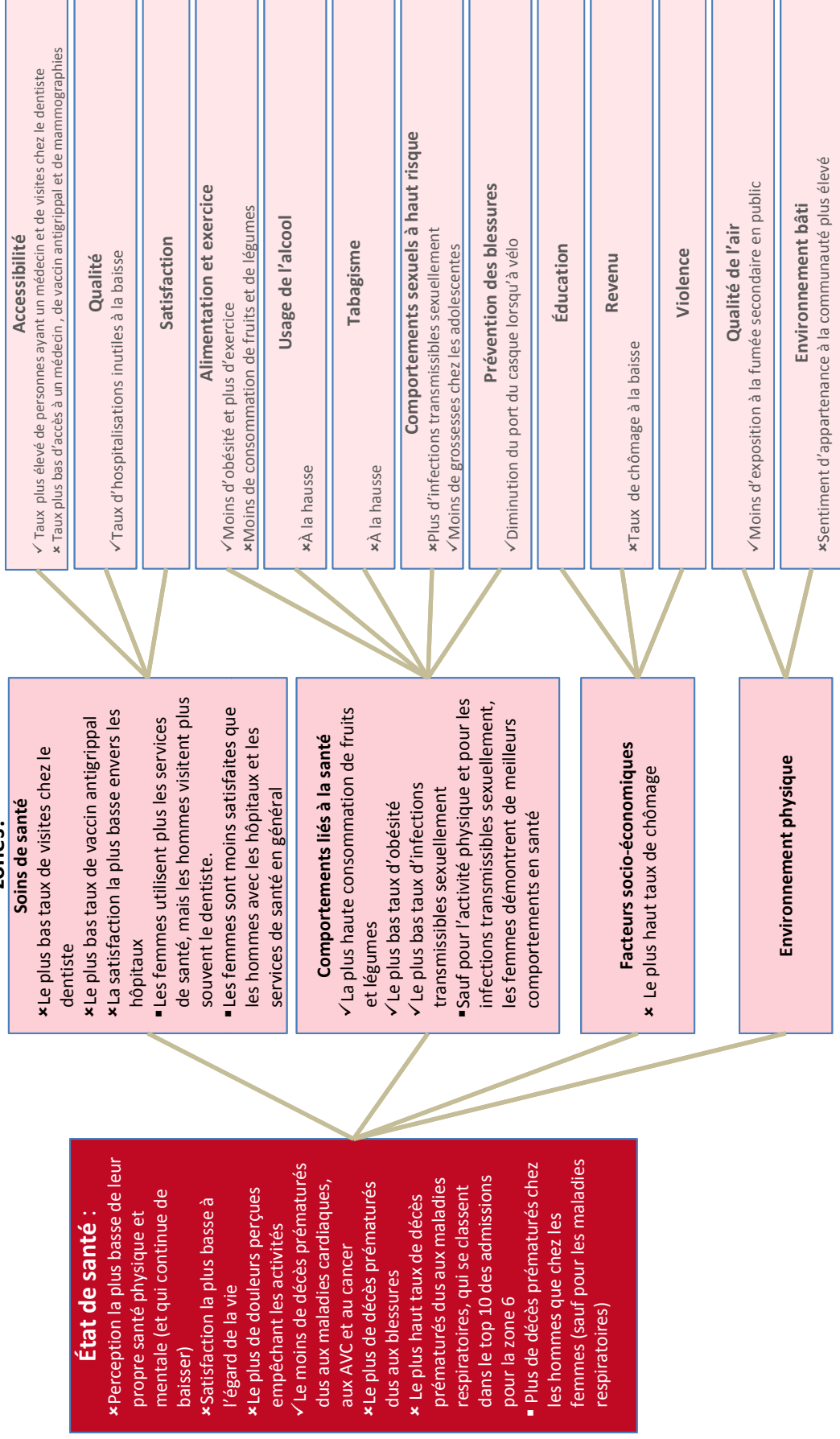
✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

Constats du Portrait de la zone 6: Bathurst/ Péninsule Acadienne



Comment se compare-t-on aux autres zones?

Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?



