



***Fiche de rendement
du système de santé
du Nouveau-
Brunswick 2012***



À propos de nous

Qui sommes nous :

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

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.

Pavillon J.-Raymond-Frenette

100 rue des Aboiteaux, Suite 2200

Moncton, N.-B.

E1A 7R1

Téléphone: 1.877.225.2521

1.506.869.6870

Télécopieur: 1.506.869.6282

www.csnb.ca

Comment citer ce document :

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012(CSNB 2012)

This publication is available in English under the title:

New Brunswick Health System Report Card 2012(NBHC 2012)

Tables des matières

Sommaire.....	5
Introduction.....	18
La conception de la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick	19
La raison d’être de la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick	23
La conception des notes de l’indice de performance.....	24
- Méthodologie de la notation par lettre pour les indicateurs individuels	25
- Méthodologie de la notation de l’équité.....	25
- Méthodologie de la notation par lettre pour la note globale.....	26
En mutation/ Les indicateurs actuels.....	29
Les défis continus	29
Les tendances clés / les observations.....	31

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2012.....	35
 Comparaison - Fiche de rendement – tendances.....	39
 Indicateurs par dimensions de la qualité.....	43
- Accessibilité.....	44
- Justesse.....	46
- Efficacité.....	48
- Rendement.....	50
- Sécurité.....	51
- Équité.....	53
 Indicateurs par secteurs de soins.....	59
- Santé primaire.....	60
- Soins aigus.....	65
- De soutien / spécialités.....	69
Annexe	73

Sommaire exécutif

Le Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick est fier de présenter la troisième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*, dans le cadre de son engagement d'offrir aux citoyens du Nouveau-Brunswick des renseignements importants sur la qualité des services de santé offerts dans la province.

Cette troisième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* s'efforce de produire une mise à jour des deux premières fiches de rendement du système de santé que nous avons utilisé pour mesurer, surveiller et évaluer les changements survenus dans la qualité des services de santé ainsi que pour nous aider à formuler des recommandations portant sur des améliorations dont certaines se trouvent dans le document « **Recommandations à la ministre de la Santé, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens** (CSNB, 2011) » publié en 2011.

L'actuelle fiche de rendement a fait l'objet de quelques bonifications, mais s'efforce toujours de placer le citoyen ou le patient au centre de cette focalisation sur l'amélioration de la qualité des services de santé, puisque c'est lui qui doit se déplacer dans tout le système de soins de santé afin de gérer sa santé de manière efficace. Ces changements comprennent l'ajout de quelques indicateurs pour lesquels des mesures n'étaient pas disponibles au moment de la publication de la dernière fiche de rendement, en plus de l'introduction d'indicateurs qui reflètent l'étendue de la prestation équitable de services de soins à domicile. On retrouvera dans le document « Sondage sur les soins à domicile 2012 », publié en octobre, les résultats détaillés des soins complets que reçoivent les Néo-Brunswickois. La plupart des indicateurs choisis et utilisés dans la présente fiche de rendement portent sur des domaines où les programmes et les services représentent un coût élevé et font l'objet d'une forte demande, et ont été choisis pour leur capacité à refléter tous les secteurs de soins: Soins de santé primaires, soins aigus et soins de soutien/de spécialité d'appoint (communément appelés « soins continus »). De plus nous avons amélioré la dimension de « sécurité » en y ajoutant quelques indicateurs que les deux Régies régionales de la santé ont normalisés au cours de la dernière année.

Le présent rapport tente d'établir des liens entre le rendement du système de santé de la province, les coûts encourus et les résultats ultimes obtenus sur la santé de la population. Afin de mieux expliquer les résultats en santé, nous introduirons le concept de « **Mortalité potentiellement évitable** » défini par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comme étant une mortalité prématurée (c.-à-d. le décès prématuré de personnes de moins de 75 ans qui n'auraient pas dû survenir en présence de soins de santé pertinents et efficaces, y compris la prévention et le traitement). Selon cette définition, la mortalité évitable est éminemment une fonction de l'accessibilité à des services de soins de santé (en temps opportun) et efficaces. Ce sont là deux dimensions de la qualité qui varient selon les différents secteurs de soins de santé et les régions géographiques. « Pour rendre cette mesure de mortalité évitable plus susceptible d'être mise en action par

les responsables de l'élaboration des politiques, les gestionnaires du système de santé et les décideurs, l'indicateur canadien de mortalité évitable a été divisé et comprend désormais la mortalité de causes pouvant être prévenues, qui servira à orienter les initiatives de prévention primaire, et la mortalité de causes traitables, qui guidera les initiatives de réduction de la létalité. » (Voir Annexe pour les détails). La *Fiche de rendement du système de santé 2012* introduit ce nouveau concept comme étant le résultat ultime de la santé de la population et met en lumière la contribution du système de santé face à la mortalité évitable et traitable, en liant les résultats en santé et le rendement du système de santé à la viabilité. Le CSNB prévoit élaborer sur ce concept dans son prochain Portrait de la santé de la population 2012 (qui sera publié en 2013) qui se penchera sur la « Mortalité potentiellement évitable » afin de jeter plus de lumière sur le rôle du citoyen dans la gestion de son style de vie, renforçant ainsi la composante de prévention en matière de santé de la population.

LA VOIE DE LA VIABILITÉ :

Le système de soins de santé public du Nouveau-Brunswick subit des pressions accrues, en raison de l'escalade des coûts, du vieillissement de la population et de la crise économique générale qui exigent des réductions additionnelles de coûts. Cependant le défi d'offrir des soins de qualité supérieure à tous les Néo-Brunswickois demeure éminemment important. Afin de répondre aux besoins de la population il est essentiel d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes qui amélioreront les résultats, minimiseront/réduiront les pertes dans le système et prodigueront des soins de santé axés sur le patient qui prodiguent à la personne des soins homogènes/intégrés. Il s'agit là d'un prérequis afin de léguer aux générations futures un système de santé qui soit viable.

La fonction clé d'un système de santé est de prodiguer des **soins de santé de qualité** qui contribuent de façon positive aux résultats en santé **de la population** et ce, de manière **viable**. Les services de soins de santé prodigués dans les différents secteurs (primaires, aigus, de soutien/de spécialité d'appoint, etc.) tentent d'améliorer les résultats en santé grâce à la prévention (qui minimise la demande de services de soins de santé), et au traitement (par des interventions ou des services curatifs qui traitent des conditions de santé néfastes, qu'elles soient chroniques ou aiguës).

Plusieurs rapports et recherches ont démontré que plus il existe de services de soins de santé aigus, plus ils deviennent coûteux. Par conséquent, la viabilité des soins de santé repose sur la réduction des services aigus/avancés qui exigent des techniques et des traitements complexes coûteux, tout en assurant le rendement dans les services offerts par le meilleur usage des ressources disponibles. En d'autres mots, un changement de culture en faveur de la prévention et de l'efficacité peut offrir l'occasion d'améliorer le rendement du système de santé.

Par conséquent, l'interrelation entre les trois buts interdépendants du système de santé que sont (1) l'expérience en soins de santé, (2) la santé de la population, et (3) les coûts, permet d'entrevoir la viabilité du système de santé; un système de santé qui peut continuer à se permettre d'offrir des services de bonne qualité afin d'obtenir de meilleurs résultats en santé et ce, pour les générations futures.

Les résultats en santé de la population du Nouveau-Brunswick :

Les résultats les plus élevés en santé de la population dans tout le système sont généralement complexes à enregistrer et à mesurer. On a développé quelques indices composés, comme les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAFQs) et les années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAFIs) afin de fournir des mesures individuelles de résultats en santé. La morbidité (maladie) et la mortalité (décès) représentent les deux composantes importantes des résultats en santé de la population. Dans le cas de la mortalité, on a utilisé une approximation afin de mesurer la perte potentielle d'années de vie en raison d'une mortalité prématurée (c.-à-d. la mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et moins). Les années potentielles de vie perdues représentent une unité de mesure qui décrit l'influence de la mortalité prématurée et transforme celle-ci en années de vies perdues par une population, en moyenne, à cause des personnes décédant à un âge plus jeune. Autrement dit, plus il y a de gens décédant avant l'âge 75 ans, et/ou lorsque des gens plus jeunes décèdent dans une population, plus cette population perd d'années de vie.

Les Néo-Brunswickois perdent potentiellement **4 850 années de vie/100 000 de population**, en raison de mortalité prématurée, ce qui se situe au-dessus de la moyenne canadienne et au 6^e rang sur 10; 72 % des morts prématurées sont évitables (c.-à-d. auraient pu être évitées à tous les niveaux des services de soins de santé¹), et ceci comprend la mortalité traitable et évitable. Des cas de mortalité potentiellement évitable, 32 % (1 108 années potentielles de vie perdue/100 000) auraient pu être évitées grâce à un traitement approprié de la maladie qui aurait diminué l'incidence d'une mort résultant de l'état de santé, ce qui laisse 68 % des années de vie perdue (2 393 années potentielles de vie perdue/100 000) qui auraient pu être évitées grâce à une prévention (c.-à-d. la diminution de l'incidence d'une maladie) (Tableau 1).

¹ ICIS (2012). Indicateurs en santé 2012

Lorsqu'on le compare au reste du Canada, le Nouveau-Brunswick semble occuper un moins bon rang provincial en matière de mortalité évitable (se classant 7^e sur 10), alors qu'il fait mieux que la moyenne canadienne au chapitre de la mortalité traitable (2^e sur 10). Ce qui indique un meilleur rendement en matière de soins de santé quand il s'agit d'un état de santé qui requiert un traitement, mais une faiblesse importante en ce qui a trait à la prévention et à la capacité du système à protéger la santé de la population et le bien-être des Néo-Brunswickois et à réduire la demande de services curatifs.

« Lorsqu'une personne est malade, nous la traitons de façon adéquate, mais que faisons-nous pour éviter qu'elle soit malade?? »

Lorsqu'on jette un coup d'oeil aux autres provinces, on constate que l'Ontario et la Colombie-Britannique arrivent en tête du classement en matière des meilleurs résultats en santé et ce, en termes de plus bas taux de mortalité évitable prématurée (Tableau 1).

Si l'on regarde de plus près les régions de santé du Nouveau-Brunswick, on constate que la variabilité que l'on note à l'échelle des provinces se retrouve également dans les régions. Les résultats en santé de la zone 6 font voir de plus faibles taux de mortalité évitable en matière d'années potentielles de vies perdues, tant en termes de mortalité pouvant être prévenue qu'en termes de mortalité traitable, si on les compare à ceux des autres régions (zones 4, 5 et 7) (Tableau 2), alors que ceux des zones 1, 2 et 3 sont similaires à ceux de la moyenne nationale.