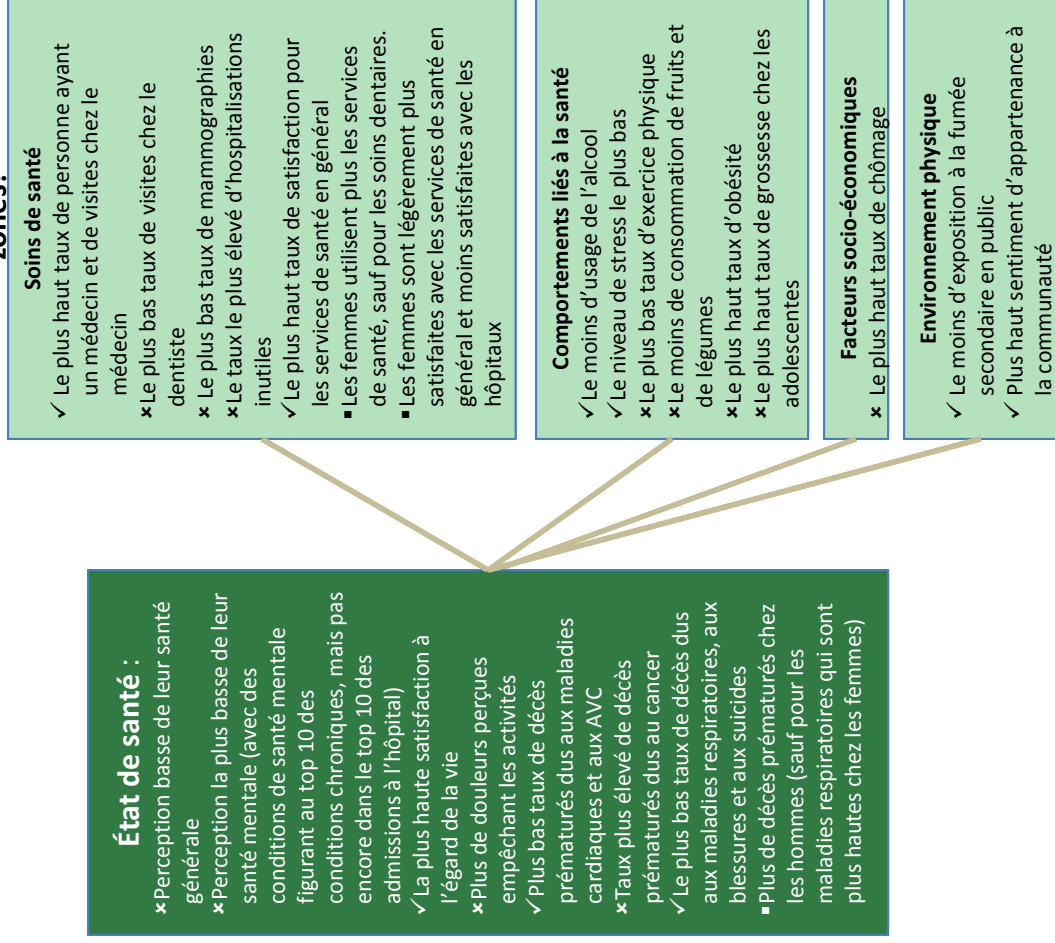
Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

Constats du Portrait de la zone 7:

Miramichi



Comment se compare-t-on aux autres zones?



Allons-nous dans la bonne direction (dans le temps)?

<p>Soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le plus haut taux de personne ayant un médecin et de visites chez le médecin ✗ Le plus bas taux de visites chez le dentiste ✗ Le plus bas taux de mammographies ✗ Le taux le plus élevé d'hospitalisations inutiles ✓ Le plus haut taux de satisfaction pour les services de santé en général <ul style="list-style-type: none"> ■ Les femmes utilisent plus les services de santé, sauf pour les soins dentaires. ■ Les femmes sont légèrement plus satisfaites avec les services de santé en général et moins satisfaites avec les hôpitaux 	<p>Accessibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plus haut taux d'accès à un médecin, de visites (amélioration majeure depuis l'an passé), de visites chez le dentiste et de vaccin antigrippal ✗ Plus bas taux de mammographies
	<p>Comportements liés à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le moins d'usage de l'alcool ✓ Le niveau de stress le plus bas ✗ Le plus bas taux d'exercice physique ✗ Le moins de consommation de fruits et de légumes ✗ Le plus haut taux d'obésité ✗ Le plus haut taux de grossesse chez les adolescentes
	<p>Facteurs socio-économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Le plus haut taux de chômage
	<p>Environnement physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le moins d'exposition à la fumée secondaire en public ✓ Plus haut sentiment d'appartenance à la communauté
	<p>Qualité de l'air</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Moins d'exposition à la fumée secondaire en public
	<p>Environnement bâti</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Sentiment d'appartenance à la communauté moins élevé
	<p>Tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ À la baisse
	<p>Alimentation et exercice</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Plus d'obésité, moins d'exercice physique, moins de consommation de fruits et de légumes
	<p>Usage de l'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ À la baisse
	<p>Comportements sexuels à haut risque</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Plus de grossesses chez les adolescentes et plus d'infections transmissibles sexuellement
	<p>Prévention des blessures</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminution du port du casque lorsqu'à vélo
	<p>Éducation</p>
	<p>Revenu</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Taux de chômage plus élevé
	<p>Violence</p>
	<p>Qualité de l'air</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Moins d'exposition à la fumée secondaire en public
	<p>Environnement bâti</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Sentiment d'appartenance à la communauté moins élevé