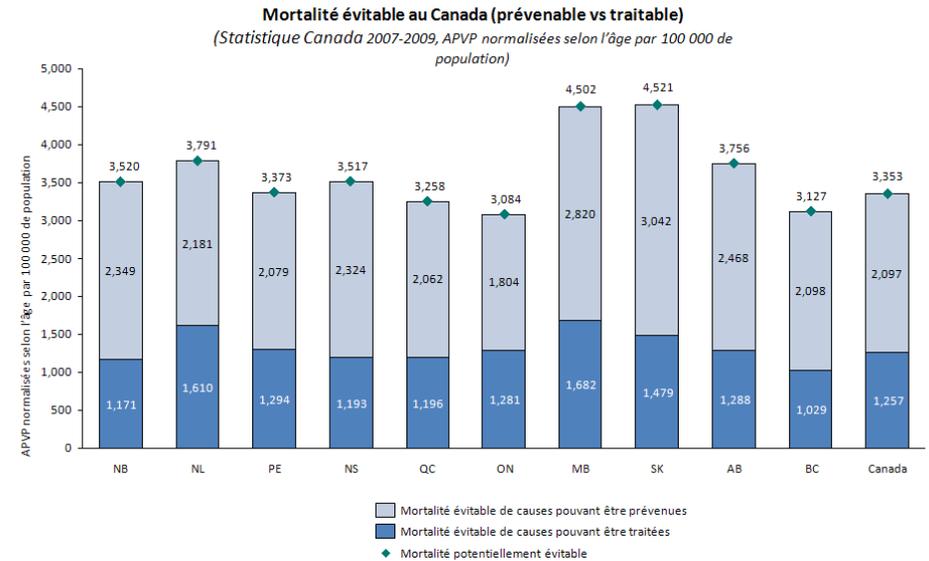


Tableau1: Mortalité évitable au Canada (prévenable vs traitable)

Note: Toute différence entre les valeurs publiées par Statistique Canada et celles publiées par l'ICIS dans les "Indicateurs en santé 2012" sont attribuées à l'utilisation des plus récentes mises à jour des estimations de la population.

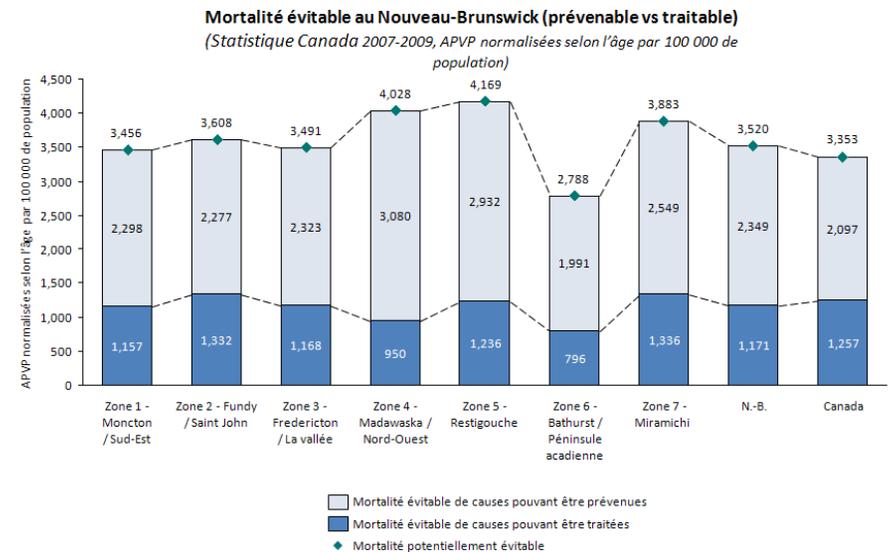


Tableau2: Mortalité évitable au Nouveau-Brunswick (prévenable vs traitable)

Le contexte

Le contexte et les déterminants de la santé (les comportements liés à la santé, socioéconomiques, environnementaux, démographiques, etc.) d'une population représentent les promoteurs du fardeau que doit porter la santé et par conséquent de la demande/de la pression exercées sur le système de santé qui doit offrir/fournir les services requis de prévention ou de traitement afin de maintenir la santé de la population, en réduisant la mortalité et la mortalité prématurée et évitable. Or, ceci a un prix. Un équilibre entre l'offre (qualité et rendement des services) et la demande (fardeau de santé de la population) est ainsi la clé d'un système de santé viable. Plus la population est malade, plus elle a besoin de services; et comme des services de bonne qualité exigent des ressources, ceci implique des coûts et des dépenses plus élevés.

Malgré les investissements croissants dans le système de santé du Nouveau-Brunswick, la prévalence de conditions de santé chroniques continue de progresser (Tableau 3).

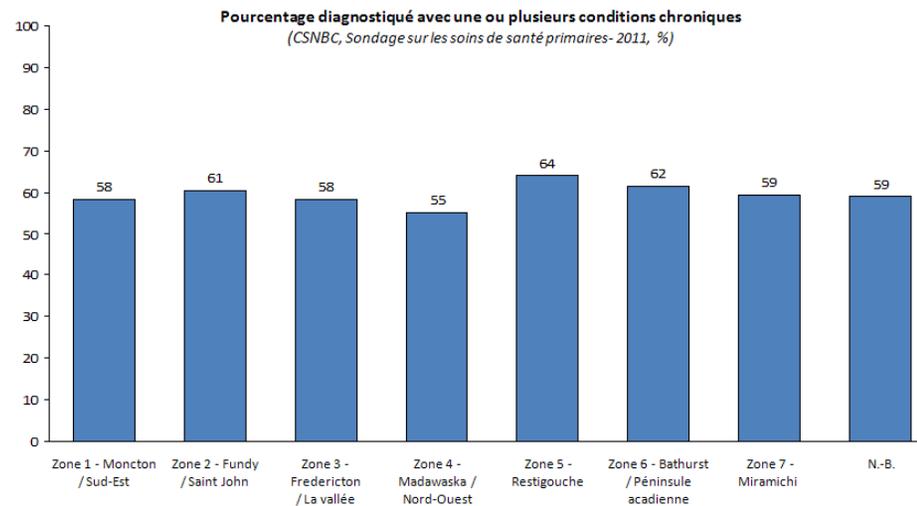


Tableau 3: Pourcentage des personnes chez qui on a diagnostiqué un ou plusieurs conditions de santé chroniques

Le vieillissement de la population contribue de façon certaine à cet accroissement, mais le piètre rendement en ce qui a trait au style de vie et aux comportements liés à la santé de la population du Nouveau-Brunswick accroît la demande sur le système de santé et son fardeau financier. On fait moins d'exercice, on mange moins sainement, on consomme plus d'alcool, on fume davantage et on est plus obèse que le Canadien moyen. Par conséquent, l'investissement dans la façon ou la restructuration de la façon dont le Nouveau-Brunswick offre ses services n'a pas atteint un niveau de succès qui permet de freiner les taux liés aux styles de vie nuisibles pour la santé ainsi que la progression du taux et du nombre de conditions de santé chroniques.

La qualité des services de soins de santé et le rendement du système de santé au Nouveau-Brunswick

Selon la troisième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* publiée par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, il n'y a eu aucun changement à la note allouée à la qualité quand il s'agit du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Dans l'absence de cibles provinciales auxquelles le Nouveau-Brunswick pourrait se mesurer, la méthodologie de notation compare le rendement du Nouveau-Brunswick à la valeur la plus élevée possible obtenue par n'importe quelle autre province. Finalement, le Nouveau-Brunswick bénéficiera du développement de cibles et de points repères basés sur les données probantes qui permettront d'atteindre de meilleurs résultats en santé.

Si l'on regarde de plus près les tendances du rendement au cours des 3 dernières années (les 3 fiches de rendement publiées), l'instabilité/le manque d'homogénéité du rendement (une tendance à la hausse et à la baisse) prévaut dans les différents secteurs ainsi que dans les dimensions de qualité.

En dépit des progrès réalisés dans certaines dimensions et certains secteurs, comme la pertinence des soins aigus et les soins de soutien/de spécialité d'appoint (ex. : un taux moins élevé d'hospitalisation des patients souffrant d'un état de santé mental, un taux plus faible d'hystérectomies et un dépistage plus rapide, dans les 48 heures, des taux d'évaluation de patients souffrant d'une condition en santé mentale), et l'efficacité pratique des soins de soutien/de spécialité d'appoint (ex. : un score plus élevé d'adoption du modèle de dossier médical électronique, moins de patients hospitalisés à répétitions pour des raisons de santé mentale et moins d'hospitalisations de personnes qui s'automutilent), on constate une diminution de progrès dans certains aspects des soins, comme le temps d'attente pour certaines chirurgies, et un manque de progrès dans certains autres, comme le pourcentage de jours d'autre niveau de soins (ANS). De plus, le secteur des soins

primaires semble avoir de la difficulté de façon générale dans toutes les dimensions de soins, comparativement au secteur des soins aigus et au secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint qui ont reçu cette année la note « B ».

Ces tendances tendent à appuyer nos observations voulant que le Nouveau-Brunswick obtienne un meilleur rendement en soins et résultats traitables qu'en soins et résultats évitables.

Les coûts de la santé au Nouveau-Brunswick

Les coûts de la santé augmentent partout dans le monde et, en cela, le Nouveau-Brunswick ne fait pas exception. Toutefois, la mise en perspective des taux de croissance (c.-à-d. croissance de la population, croissance économique, etc.) fait voir une tendance insoutenable alimentée par le fardeau de la santé de la population vieillissante.

De 2004 à 2009, les dépenses² du secteur de santé publique au Nouveau-Brunswick ont augmenté de 1 150,9 milliards \$ (une croissance de 54,4 %, de 2 115,3 milliards \$ à 3 266,2 milliards \$).

En 2009, 4 006 \$ ont été dépensés par Néo-Brunswickois, en moyenne (lorsque normalisé selon l'âge et le sexe, aux fins de comparaison nationale, le coût par habitant chute à 3 790 \$), dans un système de santé dont le rendement général obtient la note « C », et ce, même s'il obtient de meilleurs résultats en traitement de la santé qu'en prévention (Tableau 4).

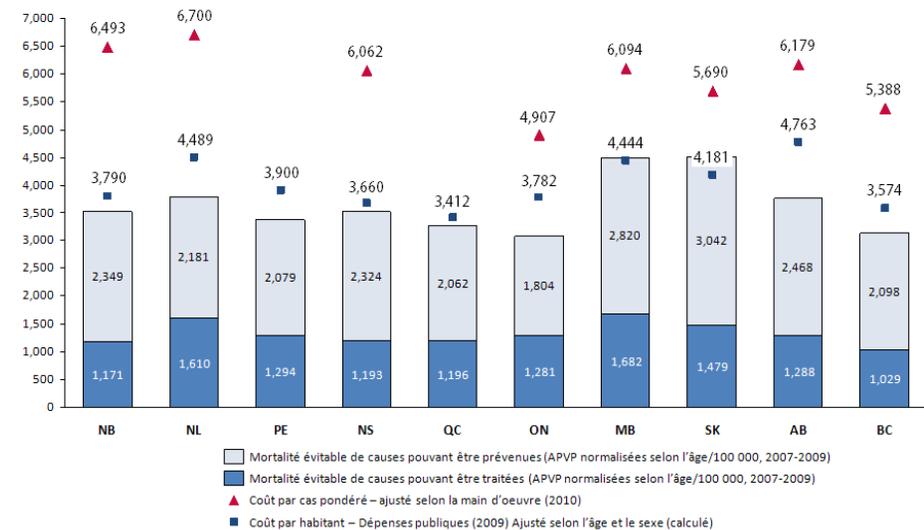


Tableau 4. Comparaison entre les indicateurs de coûts de santé et de résultats en santé au Canada
Source: ICIS 2012. Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) + ICIS 2011
Base de données sur les dépenses nationales en santé + *Statistique Canada*, CANSIM 102-4311

² ICIS 2011. Tableaux de la Base de données sur les dépenses nationales en santé. Dépenses totales de santé du secteur public, par province et territoire, et au Canada, de 1975 à 2011 — dollars courants

Près de 46 % de ce que le Nouveau-Brunswick débourse par personne est versé aux hôpitaux, comparativement à seulement 34 % en Ontario (voir Boîte 1). Cependant, l'Ontario semble déboursier davantage pour les médecins (22 % des coûts par tête vs 18 % au Nouveau-Brunswick) et plus du double en santé publique (9 % vs 5 % au Nouveau-Brunswick). Malgré des dépenses plus faibles par tête, l'Ontario obtient la note « A » sur le plan du rendement du système de santé (en utilisant la méthodologie de la fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick), comparativement à la note « C » qu'a obtenue le Nouveau-Brunswick l'an dernier, ainsi que cette année. Alors, comment fait l'Ontario? Comment peut-elle obtenir de meilleurs résultats en santé et un meilleur rendement du système de santé, tout en dépensant moins par personne au sein de la population?

Cette situation s'explique par un certain nombre de facteurs comme : (1) des économies d'échelle, (2) des cadres de travail éprouvés en matière de surveillance et d'imputabilité de la qualité, et (3) des systèmes, des stratégies et des investissements plus importants en matière de surveillance en santé publique. La tendance vers une plus grande focalisation sur les soins aigus/l'hôpital au Nouveau-Brunswick réduit la disponibilité des sommes investies dans les soins primaires et la prévention ou les soins de soutien/de spécialité d'appoint (« soins continus »). Cette tendance a pour résultat potentiel de drainer le budget du gouvernement provincial au fur et à mesure où il réagit aux demandes du système de santé.

On s'attend d'habitude à ce que les dépenses en santé augmentent à cause du vieillissement de la population, ce que l'on peut voir au Tableau 5. Lorsque l'on compare les coûts par habitant selon les groupes d'âge au Nouveau-Brunswick et en Ontario, à l'exception des enfants de 10 ans et moins, le Nouveau-Brunswick présente clairement une tendance de dépenses par

dépenses totales en santé des gouvernements provinciaux/territoriaux selon l'âge
(Coût par habitant, 2010)

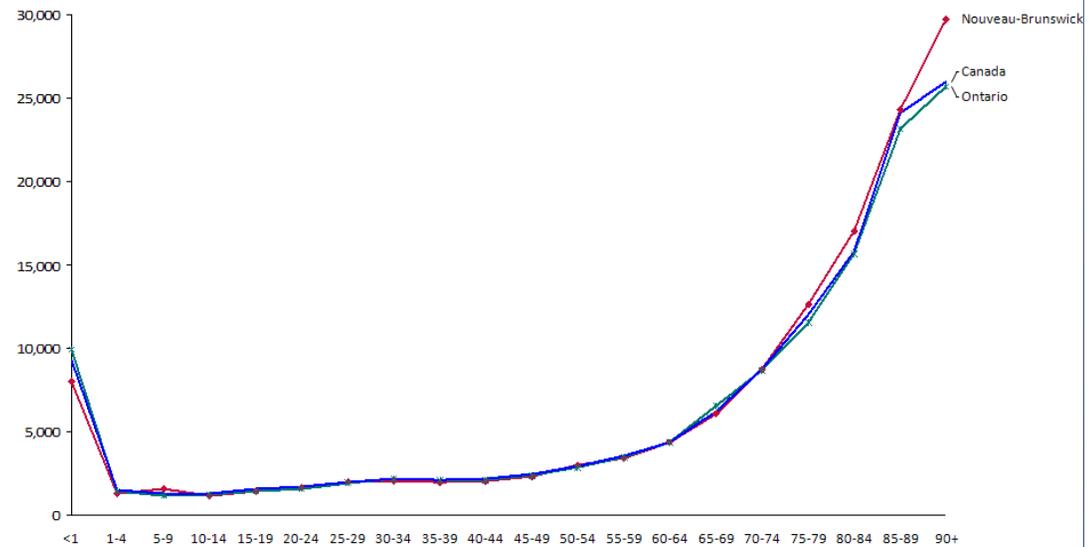


Tableau 5: Comparaison des dépenses totales des gouvernement provinciaux et territoriaux par groupe d'âge pour le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Canada
Source: ICIS tables NHEX 2012 NHEX

personne similaire pour tous les groupes. Le coût par habitant commence seulement à dépasser celui de l'Ontario, ainsi que la moyenne nationale, à l'âge de 70 ans et plus, et l'écart s'agrandit avec l'âge, jusqu'à une différence de 4 000 \$ par personne à l'âge de plus de 90 ans.

Le fait que le Nouveau-Brunswick dépense plus par habitant aux âges plus avancés indique le besoin potentiel d'intervenir pour améliorer le rendement du système, surtout au niveau des services reçus par les personnes âgées quand il s'agit des secteurs de soins aigus, de soins à domicile et de soins de longue durée. De plus, le fait que les coûts par habitant commencent à dépasser la moyenne canadienne à un âge relativement plus jeune (70 ans) pourrait indiquer qu'une meilleure prévention est nécessaire pour réduire le fardeau des conditions de santé chroniques qui s'aggrave habituellement avec l'âge.

En examinant les profils de dépenses en santé au Canada et au Nouveau-Brunswick, et en les comparant aux résultats ultimes en santé, on constate simplement que dépenser davantage en santé ne signifie pas nécessairement qu'on obtient de meilleurs résultats en santé. En réalité, les coûts en santé semblent être déterminés par le style de vie et le contexte de l'état de santé de la population, où la santé des populations plus pauvres exige des dépenses plus élevées. C'est l'approche adoptée à l'égard des dépenses en santé et de l'harmonisation stratégique des ressources qui peut briser le cercle vicieux insoutenable constitué (1) d'une diminution des soins primaires et de la prévention, (2) d'une augmentation des problèmes de santé, (3) des dépenses coûteuses pour des soins en hôpital qui reposent sur une technologie avancée et un traitement par médicaments, et (4) de systèmes moins efficaces.

Conclusion (et puis après?)

La viabilité des soins de santé figure au haut de la liste des décideurs au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le contrôle des dépenses du secteur public, qui s'effectue d'abord en freinant la croissance du coût par habitant puis en réduisant celui-ci jusqu'à la moyenne nationale, est perçu comme une solution à la montée des coûts en santé. Toutefois, l'identification des domaines d'intervention nécessite la prise en considération des dépenses par groupes d'âge qui indiquent un coût par habitant inférieur ou égal à la moyenne nationale pour les adolescents et les adultes jusqu'à 70 ans, après quoi les dépenses par personne grimpent au-dessus de la moyenne nationale. Cette observation met en relief la nécessité d'avoir une approche sur mesure pour freiner les dépenses en santé, en améliorant le rendement des services offerts aux aînés (dans les contextes de soins de santé ou autres), jumelée à une meilleure allocation des ressources pour améliorer la prévention pour les groupes d'âge plus jeunes, ce qui réduirait donc le fardeau de la maladie plus tard dans la vie.

En 2011, le CSNB a publié ses premières « *Recommandations à la ministre du Nouveau-Brunswick, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens* » qui illustraient les domaines d'intervention requis pour commencer à atteindre la viabilité³. Elles vont comme suit:

1^{ère} Recommandation

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, prend des mesures pour développer, au cours de la prochaine année, un plan de services de santé provincial pluriannuel complet et intégré. Le plan devrait définir les éléments suivants : des résultats mesurables en matière de santé; des cibles mesurables en matière de services (étendue et volume des services); des normes de disponibilité et de qualité des services; les ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre les cibles de services et l'attribution géographique et linguistique des services et des ressources.

2^e Recommandation

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, examine l'organisation et la prestation des services de santé primaires dans la province dans le but d'utiliser les ressources humaines et financières existantes à leur plein potentiel. Cet examen doit viser tout particulièrement l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins ainsi que leur intégration aux autres services en santé, entre autres, les services hospitaliers.

³ Recommandations à la ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens (CSNB, 2011)

3^e Recommandation

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, s'assure de développer une stratégie concertée visant à améliorer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la province. Cette stratégie doit s'attarder à l'ensemble des déterminants de la santé et en premier temps, concentrer ses efforts dans quatre domaines clés : le poids santé, l'amélioration de l'hypertension artérielle, l'amélioration de la santé mentale et la prévention des blessures accidentelles.

La stratégie doit identifier l'organisme responsable de la coordination des travaux avec les partenaires pour une mise en œuvre intégrée des interventions correspondantes.

BOÎTE 1 : Nouveau- Brunswick vs Ontario .. Observations clés

Nous avons entrepris l'exercice d'appliquer le classement du système de rendement du Nouveau-Brunswick au rendement du système de santé 2011 de l'Ontario. L'Ontario a ainsi obtenu la note « A », comparativement au Nouveau-Brunswick qui a obtenu la note « C » l'an dernier ainsi que cette année.

L'Ontario menait en matière de justesse, de rendement et de sécurité (qui ont tous obtenu un A), en plus d'obtenir un meilleur pointage en matière d'efficacité (B), et une note égale pour ce qui est de l'accessibilité (B).

En plus d'obtenir un meilleur rendement de son système de santé, l'Ontario semble obtenir de façon générale de meilleurs résultats en santé, dans la mesure où elle affiche des taux plus élevés en ce qui a trait à la santé et à la santé mentale autoévaluées et qu'elle perd moins d'années de vie par population en termes de mortalité évitable. L'Ontario semble perdre moins d'années de vie en raison de mortalité évitable, alors que le Nouveau-Brunswick perd moins d'années de vie en ce qui a trait à la mortalité traitable, ce qui indique peut-être que l'Ontario dispose de services de prévention plus développés. C'est ce que démontrent possiblement les styles de vie et les comportements liés à la santé actuels relativement plus sains qu'adoptent les Ontariens comparativement aux Néo-Brunswickois.

Cela comporte-t-il un coût plus élevé? Si l'on observe les indicateurs de coût des deux provinces, l'Ontario fait voir un coût moindre par cas pondéré qu'au Nouveau-Brunswick, et un coût légèrement moindre per capita une fois ajusté pour l'âge et le sexe, tout en dépensant moins pour les hôpitaux et pour les médecins, les médicaments et la santé publique.

Ainsi, l'Ontario semble proposer un modèle intéressant de prestation de soins de santé. Cette province reçoit certaines des meilleures notes quant aux indicateurs de rendement (comparativement aux autres provinces), et fait voir de meilleurs résultats en santé, de meilleurs facteurs de risques liés au comportement ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources du secteur public.

On pourrait prétexter que le Nouveau-Brunswick doit payer davantage parce qu'il doit traiter une population généralement plus malade et plus vieille. En réalité, cela est vrai, si l'on se limite à envisager la santé de la population comme étant uniquement une source de demande. Cependant, cette demande est également le résultat d'une incapacité à reconnaître le rôle que joue la prévention dans l'amélioration de la santé de la population et la réduction de la demande. La prestation de programmes et de services dans le système de santé doit être organisée de façon à trouver un équilibre entre la prévention de la maladie (c.-à-d. réduction de la demande) et le traitement des malades.