Lorsque l'on compare "Le plus haut/meilleur" vs "le plus bas/pire", nous comparons la zone aux autres zones; quand nous mentionnons une tendance "plus élevé/meilleur/plus" ou "plus bas/pire/moins" nous décrivons une tendance dans le temps pour la zone. ✓ = Bon état/ amélioration ✗ = Mauvais état / déclin

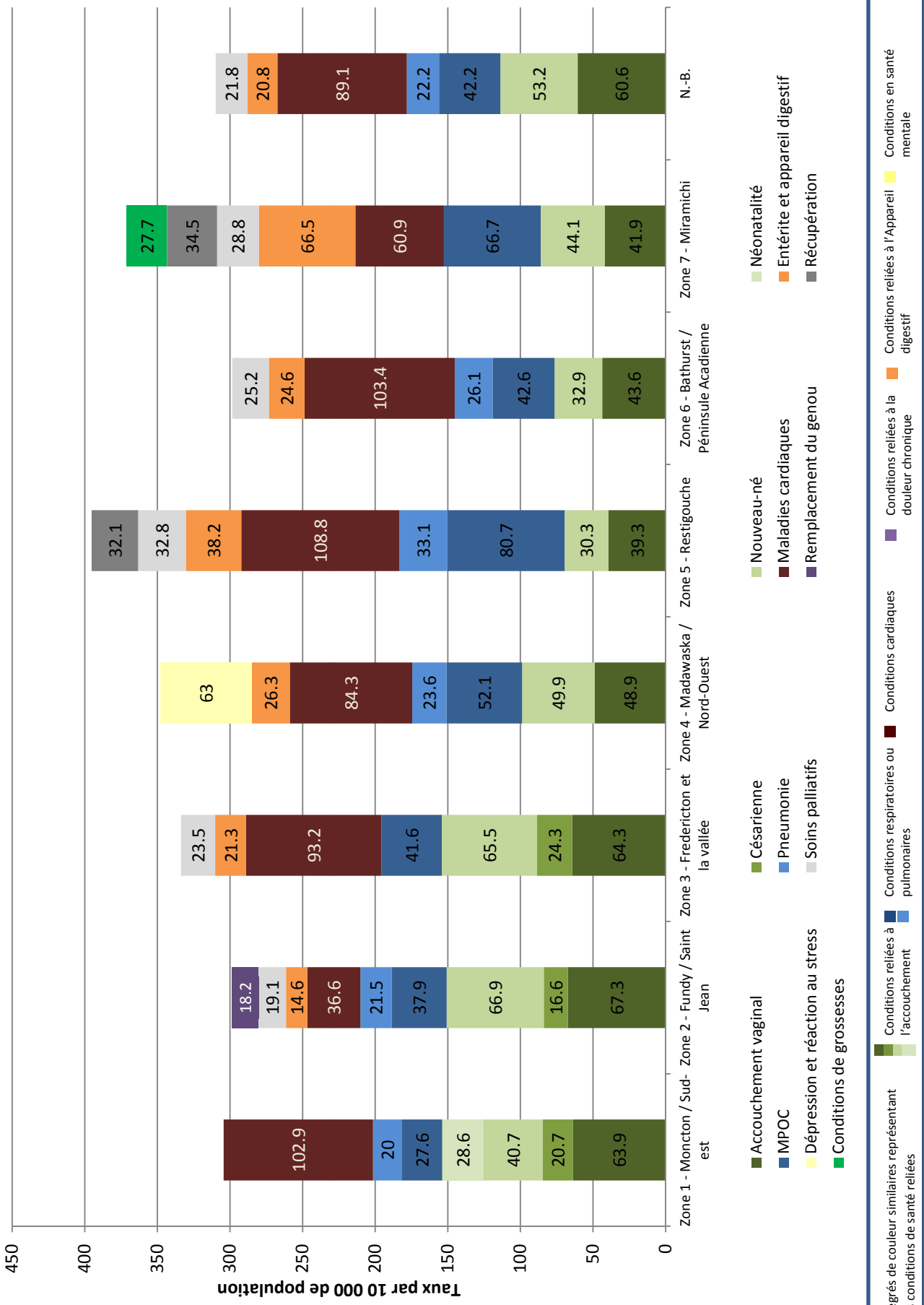
Comparaison du top 10 des raisons les plus fréquentes d'admission à l'hôpital et des 10 conditions chroniques de santé selon les zones