Source:

1. ICIS 2012. Rapport sur les indicateurs de la santé
2. Statistique Canada. Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
3. ICIS 2010. Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens
4. ICIS 2011. Tableaux de la Base de données sur les dépenses nationales en santé. Dépenses totales de santé du secteur public, par province et territoire, et au Canada, de 1975 à 2011 — dollars courants

	Nouveau- Brunswick		Ontario	
Rendement du système de santé (2011)	NB (C)		ON (A)	
Accessibilité	B		B	
Justesse	D		A	
Efficacité	C		B	
Rendement	D		A	
Sécurité	C		A	
Résultats sur santé de la population				
Mortalité potentiellement évitable ¹ (APVP normalisées selon l'âge par 100 000, 2006-2008)	3 502		3 159	
Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues ¹ (APVP normalisées selon l'âge par 100 000, 2006-2008)	2 393		1 851	
Mortalité de causes pouvant être prévenues de causes traitables ¹ (APVP normalisées selon l'âge par 100 000, 2006-2008)	1 108		1 308	
Santé perçue très bonne ou excellente ² (% , 2010)	53.5		60.9	
Santé mentale perçue très bonne ou excellente ² (% , 2010)	68,3		74.5	
Comportements liés à la santé et mode de vie (contexte) (2010)				
Activité physique durant les temps libres ³ (%)	52		50.4	
Consommation de 5 fruits ou légumes ou plus par jour ³ (%)	37.5		42.8	
Adultes qui n'ont pas un poids santé (obèse) ³ (%)	27.5		18.7	
Consommation de 5 breuvages ou plus à la fois, au moins une fois par mois, au cours de la dernière année (consommation abusive d'alcool) ² (%)	20.6		16.1	
Considère qu'il souffre d'un stress élevé ² (%)	20.3		23.7	
Fumeur actuel, quotidien ou occasionnel ² (%)	22.5		19.3	
Coûts au système de santé				
Coût par cas pondéré-Salaire de base ajusté ⁴ (2010)	6 493		4 907	
Dépenses en santé du secteur public ⁴ (coût per capita ajusté selon l'âge et le sexe) -2009	3 790		3 782	
	\$ 4 006 (actuel)	%	\$ 3 749 (actuel)	%
Hôpitaux	1855.6	46.3	1295.4	34.6
Autres établissements	447.1	11.2	366.4	9.8
Médecins	704.7	17.6	832.7	22.2
Autres professionnels	25.6	0.6	37.7	1.0
Médicaments	270.3	6.8	354.8	9.5
Capital	102.8	2.6	229.5	6.1
Santé publique	203.0	5.1	338.2	9.0
Administration	81.1	2.0	59.8	1.6
Autres dépenses en santé	316.2	7.9	234.8	6.3

UN EXEMPLE RÉEL

Le 3 août 2012, M. X arrive aux portes du service de l'urgence souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive. Il n'avait pas pris ses médicaments prescrits en raison du coût des médicaments et de sa compréhension de leur usage. Il avait reçu son congé deux semaines plus tôt à la suite d'un pontage aorto-coronarien par greffe et après une série de tests d'imagerie médicale, dans le but de confirmer la stabilité de son état en vue de son congé.

On avait pris la décision deux mois plus tôt de procéder au pontage aorto-coronarien par greffe à la suite d'une crise cardiaque soudaine qui l'a amené à l'urgence à ce moment-là. À l'urgence, on lui a diagnostiqué une tension artérielle élevée, qui était la cause des maux de tête pour lesquels M. X ne pouvait obtenir de rendez-vous avec son médecin de famille afin d'obtenir des soins et un traitement appropriés.

Au cours des 10 dernières années, M. X (58 ans) avait constamment pris du poids et il fumait depuis l'âge de 30 ans. Il n'avait jamais fait prendre sa pression artérielle de façon régulière.

M. X est décédé à sa deuxième visite à l'urgence, le 3 août 2012. Le coût du traitement et de la gestion du cas de M. X a été d'environ 25 000 \$ au cours de l'année dernière (y compris les coûts de la chirurgie, des tests compliqués d'imagerie médicale, de sa visite à l'urgence et des médecins).

Ce n'est là qu'une histoire possible d'une mort causée par une série d'événements dans le système de santé. Apparemment, le patient a reçu le traitement efficace requis dans un établissement de soins aigus prodiguant des soins de qualité. Mais, cela soulève plusieurs questions :

- A-t-il reçu des soins en temps opportun, au bon endroit, du bon fournisseur de soins?
- Quoi ou qui aurait pu l'aider à gérer sa médication?
- Les procédures médicales (chirurgie et imagerie) suffisaient-elles à prévenir son décès?
- Pourquoi a-t-il eu à se présenter à l'urgence souffrant d'une crise cardiaque, sans qu'on ait auparavant diagnostiqué sa tension artérielle élevée et sans qu'il ait eu la possibilité d'avoir accès à son médecin de famille en temps opportun?
- Pourquoi a-t-il dû souffrir de tension artérielle élevée et de problèmes cardiovasculaires en premier lieu?
- Qu'aurait-on pu faire pour l'aider à adopter de meilleures habitudes de vie, comme cesser de fumer ou perdre du poids?
- Est-ce qu'une prévention et un diagnostic précoces auraient pu lui sauver des années de vie et réduire les coûts par personne en soins de santé?

Cette histoire est un exemple typique de **résultat en santé** (mort évitable) qui aurait pu être évité grâce à des services appropriés de soins de santé (**expérience vécue et qualité**) et conséquemment des dépenses moindres en soins de santé (**coût per capita**).

Introduction:

Tout comme le bulletin scolaire d'un élève fournit aux parents des renseignements sur le rendement de l'enfant, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) s'est engagé à fournir aux citoyens du Nouveau-Brunswick d'importants renseignements sur la qualité des services de santé qui sont fournis dans la province.

La troisième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* se veut une tentative d'étoffer les deux premières fiches de rendement du système de santé qui ont été utilisés pour mesurer, surveiller et évaluer les changements apportés aux services de santé au cours des années et de proposer des recommandations portant sur des améliorations, dont certaines se trouvent dans nos plus récentes « **Recommandations à la ministre du Nouveau-Brunswick, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens** (CSNB 2011). »

La *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012* contient des indicateurs de rendement organisés par secteur de soins afin de faire ressortir l'importance d'une intégration des programmes et des services. Elle contient également des indicateurs additionnels afin de mieux refléter ces programmes et ces services auxquels accèdent les citoyens du Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'un effort en vue d'assurer que le citoyen ou le patient demeure au centre des améliorations apportées à la qualité des services de santé, puisqu'ils doivent se déplacer dans ce système de soins de santé afin de gérer leur santé de manière efficace.

On a modifié la nouvelle note de l'indice de rendement dans le présent rapport afin de refléter la capacité du Nouveau-Brunswick à atteindre la valeur la plus élevée, lorsqu'on la compare aux résultats nationaux. Une note de l'indice de rendement ne devrait pas être considérée indépendamment des indicateurs sur lesquels elle se base, pour en arriver à quelques décisions en matière de politiques et/ou de planification. L'utilisation d'une note de l'indice de rendement fournit au public une occasion d'avoir une idée de la manière dont le système de santé fonctionne de façon holistique.

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2012



Dans ce complexe système de programmes et de services, il est important que les personnes et les groupes procèdent à des analyses plus poussées, afin d'obtenir un aperçu plus précis de ce qui se passe, et qu'ils soient informés de la qualité des soins de santé et des politiques en santé. Les indicateurs de santé dont on fait rapport au public aident les patients, les familles et les autres citoyens à s'impliquer dans l'amélioration de la qualité des services de santé⁴. Il est important de noter que les données sur la *dimension de sécurité*, la *dimension d'équité* et le secteur de *soutien/de spécialité d'appoint* font l'objet d'un rapport dans la deuxième et la troisième fiche de rendement, mais n'étaient pas disponibles dans la première fiche de rendement, en raison d'un manque de normalisation des mesures au cours de la préparation de la première fiche. Bien que la présente fiche de rendement soit mieux équilibrée, afin de refléter toutes les dimensions de qualité et des secteurs, il y a encore place à l'amélioration.

La conception de la *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* :

Mesurer le rendement du système de santé est extrêmement complexe. Au Nouveau-Brunswick, cela implique de devoir être capable de mesurer, de surveiller et d'évaluer la qualité des services de santé en vertu de six dimensions de qualité sur lesquelles on demande au Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick de faire rapport. Ces dimensions de qualité sont *l'accessibilité*, *la justesse*, *l'efficacité*, *le rendement*, *la sécurité* et *l'équité*.

En plus de ces dimensions de qualité, le Conseil mesure le rendement selon la perspective du citoyen. Ceci encourage l'intégration des soins dans tous les secteurs. Quatre secteurs

Dimension	Définition
Accessibilité	La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix.
Justesse	Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies.
Efficacité	Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.
Rendement	Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable.
Sécurité	Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.
Équité	Offrir des soins ou services de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.

⁴ Conseil canadien de la santé, Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé Guide de référence pour les Canadiens (2011), [en ligne], de < http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/indicators/HCC_Indicators_FR_Final.pdf >.

composent le système de soins de santé⁵.



Santé primaire

• **SANTÉ PRIMAIRE** sont les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie, des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

• Voici quelques programmes et services en santé primaire:
la Santé publique, les services ambulanciers, les centres de santé communautaire, les médecins de famille, les salles d'urgence et la division du mieux-être.



Soins aigus

• **SOINS AIGUS** comprend les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

• Voici quelques programmes et services en Soins aigus: les services hospitaliers, le programme des soins de santé cardiaque, les soins ambulatoires, les services de dialyse, les établissements psychiatriques.



De soutien/ spécialité d'appoint

• **DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT** sont les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

• Voici quelques programmes et services du secteur de soutien/spécialité d'appoint: les programmes communautaires de santé mentale, le Programme Extra-Mural, les services de réhabilitation (Centre Stan Cassidy), les services de toxicomanie, le développement social – soins de longue durée.



Soins palliatifs

• **SOINS PALLIATIFS** sont les soins offerts aux personnes qui souffrent d'une maladie mortelle. Des soins et un appui physique, émotionnel et spirituel sont donnés aux patients et à leurs familles.

• La plupart des programmes et services de soins palliatifs sont offerts soit à l'hôpital (soins aigus), par l'entremise du Programme Extra-Mural ou dans les établissements de soins de longue durée.

Un *système de soins de santé* ou *système de santé* comprend toutes les personnes, institutions et ressources qui sont impliquées dans la prévention, le traitement et la gestion des blessures, des maladies et des invalidités ainsi que la préservation du bien-être physique et mental, grâce aux services offerts dans la province par les professions médicales et paramédicales. Les soins de santé se définissent comme étant le fonctionnement combiné de services de santé publics et de services médicaux personnels.

Afin que le CSNB puisse appuyer le changement transformationnel du système, le modèle ou cadre de travail actuel donne la possibilité aux organisations du système de s'identifier aux indicateurs qui sont en train d'être mesurés et de se concentrer sur l'importance des soins intégrés axés sur le citoyen. Le Conseil a ainsi choisi d'utiliser les divisions de soins d'Agrément Canada et de les incorporer aux dimensions de

⁵ Nous sommes confrontés à un défi en ce qui a trait à l'identification des indicateurs qui mesureront de manière efficace la qualité du « secteur des soins de fin de vie/palliatifs ». Étant donné que la plupart des programmes et des services sont offerts soit grâce à des services d'hôpitaux (soins aigus), soit par le Programme extramural (de soutien/de spécialité d'appoint) ou dans un établissement de soins de longue durée (de soutien/de spécialité d'appoint), le défi est d'obtenir ces données. C'est la raison pour laquelle nous retirerons ce secteur du rapport public des notes

qualité afin de créer la grille.