Top 10 des admissions par 10 000 de population	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	
Top 10 des conditions chroniques de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hypertension 24.6 2- Arthrite 16.2 3- RGO 16.1 4- Douleur chron. 13.9 5- Dépression 13.3 6- Asthme 9.6 7- Diabète 8.8 8- Maladie cardiaque 7.6 9- Cancer 7.0 10- Emphy/MPOC 2.2 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hypertension 25.6 2- Arthrite 21.2 3- Douleur chron. 15.6 4- RGO 15.1 5- Dépression 11.8 6- Asthme 10.6 7- Diabète 9.3 8- Maladie cardiaque 8.4 9- Cancer 7.8 10- Emphy/MPOC 3.2 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hypertension 24.4 2- Arthrite 18.4 3- RGO 17.0 4- Douleur chron. 15.7 5- Dépression 12.9 6- Asthme 11.2 7- Diabète 9.3 8- Maladie cardiaque 7.9 9- Cancer 6.6 10- Emphy/MPOC 2.6 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hypertension 25.6 2- Douleur chron. 16.7 3- Arthrite 15.8 4- RGO 15.4 5- Dépression 11.5 6- Maladie cardiaque 11.1 7- Diabète 9.0 8- Asthme 7.8 9- Cancer 5.6 10- Emphy/MPOC 3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1- MPOC 80.7 2- Insuf. cardiaque 39.6 3- Acc. vaginal 39.3 4- Crise cardiaque 38.6 5- Entérite 38.2 6- Pneumonie 33.1 7- Soins palliatifs 32.8 8- Récupération 32.1 9- Arythmie 30.6 10- Nouveau-né 30.3 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Acc. vaginal 43.6 2- MPOC 42.6 3- Nouveau-né 32.9 4- Angine instable 29.3 5- Pneumonie 26.1 6- Insuf. cardiaque 25.2 6- Soins palliatifs 25.2 8- Crise cardiaque 24.6 8- Entérite 24.6 10- Arythmie 24.3 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hypertension 28.1 2- Arthrite 16.3 3- RGO 15.3 4- Douleur chron. 13.7 5- Dépression 13.1 6- Asthme 12.0 7- Diabète 9.7 8- Maladie cardiaque 8.7 9- Cancer 7.0 10- Troubl. humeur 2.6 	<ol style="list-style-type: none"> 1- MPOC 66.7 2- Nouveau-né 44.1 3- Acc. vaginal 41.9 4- Entérite 34.7 5- Récupération 34.5 6- Arythmie 32.1 7- Signe digestif 31.8 8- Crise cardiaque 28.8 8- Soins palliatifs 28.8 10- Prbm avnt l'accouch. 27.7
Observations clés	<ul style="list-style-type: none"> Soins néonataux dans le top 10 Taux d'admissions liés aux maladies cardiaques relativement haut Quelque des pires comportements (stress, alcool, infections transmissibles sexuellement) 	<ul style="list-style-type: none"> Le plus haute prévalence de l'arthrite Remplacement du genou dans le top 10 Le plus bas taux d'admissions dues aux maladies du coeur, mais le plus de décès prématurés dus aux maladies du coeur et aux AVC Plus haut taux de prévalence du cancer 	<ul style="list-style-type: none"> La population la plus jeune, avec certains des pires comportements en santé (obésité, tabagisme, infections transmissibles sexuellement) Le taux d'admission de maladies respiratoires le plus bas, mais le taux de décès prématurés dus aux maladies respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> La dépression et les réactions au stress figurent au top 10 des admissions, avec le plus haut taux de décès prématurés dus aux suicides et à la plus haute perception de stress Le plus haut taux (avec une augmentation significative) de décès prématurés dus au cancer, mais les soins palliatifs n'apparaissent pas 	<ul style="list-style-type: none"> Les plus hauts taux dans les principales causes d'admission Les plus hauts taux d'admissions dus aux maladies respiratoires et cardiaques, mais pas la plus haute prévalence de maladies respiratoires Les plus hauts taux d'admission pour pneumonie, accompagnés d'une baisse majeure du vaccin antigrippal La plus haute prévalence de dépressions et de troubles de l'humeur, mais la meilleure perception de la santé mentale La récupération après la maladie figure au top 10 des admissions (avec un des plus hauts taux d'hospitalisations inutiles) La plus grande population vieillissante 	<ul style="list-style-type: none"> Les maladies respiratoires (MPOC et pneumonie) se classent en tête dans les admissions Un des pires taux de vaccin antigrippal (en baisse depuis l'an dernier) Les conditions de santé mentale occupent deux places dans le top 10 des conditions chroniques, avec la plus basse perception de sa propre santé mentale et une baisse significative de la satisfaction à l'égard de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> La MPOC au premier rang Les troubles avant l'accouchement apparaissent au top 10 (lien possible avec l'obésité) La récupération après la maladie figure au top 10 des admissions (avec un des plus hauts taux d'hospitalisations inutiles) Les maladies de l'appareil digestif se classent en tête Les conditions de santé mentale occupent deux places dans le top 10 des conditions chroniques 	