On a mené des recherches poussées pour s'assurer que les deux définitions des dimensions et des secteurs s'harmonisent avec les normes régionales, provinciales/territoriales, nationales et internationales. Au cours de la première année, on a découvert plus de 400 indicateurs (colligés auprès d'organismes internationaux, nationaux et provinciaux responsables de faire rapport sur la qualité des soins de santé, comme l'Organisation mondiale de la santé, le Royaume-Uni, l'Australie, les États-Unis, le Canada, l'Ontario, la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick), mais on en a utilisé 48 seulement. Cette année, on compte 137 indicateurs. Cette augmentation est due à l'implication de parties intéressées qui demandaient ou exigeaient des indicateurs additionnels ainsi qu'à un accord collectif obtenu par consultations, pour ce qui est de la majorité des indicateurs choisis. Cette approche facilite l'utilisation de données pour ce qui est de la mesure ou de la surveillance des programmes et des services clés.

On s'est basé surtout sur les indicateurs du niveau des *résultats* et du *système* pour choisir les indicateurs. Ces types d'indicateurs sont souvent stratégiques par leur nature même et facilitent la planification des priorités du point de vue du système. La plupart des indicateurs ont été choisis selon les domaines de programmes et de services à coûts élevés et à fort achalandage.

Les indicateurs que le CSNB a identifiés comme utiles sont ceux qui ont été recueillis des bases de données administratives du Nouveau-Brunswick et/ou qui étaient du domaine public : l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Sondage national des médecins, Statistique Canada et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Le jeu d'indicateurs comprenait ceux qui répondaient à notre liste de critères acceptables⁶, comme :

1. Pertinence en regard des préoccupations de nos principaux auditoires cibles,
2. Facilité à comprendre,
3. Fiabilité et validité,
4. Pertinence (en temps opportun),
5. Facilité à obtenir et mises à jour périodiques,
6. Obtention dans le cadre d'un processus de révision ouvert, transparent, inclusif et consultatif

⁶ Agrément Canada, [en ligne], de <<http://www.accreditation.ca/>>.

7. Capacité à contribuer à une vue cohérente et complète du rendement du système de santé au Nouveau-Brunswick.

On a utilisé une fiche de rendement comprenant des notes de l'indice de rendement comme méthode de présentation des rapports destinés au public.

	# d'indicateur dans la fiche de rendement 2010 (48 indicateurs)	# d'indicateur dans la fiche de rendement 2011 (111 indicateurs)	# d'indicateur dans la fiche de rendement 2012 (137 indicateurs)
Dimensions de la qualité			
Accessibilité	17	29	28
Justesse	11	15	16
Efficacité	13	20	26
Rendement	6	13	13
Équité	0	20	20
Sécurité	1	14	34
Secteurs de soins de santé			
Santé primaire	19	79	79
Soins aigus	21	51	62
De soutien / spécialités d'appoint	8	20	56
Soins palliatifs*	0	0	0

**Nous sommes confrontés à un défi en ce qui a trait à l'identification des indicateurs qui mesureront de manière efficace la qualité du « secteur des soins de fin de vie/palliatifs ». Étant donné que la plupart des programmes et des services sont offerts soit grâce à des services d'hôpitaux (soins aigus), soit par le Programme extra-mural (de soutien/de spécialité d'appoint) ou dans un établissement de soins de longue durée (de soutien/de spécialité d'appoint), le défi est d'obtenir ces données. C'est la raison pour laquelle nous retirerons ce*

secteur du rapport public des notes.

Le présent rapport marque le retrait de trois indicateurs en raison de la non-disponibilité de leur source (le taux corrigé des risques de réadmissions dues à l'asthme, l'hystérectomie et la prostatectomie), et l'ajout de quatre autres indicateurs de réadmission (la pédiatrie, les soins médicaux, la chirurgie et l'obstétrique). Un autre nouvel indicateur est la durée de séjour moyen, correction faite des effets dus à l'âge. Quelques indicateurs ont été réassignés à d'autres dimensions de qualité, à la suite d'une révision et d'une analyse comparative. Ce sont : les patients qui sont réadmis plusieurs fois, en raison d'une maladie mentale et que nous avons réassignés de Justesse à Efficacité, au sein des soins de soutien/de spécialité d'appoint; la proportion des patients en santé mentale qui ont fait l'objet d'une évaluation par dépistage dans les 48 heures et que nous avons réassignés d'Accessibilité à Justesse, au sein des soins de soutien/de spécialité d'appoint. De plus, le taux d'hospitalisation aux soins aigus, en raison de conditions propices aux soins ambulatoires, a été réassigné d'Efficacité à Rendement au sein des soins primaires.

La raison d'être de la *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*:

La principale raison d'être de la *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* est de fournir aux Néo-Brunswickois un outil facile à utiliser qui pointe les domaines clés d'intérêt et attire l'attention sur la qualité des services de santé qu'ils offrent.

Pour aider à mesurer la tâche que nous avons sous la main, on peut utiliser l'analogie de la pointe de l'iceberg que l'on observe pour essayer de saisir l'ampleur de la masse qui se trouve immergée. Les données présentées dans le présent rapport aident à démontrer comment le Nouveau-Brunswick s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité de soins de santé et ce, comparativement aux autres provinces.

Noter le système de santé selon des dimensions générales de qualité et de secteurs donne au public et aux décideurs l'occasion de se pencher sur quelques domaines clés plus généraux qui se trouvent au sein d'un système de prestation de soins de santé très complexe et soumis à de nombreuses priorités en concurrence. Le niveau plus étayé des informations ou des indicateurs spécifiques de la note de l'indice de performance est destiné aux gestionnaires et à ceux qui sont impliqués dans la mesure, la surveillance et l'évaluation des services de santé au moment de leur prestation. Il offre ainsi aux organisations qui prodiguent ces services la possibilité d'approfondir leur évaluation jusqu'au niveau de leurs propres indicateurs de programmes qui sont modulés sur l'indicateur particulier du système représenté dans la *Fiche de rendement*.

Des fiches annuelles de rendement peuvent être utilisées pour surveiller et suivre les changements au cours d'une période de temps. Bien que cette information soit disponible dans le système, le fait de l'organiser de manière à fournir aux décideurs un aperçu holistique du système de santé représente l'avantage de notre fiche de rendement.

Cet aperçu peut donner l'occasion de démontrer comment les changements dans les programmes et les services peuvent avoir des répercussions sur les autres programmes et services dans d'autres secteurs de soins. Il peut également offrir aux patients/citoyens qui se déplacent dans le système de santé une perspective unique en ce qui a trait aux écarts entre les services. À preuve, l'exemple du secteur de la santé primaire qui a reçu la note « D » dans la fiche de rendement de 2010. Ce qui a permis d'identifier le prochain secteur à sonder. Il en a résulté « L'expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) ». Les résultats du sondage ont aidé les parties intéressées à se concentrer sur les soins primaires en termes de domaine à améliorer (Sommet des intervenants en santé primaire, Automne 2011).

La fiche de rendement et les indicateurs offrent la possibilité :

- d'orienter les activités d'amélioration de la qualité,
- de repenser les services,
- de rendre les personnes et les organismes responsables de leurs performances,
- d'effectuer des changements au niveau des politiques et des pratiques
- de stimuler le débat public.

La conception des notes de l'indice de performance :

Les indices ou les notes sont généralement utilisés par de nombreuses organisations et institutions. L'ICIS dispose de la *Fiche de rendement de l'Alliance sur les temps d'attente*⁷, l'Institut Fraser⁸ possède des fiches de rendement sur les hôpitaux et les écoles de provinces choisies au Canada, le Conference Board du Canada a son *How Canada Performs: A Report Card on Canada*⁹ qui évalue la qualité de vie au Canada comparativement à celle de pays semblables et l'*Institute of Well-being*¹⁰, l'*Indice canadien du mieux-être*⁹ qui est composé de domaines liés au bien-être qui se composent également de divers indicateurs. Enfin, il existe également le *Canada Health Consumer Index 2010*¹¹ du *The Frontier Centre for Public Policy*, qui publie des rapports sur la façon dont les systèmes de santé des provinces servent leurs citoyens.

⁷ Alliance sur les temps d'attente (ATA), *Un travail à terminer - Bulletin de 2010 sur les temps d'attente au Canada Juin 2010*, [en ligne], de <http://www.waittimealliance.ca/June2009/Report-card-June2009_f.pdf>.

⁸ Institut Fraser, [en ligne], de <<http://www.fraserinstitute.org/fr/reportcards/hospitalperformance/>>.

⁹ Le Conference Board du Canada, *How Canada Performs: A Report Card on Canada (2011)* [en ligne – en anglais seulement], de <http://www.conferenceboard.ca/HCP/overview/Health_fr.aspx>.

¹⁰ Institut du mieux-être, *L'indice Canadien du mieux-être (2010)*, [en ligne – en anglais seulement], de <<http://www.ciw.ca/Libraries/Documents/FirstReportOfTheInstituteOfWellbeing.sflb.ashx>>.

¹¹ B. Eisen and A. Björnberg, *The Frontier Centre for Public Policy, Canada Health Consumer Index 2009*, (2009) [en ligne – en anglais seulement], de <<http://www.fcpc.org/files/1/78.%20CHCI%202009.pdf>>.

Le CSNB a élu de suivre quelques-uns de ces exemples et de s'inspirer de certaines de ces méthodologies dans la création des notes de l'indice de performance de la *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*.

La méthodologie de la notation par lettre des indicateurs individuels :

L'analyse se base sur l'indicateur disponible à l'achèvement du rapport. La notation par lettre est calculée en identifiant d'abord la valeur la plus basse et la valeur la plus haute parmi les provinces. L'intervalle est calculé, puis il est divisé par 7 pour créer les points limites de séparation des notes. Celles-ci sont assignées à chaque intervalle : A+, A, B, C, D, E et F, une méthode semblable à celle de l'an dernier. A+ correspondra à l'intervalle le plus haut qui peut être atteint et F, au plus bas.

Exemple :

Étape 1 – Calcul de l'intervalle :

- P.ex. intervalle = la pire valeur (77 %) moins la meilleure valeur (84 %) = 7

Étape 2 – Calcul de l'intervalle :

- intervalle (7) divisé par 7 notes en lettre = 1

Étape 3 – Les lettres sont assignées à chaque intervalle

- A+=84 à 83,1, A=83 à 82,1, B=82 à 81,1, C=81 à 80,1, D=80 à 79,1, E=79 à 78,1, F=78 à 77

Dans le cas présent, si le N.-B. = 80 %, la note pour cet indicateur serait D.

Lorsqu'aucune note n'est associée à aucun indicateur spécifique, c'est soit que seules les données locales étaient disponibles, soit que les deux sources identifiées ne pouvaient se comparer et dégager une notation.

La méthodologie de la notation de l'équité :

La note de la dimension d'équité se calcule en évaluant les iniquités en santé selon l'importance de l'accessibilité à des services de bonne qualité en tant que déterminant des résultats en santé¹².