Top 10 raisons d'admission selon l'endroit de résidence du patient

(Top 10 raisons, taux par 10 000)

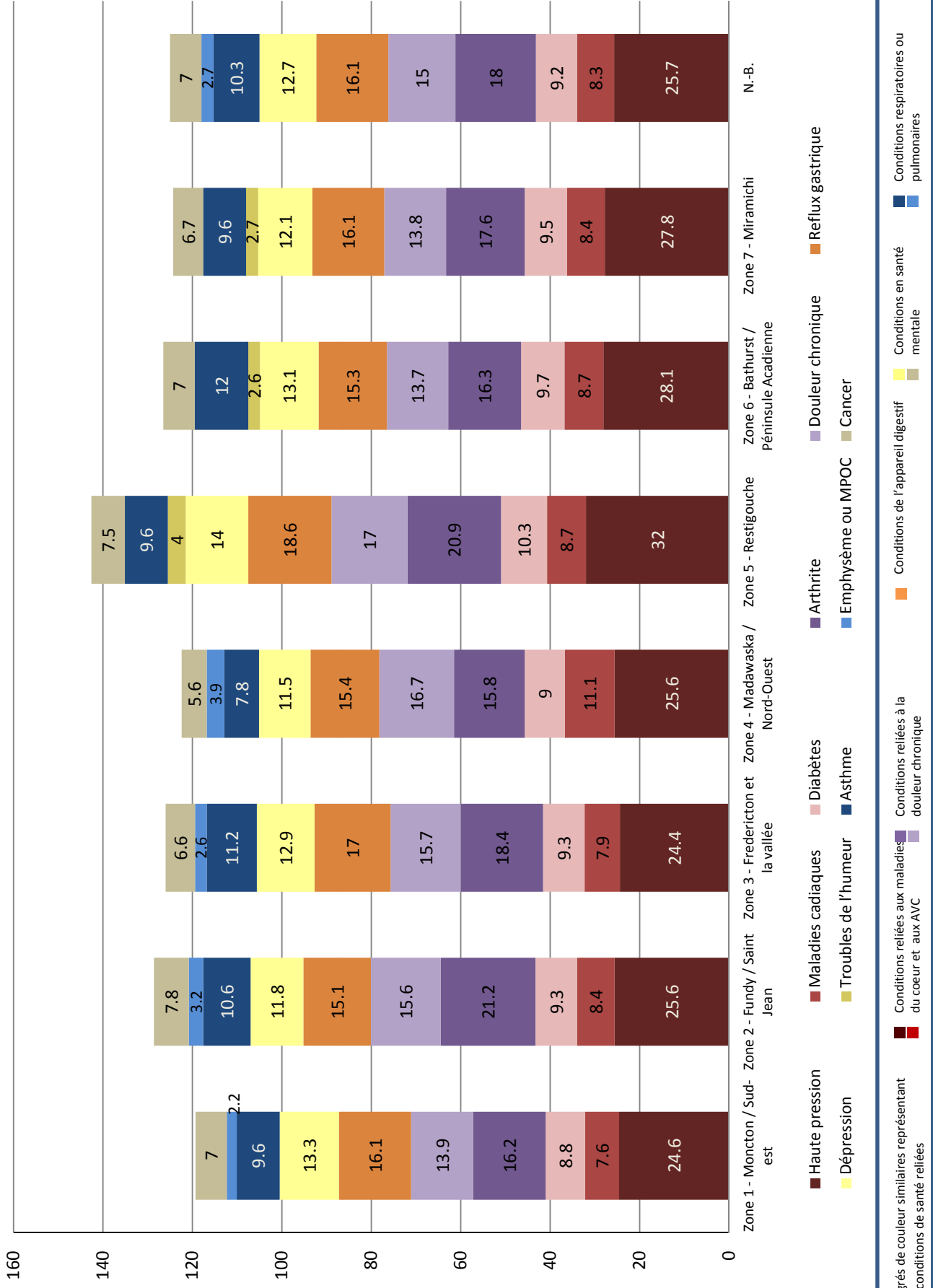


* degrés de couleur similaires représentant des conditions de santé reliées

- Accouchement vaginal
- MPOC
- Dépression et réaction au stress
- Conditions de grossesses
- Césarienne
- Pneumonie
- Soins palliatifs
- Nouveau-né
- Maladies cardiaques
- Remplacement du genou
- Néonatalité
- Entérite et appareil digestif
- Récupération
- Conditions reliées à l'accouchement
- Conditions reliées à l'appareil digestif
- Conditions reliées à la douleur chronique
- Conditions cardiaques
- Conditions respiratoires ou pulmonaires
- Conditions reliées à l'Appareil digestif
- Conditions en santé mentale

Top 10 des conditions chroniques par zone

(prevalence, % de la population)



* degrés de couleur similaires représentant des conditions de santé reliées

- Conditions relatives aux maladies du coeur et aux AVC
- Conditions relatives à la douleur chronique
- Maladies cardiaques
- Troubles de l'humeur
- Diabètes
- Asthme
- Arthrite
- Emphysème ou MPOC
- Cancer
- Douleur chronique
- Reflux gastrique
- Conditions en santé mentale
- Conditions respiratoires ou pulmonaires

Zone 1: Région de Moncton / Sud-Est

Acadieville, Alma, Beaubassin East/ Beaubassin-est, Bouctouche, Buctouche, Botsford, Cap-Pelé, Carleton, Coverdale, Dieppe, Dundas, Dorchester, Elgin, Elsipogtog, Fort Folly, Hartcourt, Harvey, Hillsborough, Hopewell, Huskisson, Indian Island, Memramcook, Moncton, Petitcodiac, Port Elgin, Rexton, Richibucto, Riverside-Albert, Riverview, Sackville, Saint-Antoine, Saint-Charles, Saint-Louis, Saint-Louis de Kent, Saint Mary, Saint-Paul, Salisbury, Shediac, Weldford, Wellington, Westmorland

Zone 2: Région de Fundy / Saint Jean

Blacks Harbour, Brunswick, Campobello, Cardwell, Clarendon, Dufferin, Dumbarton, Hammond, , Hampstead, Hampton, Havelock, Grand Bay-Westfield, Grand Manan, Greenwich, Johnston, Kars, Kingston, Lepreau, Musquash, Norton, Pennfield, Petersville, Quispamsis, Rothesay, Saint Andrews, Saint Croix, Saint George, Saint James, Saint John, Saint Martin's, Saint Patrick, Saint Stephen Simonds, Springfield, Sussex Corner, Sussex, Studholm, Upham, Waterford, Westfield, West Isles, Wickham