Certaines caractéristiques des populations qui ont été choisies à titre de comparaison en matière d'équité en santé l'ont été selon la

¹² Dahlgren C. Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. En anglais seulement.

géographie, l'ascendance autochtone, la langue de service de préférence, le sexe, l'âge, l'éducation et le revenu.

Étape 1 : Assigner une valeur de « 1 » à toutes les caractéristiques où l'on a trouvé une différence importante ou où l'iniquité était présente.

Étape 2 : Somme de toutes les valeurs de « 1 » pour créer un score d'iniquité.

c.-à-d. 14

Étape 3 : Total de toutes les caractéristiques à des fins d'évaluation afin de créer un intervalle.

c.-à-d. 20

Étape 4 : Diviser l'intervalle par 7 limites d'inclusion égales pour obtenir des niveaux de notes.

c.-à-d. A+ = 0 – 2,9, A = 2,9 – 5,7, B = 5,7 – 8,6, C = 8,6 – 11,4, D = 11,4 – 14,3, E = 14,3-17,1, F = 17,1 - 20

Étape 5 : Assigner le score d'iniquité à un niveau de note. Un nombre plus petit d'iniquités équivaut à une meilleure note.

C.-à-d. 14 = Note « D ».

La méthodologie de la notation par lettre pour la note globale :

Pour calculer les scores, on donne des valeurs aux notes qui seront utilisées pour les scores totaux, pour relever les tendances sur une période de temps; les scores seront utilisés pour déterminer la note globale A+ = 1, A = 2, B = 3, C = 4, D = 5, E = 6, F = 7.

Exemple: Note globale de l'accessibilité

Étape 1 – Établir la liste de toutes les notes individuelles

- C, A+, B, B, D, D, E, F, C, A+, A+, D, D, A+, A+, B, A+, C, B

Étape 2 – Créer une moyenne des notes globales grâce à la notation assignée

- $(4+1+3+3+5+5+6+7+4+1+1+5+5+1+1+3+1+4+3) / 19 = 3,3$

Dans ce cas-ci, avec un score de 3,3, l'*accessibilité* recevrait une note globale de « B » (arrondie à la baisse).

Dans les situations où une valeur atteint 0,5 (p.ex. 3,5), on arrondit à la note supérieure (p.ex. 3,5 = C).

À NOTER:

- *La note globale ne devrait pas être considérée sans les indicateurs sur lesquels elle se base, lors de la prise de décision concernant les politiques ou la planification.*
- *Les notes doivent être considérées dans le contexte d'une comparaison nationale, et selon le contexte pancanadien. Un indicateur ayant une note plus élevée n'indique qu'un meilleur classement en matière de rendement comparé aux autres provinces. On peut observer la véritable tendance de rendement grâce à la tendance de valeur figurant à la fiche de cette année.*
- *Toute analyse « d'amélioration » ou de « tendance » reste limitée à cause de l'absence d'objectifs de rendements clairs.*
- *Tous les indicateurs munis d'un astérisque (*) figurent aussi dans la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2010 (CSNB 2010).*

Veillez noter qu'une note ne correspond pas à de meilleurs résultats en santé; elle correspond seulement à la qualité des services fournis lorsque nous comparons le Nouveau-Brunswick aux autres provinces.

On retrouve dans la liste suivante un aperçu de certains avantages et désavantages à l'utilisation des indices^{13,14,15}

AVANTAGES

1. .L'indice offre des objectifs simples qui concentrent l'attention sur des aspects particuliers, permettant ainsi d'élaborer de meilleurs politiques publiques et programmes.
2. .De par sa simplicité, l'indice composé facilite les négociations sur sa valeur et son utilité pratiques.
3. .L'indice est un moyen de simplifier des mesures complexes et multidimensionnelles.
4. .Ce type d'indice permet de mieux mesurer et de mieux représenter visuellement les tendances globales de plusieurs dimensions distinctes dans le temps.
5. .Puisque l'indice permet de comparer davantage de l'information, nous pouvons faire davantage d'évaluations holistiques et de jugements équilibrés appropriés.
6. .Davantage d'évaluations holistiques et de jugements équilibrés réduisent la possibilité qu'une perspective publique soit susceptible d'être influencée par des intérêts locaux de seulement quelques personnes aux dépens des intérêts plus globaux d'un plus grand nombre de personnes.
7. .Puisque l'indice est élaboré à partir de conventions sur lesquelles les utilisateurs potentiels se sont mis d'accord, les concepteurs ont la flexibilité nécessaire pour inclure ou exclure les caractéristiques souhaitées ou non désirées.
8. Un seul indice composé représentant une seule valeur constitue un excellent outil de communication qui peut être utilisé par presque tous les intervenants publics, dont les médias, le public en général et les personnes élues et non-élues qui prennent les décisions.

DÉSAVANTAGES

1. Forcément, un seul indice simplifie exagérément les questions complexes.
2. Un seul indice requiert que toutes les questions puissent être comparables les unes aux autres.
3. Les questions particulières sont «ées» dans les données composées, y compris les changements dans les variables composantes qui augmentent ou diminuent de façon significative les données composées.
4. Étant donné que certaines questions particulières sont «ées», on a tendance à mettre trop d'accent sur d'autres questions.
5. La précision des données et leur comparabilité pourraient être contestées.
6. Les valeurs de l'indice n'ont pas de signification particulière.
7. La valeur des domaines, variables et indices varie dans le temps.
8. Les figures des indices composés n'ont pas réellement de valeur pratique, en raison des nombreuses difficultés qu'elles entraînent

¹³ C. Lance et al., "A Comparison Between Bottom-Up, Top-Down, and Bidirectional Models of Relationships Between Global and Life Facet Satisfaction," *Journal of Personality* 57, 3, (1989): pp 601-624.

¹⁴ A. Saltelli, "Composite indicators between analysis and advocacy", *Social Indicators Research* 81, 1 (2007) pp.65-77. En anglais seulement

¹⁵ M. Nardo et al., "Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide", *OECD Statistics Working Papers*, 2005/3, OECD Publishing. En anglais seulement

En mutation / Les indicateurs actuels :

Certains de nos indicateurs ont changé, afin de tirer avantage de nouvelles sources qui peuvent donner un meilleur aperçu du système de santé. Ces indicateurs sont bien indiqués dans les tableaux actuels des indicateurs.

On a ajouté dix-huit (18) nouveaux indicateurs. Certains ont été conçus avec la collaboration de parties intéressées, comme les indicateurs de sécurité qui ont fait l'objet d'un examen et d'une harmonisation par les représentants clés des Réseaux de santé Horizon et Vitalité, alors que les autres ont été de nouveaux indicateurs qu'ont proposés l'Institut canadien sur l'information en santé (ICIS) grâce au rapport annuel des indicateurs en santé, et le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. L'ajout de ces nouveaux indicateurs rendra les dimensions et les secteurs plus inclusifs et représentatifs des programmes et services au Nouveau-Brunswick.

Dans la présente troisième fiche de rendement, nous nous sommes surtout penchés sur les nouveaux indicateurs portant sur les dimensions de sécurité et d'équité, en y ajoutant le secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint (plus communément appelés « soins continus »). Le CSNB a tenté de représenter le plus de programmes et de services afin de fournir un outil de mesure du rendement plus complet qui fasse également ressortir l'allocation des fonds telle qu'elle apparaît dans l'actuel rapport financier ou rapport annuel de ces services.

Les défis continus :

Alors que nous identifions de nouveaux indicateurs pour notre fiche de rendement du système de santé, un certain nombre de défis ont continué à faire surface.

Le premier défi est survenu alors que nous tentions d'identifier comment mesurer les dimensions de sécurité et d'équité, peu après la publication de la fiche initiale de rendement. En plus du développement que nous avons connu l'an dernier au sujet de la dimension de sécurité, nous avons exploré et conçu plus d'indicateurs pour couvrir les chutes à l'hôpital, les événements indésirables propices aux nourrissons, la culture de sécurité parmi le personnel et le contrôle des infections.

Il a été beaucoup plus difficile de faire face à la dimension d'équité en ce qui a trait à sa mesure, étant donné qu'il existe de nombreux domaines ou approches différents ou domaines sur lesquels on peut possiblement se concentrer. De plus, il existe peu de consensus sur la signification des termes « anomalies de santé », « inégalités de santé » ou « équité de santé ». Les définitions peuvent avoir des conséquences pratiques importantes, puisqu'elles déterminent les mesures que les gouvernements surveillent et les activités qu'appuieront les ressources destinées à faire face aux anomalies/inégalités de santé ou à l'équité de santé. Aux yeux du CSNB, l'accessibilité à des services

de santé de bonne qualité est un déterminant important de la santé¹¹. Il n'est donc pas seulement important de comprendre s'il y a des anomalies touchant les groupes vulnérables du Nouveau-Brunswick, il est également important que cette information soit utile aux fins de planification et de politiques. Pour choisir la méthodologie d'analyse de l'iniquité de santé, on s'est basé sur l'étude des différences en matière d'accessibilité aux médecins de famille, à la qualité des fournisseurs et aux établissements de soins de santé primaires, et à la qualité des services offerts par les hôpitaux auprès de toutes les caractéristiques démographiques. Calculer la note générale de la dimension d'équité a également exigé une approche légèrement différente de la méthodologie de notation générale utilisée pour toutes les autres dimensions de qualité.

Nous ne cessons d'être mis au défi d'identifier des indicateurs qui mesureront de façon efficace la qualité du « secteur des soins de fin de vie/palliatifs ». Étant donné que la plupart des services et des programmes sont fournis soit dans le cadre des services d'hôpitaux (*soins aigus*), du Programme extra-mural (*soins de soutien/de spécialité d'appoint*) ou dans des établissements de soins de longue durée (*soins de soutien/de spécialité d'appoint*), notre défi est de recueillir des données. Nous avons donc retiré ce secteur de notre rapport de notes.

Le prochain défi important sera d'identifier les indicateurs qui ont été recueillis pour les programmes et les services désignés du secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint, communément appelés « soins continus ». Nous avons identifié quatre domaines de programmes : la santé mentale communautaire, les soins à domicile, les soins de longue durée et les services de réadaptation. Bien que nous ayons connu un franc succès dans l'identification et l'inclusion d'indicateurs dans au moins trois de ces domaines additionnels, nous avons par ailleurs connu un succès extrêmement limité dans notre recherche de comparateurs provinciaux et internationaux. Le *Sondage sur les soins à domicile 2012* que le CSNB a mené et publié en octobre 2012, a permis d'en retirer une connaissance plus approfondie ainsi que des données relatives aux soins à domicile, ce qui a enrichi notre couverture du secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint, notamment du point de vue de l'équité.

Les défis se sont poursuivis, tout en étant restreints à des données et des indicateurs capables de sonner l'alerte dans les domaines de rendement qui exigent une attention et peuvent être approfondis jusqu'au niveau de la zone ou même au niveau du programme aux fins d'une analyse et d'une évaluation plus poussées. Au cours de la première année, les 48 indicateurs ont été restreints à des indicateurs au niveau du système ou du programme qui provenaient de bases de données nationales, afin que l'utilisation des fiches de rendement crée un sentiment d'aise et trace un portrait de base commun du rendement.