Zone 3: Région de Fredericton et la vallée

Aberdeen, Andover, Aroostook, Bath, Blissfield, Blissville, Bright, Brighton, Bristol, Burton, Cambridge, Cambridge-Narrows, Canning, Canterbury, Centreville, Chipman, Denmark, Devon, Doaktown, Douglas Dumfries, Florenceville, Fredericton, Fredericton Junction, Gagetown, Gladstone, Gordon, Hartland, Harvey, Kent, Kingsclear, Lincoln, Lorne, Ludlow, Manners Sutton, Maugerville, McAdam, Medictic, Millville, Minto, Nackawic, New Maryland, Northampton, Northfield, North Lake, Oromocto, Peel, Prince William, Perth, Plaster Rock, Queensbury, Richmond, Saint Mary's, Sheffield, Simonds, Southampton, Stanley, Tobique, Tracy, Wakefield, Waterborough, Wicklow, Wilmot, Woodstock

Zone 4: Région de Madawaska / Nord-Ouest

Baker Brook, Clair, Drummond, Edmundston, Grand Falls/Grand-Sault, Grimmer, Kedgwick, Lac Baker, Madawaska, Notre-Dame-de-Lourdes, Rivière-Verte, Saint-André, Sainte-Anne, Saint-Anne-de-Madawaska, Saint-Basile, Saint-François, Saint-François de Madawaska, Saint-Hilaire, Saint-Jacques, Saint-Joseph, Saint-Léonard, Saint-Quentin

Zone 5: Région du Restigouche

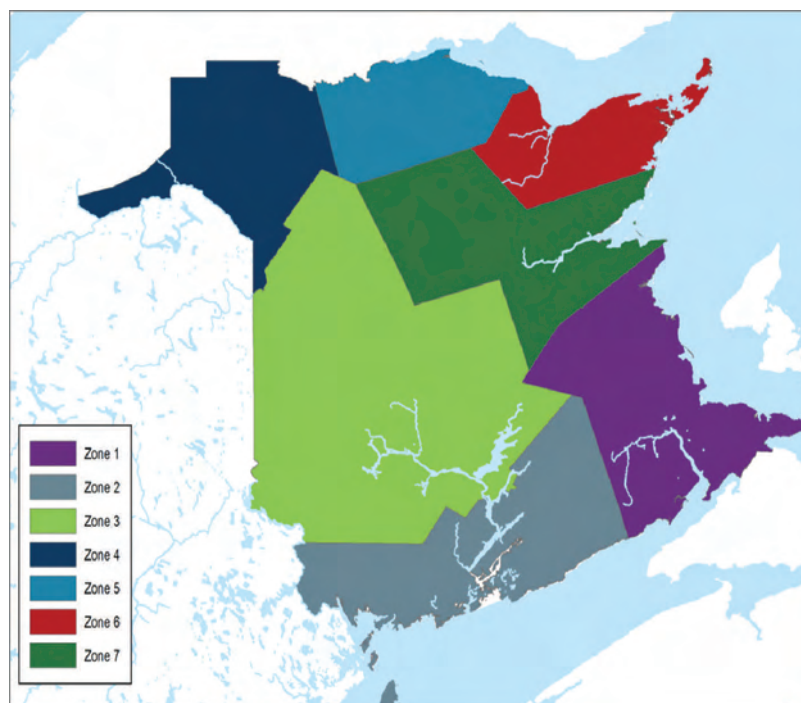
Addington, Atholville, Balmoral, Belledune, Campbellton, Charlo, Colborne, Dalhousie, Durham, Eel River, Eel River Bar, Eel River Crossing, Eldon, Indian Ranch, Tide Head

Zone 6: Région de Bathurst / Péninsule Acadienne

Allardville, Bas-Caraquet, Bathurst, Beresford, Bertrand, Caraquet, Grande-Anse, Inkerman, Lamèque, Le Goulet, Maisonnette, New Brandon, Nigadoo, Pabineau, Paquetville, Petit Rocher, Pointe-Verte, Sainte-Marie-Saint-Raphaël, Saint-Isidore, Saint-Léolin, Saumarez, Shippagan, Tracadie-Sheila

Zone 7: Région de Miramichi

Alnwick, Baie-Sainte-Anne, Big Hole, Blackville, Burnt Church, Chatham, Derby, Eel Ground, Hardwicke, Glenelg, Metepenagiag, Miramichi, Neguac, Nelson, Newcastle, Northesk, Red Bank, Rogersville, Southesk, Tabusintac