Les tendances clés / Les observations :

Accessibilité :

Dans l'ensemble, l'accessibilité a perdu certains gains réalisés l'an dernier et a régressé à la note « C ». On a amélioré la situation grâce à une disponibilité accrue de médecins de famille réguliers (parmi les taux les plus élevés au Canada), cependant cela ne se traduit pas par une meilleure accessibilité à des visites chez le médecin, alors plus de gens rapportent avoir des difficultés à accéder à des soins de routine ou pour des raisons urgentes.

L'accessibilité à certaines chirurgies s'est empirée, alors que plus de patients attendent plus longtemps pour certaines chirurgies orthopédiques (fractures de la hanche : « A+ » à « C », et remplacement du genou, de « D » à « E »).

Malgré la plus faible disponibilité de lits dans des maisons de soins infirmiers par population de personnes âgées, ceux-ci attendent moins longtemps avant d'être placés dans des établissements de soins de longue durée. Le Programme extra-mural ne cesse de desservir plus de clients par population et d'obtenir plus de références de la part des communautés, mais moins de la part des hôpitaux. L'accessibilité des enfants et des jeunes à des services de santé mentale requis dans les 30 jours continue à s'orienter dans la mauvaise direction (41 %). Moins de gens ont accès à certains services d'imagerie diagnostique dans un mois (de 70,5% à 65%), mais plus de gens ont accès à des spécialistes dans un mois (de 44,3% à 59.7%).

Justesse :

On définit la justesse comme étant les soins ou le service prodigués qui répond aux besoins du patient/du client et ce, selon les normes établies. La fiche de rendement de cette année fait voir un retour à la note « C », après la note « D » de l'an dernier. Ceci est dû principalement à l'amélioration de la justesse des soins aigus où l'on retrouve des taux plus faibles d'hystérectomies, ainsi que moins d'hospitalisations pour des raisons de santé mentale. Il y a toujours place à amélioration dans l'atteinte de meilleurs taux de dépistage de la surdité chez les nourrissons qui continuent d'afficher d'importantes différences régionales (48,0 % à 99,2 %). Pour ce qui est des soins primaires, mis à part l'amélioration des vaccins contre la grippe prodigués aux aînés, on a noté un rendement moindre dans l'initiation à l'allaitement au sein (82 % à 69,5 %), ainsi que dans la gestion des maladies chroniques qui requièrent toujours une amélioration, notamment dans les domaines de mesure du cholestérol, de la tension artérielle et du poids corporel. Par contre, un peu plus de patients font l'objet d'un dépistage de maladie mentale en 48 heures (de 37 % à 38 %).

Efficacité :

Du point de vue du système de santé, cette dimension de qualité a offert le plus de connaissances approfondies sur les résultats des soins ainsi que sur les écarts significatifs qui existent en vue d'offrir un système intégré. L'efficacité reflète souvent les résultats obtenus par les patients, puisque l'intervention ou l'action doit donner le résultat espéré. La note en matière d'efficacité est toujours « C », mais il sera important d'analyser les tendances par secteur de soins.

Les soins primaires exigent encore de sérieuses améliorations en termes d'efficacité en matière de prévention et de promotion de la santé, puisque plus de personnes souffrent de tension artérielle élevée et que peu de personnes contrôlent leur glycémie, de sorte que plus d'incidents d'accidents vasculaires cérébraux résultent en hospitalisation (malgré une note relative un peu plus élevée, de « D » à « C », cette année).

Sur une note positive, l'efficacité des soins primaires semble avoir connu de légères améliorations, si l'on se fie à un taux plus faible d'hospitalisations de conditions propices aux soins ambulatoires qui affichent la note « E » comparativement au « F » de l'an dernier.

L'efficacité des soins aigus semble s'améliorer, si l'on se fie au rendement de très bon à excellent obtenu dans le contrôle/la réduction des taux de réadmission (ex. : la pédiatrie et les chirurgies). Toutefois, il y a un besoin d'améliorations accrues en réadmissions pour des infarctus aigus du myocarde, de même que dans la réduction de réadmissions pour des chirurgies de remplacement de la hanche et du genou, pour lesquels le Nouveau-Brunswick a obtenu les notes « E » et « F » respectivement.

Dans le secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint, sauf pour ce qui est du rendement exceptionnel dans l'adoption du modèle de dossier médical électronique, on note une amélioration significative du pourcentage de patients hospitalisés à nouveau pour des raisons de santé mentale (de 11,9 % à 10,4 % et une hausse de la note de « C » à « A »). Les domaines de rendement sur lesquels on devrait se pencher comprennent les services en santé mentale, en vue de la réduction des taux d'hospitalisation des personnes automutilées qui obtient la note de « E », et les services de soutien en général, en vue du contrôle et de la réduction de la prévalence de douleurs et d'inconfort invalidants qui a également reçu la note de « E ».

Rendement :

L'efficacité penche toujours dans la mauvaise direction, sa note passant de « C » à « D » cette année.

Plus de citoyens se rendent toujours à l'urgence pour des conditions moins urgentes et non urgentes.

Le rendement général relatif de la qualité des soins observée en matière d'accessibilité, de justesse et d'efficacité des soins se transforme en

une plus grande demande pour des services de soins aigus, ce qui a des répercussions potentielles sur l'efficacité moindre que l'on observe pour les soins aigus. La durée moyenne de séjour au Nouveau-Brunswick demeure une des plus longue au Canada, et lorsqu'elle est ajustée selon l'âge, le Nouveau-Brunswick obtient la note « E ».

Financièrement, et malgré son bon classement (comparativement aux autres provinces), le coût par cas pondéré (qui a obtenu la note « A ») semble s'accroître, de même que total des heures travaillées par le personnel des services infirmiers et des services hospitaliers par cas pondéré (qui a obtenu la note « E »). Sur une note positive, on a ajouté un nouvel indicateur afin de refléter le pourcentage des dépenses de services administratifs dans l'ensemble des dépenses totales et le Nouveau-Brunswick a obtenu la note « B » pour cette mesure.

On a noté une quelconque amélioration importante des taux de disponibilité et d'utilisation des appareils d'imagerie par résonance magnétique, contrairement à l'utilisation des tomodensitomètres (par tomodensitomètre, de « A+ » à « C »).

Sécurité :

Parmi les six dimensions de qualité sur lesquelles le CSNB fait rapport, cette dimension a reçu la plus haute note sur la fiche de cette année, un « A ».

Dans le secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint, un progrès énorme a été réalisé dans la réduction du taux de mortalité suivant une tentative de suicide (de 13,2 à 10,4 par 100 000, et un changement de note, de « F » à « A »).

Le Nouveau-Brunswick continue de bien se classer parmi les autres provinces en termes de ratio normalisé de mortalité à l'hôpital (passant de la note « B » à la note « A » l'an dernier).

On a ajouté de nouveaux indicateurs en matière de sécurité des soins aigus, ce qui lui a valu un excellent rang en ce qui a trait aux fractures de hanche à l'hôpital chez les personnes âgées et aux événements indésirables en soins infirmiers chez les patients de médecine et de chirurgie. Les taux d'infection nosocomiale continuent à être parmi les plus bas, alors qu'on note une légère augmentation du taux de maladies associées à la bactérie *C. difficile*.

Dans l'ensemble, moins de personnes se blessent et requièrent une hospitalisation. Mais plus d'incidents de fracture de hanche sont hospitalisés, ce qui met en lumière le besoin d'une prévention plus efficace en matière de sécurité dans les soins primaires et de pratiques générales de santé et sécurité publiques.

Équité :

En termes d'équité, la note générale s'est maintenue à « C ». On a rapporté les mêmes iniquités pour les soins primaires et les soins aigus (par rapport à la précédente fiche de rendement). Mais on a ajouté une section d'équité au secteur des soins de soutien/de spécialité d'appoint (en fonction des résultats publiés en octobre du *Sondage sur les soins à domicile 2012*).

Pour les services du Programme extra-mural et de soins de santé à domicile, on a fait état d'iniquités auprès de la population autochtone qui s'avoue moins satisfaite des services de soins de santé à domicile, ainsi qu'auprès des personnes plus jeunes (celles âgées de moins de 65 ans) et des personnes détenant une éducation supérieure. Tout comme pour les services de soutien (fournis par le ministère du Développement social), on retrouve un niveau d'iniquité par ville/région rurale, âge et niveau d'éducation, où les populations rurales, les personnes plus jeunes et celles détenant une éducation secondaire et des connaissances générales s'avouent moins satisfaites.

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2012*



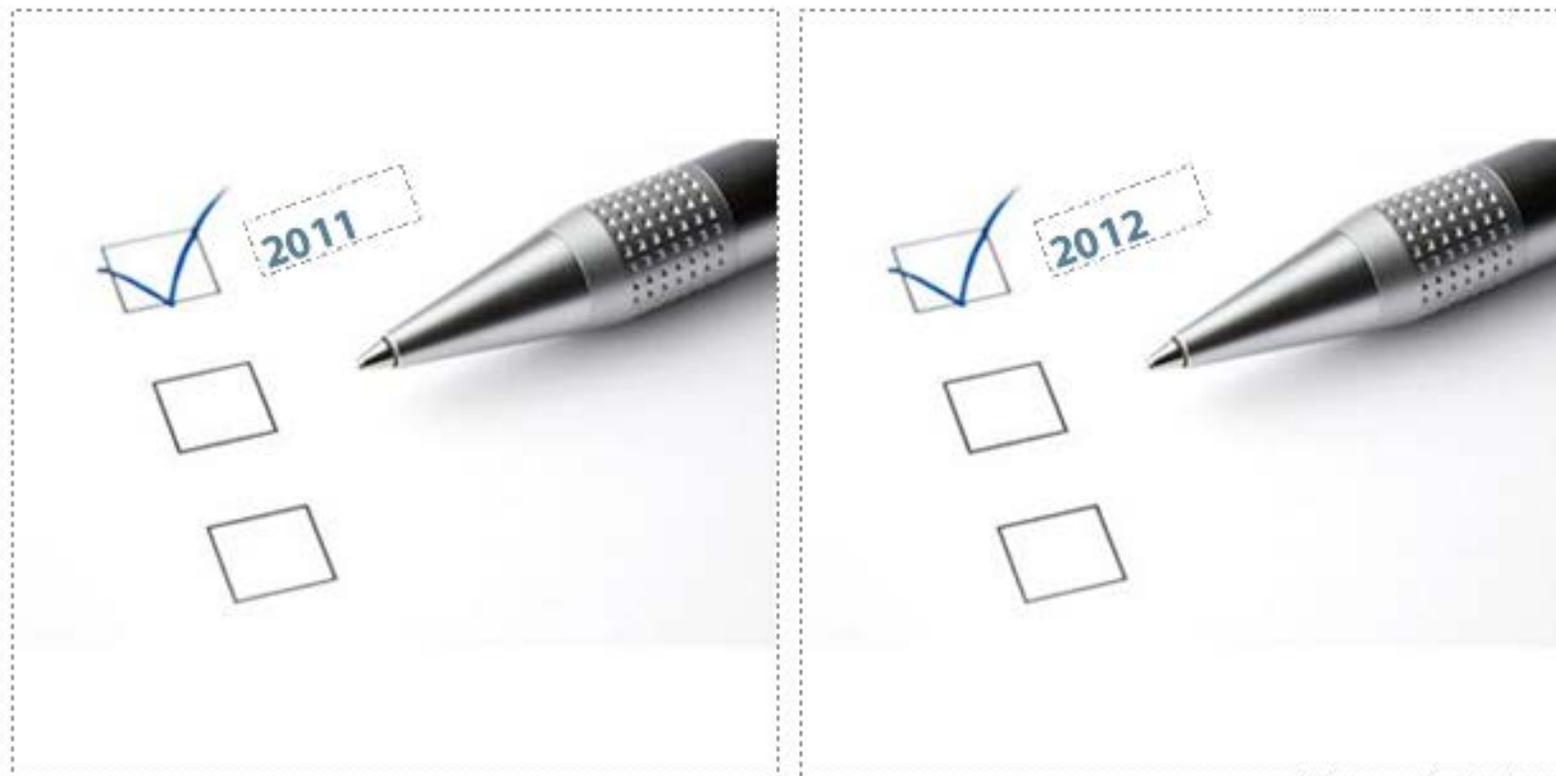
**Nous sommes confrontés à un défi en ce qui a trait à l'identification des indicateurs qui mesureront de manière efficace la qualité du « secteur des soins de fin de vie/palliatifs ». Étant donné que la plupart des programmes et des services sont offerts soit grâce à des services d'hôpitaux (soins aigus), soit par le Programme extramural (de soutien/de spécialité d'appoint) ou dans un établissement de soins de longue durée (de soutien/de spécialité d'appoint), le défi est d'obtenir ces données. C'est la raison pour laquelle nous retirerons ce secteur du rapport public des notes.*