1. T J Ballard, P Romito, L Lauria, V Vigiliano, M Caldora, C Mazzanti, and A Verdecchia (2006), *Self perceived health and mental health among women flight attendants*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078041/>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
2. World Health Organization. Bulletin World Health Organ vol.78 no.4 Genebra (2000), *Setting the WHO agenda for mental health*.
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000400012&script=sci_arttext
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
3. Province of Manitoba (2004), *Manitoba's Comparable Health Indicator Report*.
<http://www.gov.mb.ca/health/documents/pirc2004.pdf>)
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
4. F.Blyth, L.March, A.Brnbabic, M.Cousins (2004), *Chronic pain and frequent use of health care Pain*, Volume 111, Issue 1.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030439590400274X>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
5. Southwestern Medical Center Health Library
http://www.utsouthwestern.edu/patientcare/healthlibrary/very_low_birthweight/0,,P02424,00.html
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
6. Leeds, Grenville & Lanark District Health Unit (2004), *Health Status 2004 Update*.
http://www.healthunit.org/chsr/measure/ld_cause/ld_cause.htm
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
7. Association dentaire canadienne
http://www.cda-adc.ca/fr/cda/news_events/health_month/index.asp?intPrintable=1
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
8. Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/H1N1FLU/65ANDOLDER.HTM>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
9. The federal Government Source for Women`s Health Information (US)
<http://www.womenshealth.gov/faq/pap-test.cfm>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
10. La source, Répertoire de données sur la santé des femmes
http://www.womenshealthdata.ca/default_en.aspx
(Information récupérée le 29 sept. 2010)

11. N Wohlgemuth, BTB Chan, T Koru-Sengul. (2005) *Improving the Acute Care Hospital experience: A survey of Saskatchewan In-Patients*. Saskatoon: Health Quality Council.
12. Organisation mondiale de la santé (2005) Rapport sur la santé en Europe 2005. L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations
<http://www.euro.who.int/ehr2005?language=French>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
13. The Conference Board of Canada (2008) *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The case for business Action on the Socio-Economic Determinants of Health*.
http://www.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
14. Santé Canada – Santé mentale– Gestion du stress
<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.php>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
15. Learn-About-Alcoholism.com
<http://www.learn-about-alcoholism.com/consequences-of-drunk-driving.html>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
16. Société canadienne du cancer
http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Quit%20smoking/Second-hand%20smoke.aspx?sc_lang=fr-ca
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
17. Single Parent Center
<http://www.singleparentcenter.net/single-parenting/effects-on-your-childs-emotional-health.html>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
18. Agence de la santé publique du Canada (2001), *Le modèle de promotion de la santé de la population*.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-fra.pdf>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
19. University of Wisconsin Population Health Institute (2008), *Wisconsin County Health Rankings*.
<http://uwphi.pophealth.wisc.edu/pha/wchr.htm>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
20. Institut national de santé publique du Québec (2006), *Portrait de santé du Québec et de ses régions*.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/portrait_de_sante.asp
(Information récupérée le 29 sept. 2010)

21. Ontario Ministry of Health and Long-Term care, *Population Health Profile*.
http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/resources/profiles/im_profiles.html
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
22. Saskatoon Health Region (2008), *Health Status Report*
http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/shr_health_status_report_2008_full.pdf
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
23. Centre for Health Information, (2004) *Summary Report-Health Scope 2004 - Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health Indicators*.
http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope_report_2004.pdf
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
24. J. Michael McGinnis, Pamela Williams-Russo and James R. Knickman (2002), *The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion*.
<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/21/2/78>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
25. The Conference Board of Canada, (2009), *How Canada Performs*.
<http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
26. Locker, D. and Matear, D. Community Health Services Research Unit, Faculty of Dentistry, University of Toronto. *Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life: A summary of recent research evidence*. <http://www.caphd-acsdp.org/PDF/oh-summa.pdf>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
27. Victorian Government Health Information epidemiology and surveillance, <http://www.health.vic.gov.au/ideas/bluebook/appendix2>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
28. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien Vol 54: january • janvier 2008 (2008), Complete health checkup for adults - Update on the Preventive Care Checklist Form©
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329902/>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
29. Statistique Canada, Classification géographique type, cartes de références
http://geodepot.statcan.gc.ca/2006/13011619/1907032006_06-fra.jsp
(Information récupérée le 29 sept. 2010)

- 
30. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick(2008-2009), 2008/2009 Rapport annuel du Ministère de la Santé
<http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/6698ef.pdf>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)

 31. Agence de la santé publique du Canada (2008), Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada: 2008
<http://198.103.98.78/std-mts/report/sti-its2008/03-fra.php>
(Information récupérée le 29 sept. 2010)
- 



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

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.