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2012



↑ Dimensions de la qualité ↓	Accessibilité	Prodiguer des soins en un temps opportun			C
	Justesse	Offrir des services pertinents			C
	Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles			C
	Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible			C
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens			A
	Équité	Viser l'équité des soins et services pour tous			C
	Note de l'indice de rendement (par secteur des soins de santé)	D	B	B	C

Comparison



Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick- Tendances



		2010	2011	2012			
Dimensions de la qualité	Accessibilité	Prodiguer des soins en un temps opportun			C	B	C
	Justesse	Offrir des services pertinents			C	D	C
	Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles			C	C	C
	Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible			C	C	C
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens			A	B	A
	Equité	Viser l'équité des soins et services pour tous			Non disponible	D	C
Note de l'indice de rendement (par secteur des soins de santé)	2010	D	C	B	C		
	2011	C	C	B			
	2012	D	B	B			

Indicateurs par dimension de qualité



2012 - Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ :

La capacité des patients/clients d’obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix.

(Prodiguer des soins en un temps opportun)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :							
Les soins qu’une personne reçoit lorsqu’elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d’être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.							
Consultation d’un médecin au cours des 12 derniers mois (pourcentage)* ¹	2009-2010	80.8%	--	77.4% - 83.5%	C	C	--
A un médecin régulier (pourcentage)*²	2011	92.3%	↑	74.5% - 93.5%	A+	A+	■
Difficultés d’accès à des soins de routine ou de suivi à toute heure du jour (pourcentage)*³	2011	11.4%	↓	23.5% - 11.4%	A+	A+	■
Difficultés d’accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur à toute heure du jour (pourcentage)*⁴	2011	21.7%	↓	31.8%-17.7%	B	B	■
Médecins de famille et omnipraticiens qui fournissent des heures de bureau supplémentaires régulièrement (pourcentage) ⁵	2011	21.6%	--	7.0% - 31.3%	--	--	--
Les patients qui communiquent avec le bureau de leur médecin de famille ou d’un omnipraticien ou qui y sont référé d’URGENCE peuvent obtenir un rendez-vous le même jour (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁶	2010	41.8%	--	35.2% - 57.0%	D	D	--
Pourcentage des patients qui obtiennent un rendez-vous dans la semaine pour une visite non urgente avec un médecin de famille ou un omnipraticien (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁶	2010	18.3%	--	9.3% - 34.2%	D	D	--
Premier rendez-vous disponible – de la communication du patient avec le bureau du médecin, ou de la référence par un autre médecin – URGENCE seulement (nombre moyen de jours) (pourcentage) (Tel que rapportés par les médecins) ⁶	2010	3.43 jours	--	3.66 jours - 2.26 jours	E	E	--
Consultation de spécialistes de soins dentaires au cours des 12 derniers mois (pourcentage)* ⁷	2007-2008	54.7%	--	53.6% - 69.4%	F	F	--
Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, est plus grand que 3% du revenu net d’impôt (pourcentage)* ⁸	2008	9.1%	--	13.3% - 4.6%	C	C	--
Parti de la salle d’urgence sans voir de médecin (pourcentage)⁹	2011-2012	5.6%	↑	3.5% Ontario (zones: 6.7%-3.4%)	--	--	--
Pourcentage d’appels d’urgence auxquels on a répondu dans le délai approprié (9 min –urbain, 22 min – rural) pour un service d’ambulance¹⁰	2011-2012	95.33%	↔	cible 90%	A+	A+	■
Patients vus en moins de quatre heures à la salle d’urgence (pourcentage) ⁵	2011	75.0%	--	73.0% - 96.0%	--	--	--

1. Statistique Canada, Tableau 105-0502. <http://www.statcan.gc.ca>
 2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 4. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 5. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l’égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm
 6. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>
 7. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 8. Statistique Canada, Tableau 109-5012. <http://www.statcan.gc.ca>
 9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 10. Ambulance Nouveau- Brunswick. <http://www.ambulancenb.ca/>

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ :

La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix.

(Prodiguer des soins en un temps opportun)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (chirurgie pratiquée le jour même ou le lendemain) (pourcentage)*1	2010-2011	81.6%	↓	76.1%-86.1%	C	A+	■
Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	72.0%	↑	59.0% - 90.0%	D	D	■
Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement du genou (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	53.0%	↓	44.0% - 85.0%	E	D	■
Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte (en moins de 16 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	85.0%	↓	58.0% - 88.0%	A+	A+	■
Temps d'attente pour pontage aortocoronarien – Niveau II (dans les 42 jours) (%)*3 (NOUVEAU)	2011-2012	88.0%	--	--	--	--	--
Temps d'attente pour des traitements de radiothérapie (en moins de 28 jours) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	95.0%	↔	83.0% - 100.0%	B	B	■
Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :							
Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.							
Temps d'attente pour des tests diagnostiques : imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogrammes (TDM), angiographie (en moins d'un mois) (pourcentage)*4	2011	65.0%	↓	60.9%-79.2%	E	A+	■
Lits en foyer de soins par 100 personnes âgées de plus de 75 ans (taux par 100)*5	2011-2012	8.1%	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Temps d'attente pour visites chez un spécialiste pour un nouveau problème de santé (en moins d'un mois) (pourcentage)*6	2009	44.3%	--	36.0% - 55.6%	C	C	--
A eu des difficultés à obtenir des soins d'un spécialiste (pourcentage d'accès moyen ou faible)*7	2010	14.3%	--	30.7% - 13.8%	A+	A+	--
Nombre médian de jours pour un placement en foyer de soins à long terme (jours)*8	2011-2012	121.22 days	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – clients servis, par 1000*9	2011-2012	53.0	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par la communauté (pourcentage)*9	2011-2012	68.7%	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par l'hôpital (pourcentage)*9	2011-2012	31.3%	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Proportion des clients en santé mentale qui ont reçu une évaluation dans les 48 heures (pourcentage)*10	2011-2012	41.0%	↓	Zones: 10.0%-64.0%	--	--	--
Note de l'indice de rendement					C	B	■

1. Institut canadien d'information sur la santé—Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health-system+performance/indicators/performance/indicator_ent

2. Institut canadien d'information sur la santé – Le temps d'attente au Canada – une comparaison par province

3. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les délais d'attente pour la chirurgie du Nouveau-Brunswick

4. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

5. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick en combinaison avec Statistique Canada – Catalogue 92-591-XWF.

<http://www.statcan.gc.ca>

6. Statistique Canada, Tableau 105-3002 . <http://www.statcan.gc.ca>

7. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps>

8. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick

9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Programme d'extra-mural

10. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Santé mentale. (l'écart utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick)

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité – JUSTESSE :

Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies. *(Offrir des services pertinents)*

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :							
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.							
Test de Pap au cours des 3 dernières années, femmes de 18 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2007-2008	78.9%	--	Zones:70.7% - 87.0%	--	--	--
A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2009-2010	76.8%	--	68.5% - 76.8%	A+	A+	--
Allaitement, a commencé à allaiter (pourcentage)*²	2011	69.5%	↓	54.3% - 94.4%	D	B	■
Dépistage du cancer colorectal pour ceux âgés de plus de 50 ans (coloscopie dans les 5 dernières années et test du saignement occulte fécal dans les 2 dernières années) (pourcentage)*³	2009-2010	54.8%	↑	51.3%-67.3%	E	E	■
Proportion des enfants à la maternelle répondant aux exigences d'immunisation (pourcentage) ⁴	2009-2010	91.4%	--	Zones: 88.1% - 99.0%	--	--	--
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus (pourcentage)²	2011	67.0%	↑	55.5% - 75.0%	B	C	■
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de mesure de la pression artérielle, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	93.3%	--	88.0% - 97.0%	B	B	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure du cholestérol, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	79.8%	--	78.0 - 86.0%	E	E	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure de la glycémie, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	76.6%	--	75.0% - 85.0%	E	E	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure du poids corporel, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	64.3%	--	66.0% - 80.0%	E	E	--

1. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (l'écart5. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaires_nb.cfm En combinaison avec l'Institut canadien d'information sur la santé –Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada (pour l'écart) http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_2991_F

2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>

3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef (l'écart utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick)

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité – JUSTESSE :

Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies. *(Offrir des services pertinents)*

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Annee	Valeur					
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Hystérectomie – ajusté selon l'âge (taux par 100 000 personnes)* ¹	2010-2011	399	↑	435 - 299	E	F	■
Proportions des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins aigus (pourcentage)* ¹	2010-2011	29.4%	↓	33.2% - 21.7%	C	E	■
Dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés (pourcentage) ²	2011-2012	86.1%	↓	48.0%-99.2%	--	--	--
Utilisation de l'angiographie coronarienne après un infarctus aigu du myocarde (taux par 100) ³ (NOUVEAU)	2010-2011	72.1	--	52.5-75.6	A	--	--
Hospitalisation liée à la maladie mentale (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ¹	2010-2011	588	↑	870 – 379	B	C	■
Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :							
Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.							
Proportion des clients en santé mentale qui ont reçu une évaluation dans les 48 heures (pourcentage) ⁹	2011-2012	38.0%	↑	Zones: 9.0%-67.0%	--	--	--
Note de l'indice de rendement					C	D	■

1. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012.
<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>

2. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, DAD/#M / AHIM

3. Institut canadien d'information sur la santé – Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent

4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Santé mentale (écart utilisé est celui des régions de santé du Nouveau-Brunswick)

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité - EFFICACITÉ :

Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.

(Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :							
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.							
Taux ajusté selon l'âge d'hospitalisation en soins aigus pour des conditions propices aux soins ambulatoires (par 100 000 personnes)* ¹	2010-2011	474	↑	515 - 263	E	F	■
Ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (pourcentage)* ²	2011	21.7%	↓	22.5% - 14.8%	F	E	■
Médecin de famille ou omnipraticien offrant des soins directs aux patients avec une composante d'enseignement, basée sur la totalité d'heures de travail par semaine (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage)* ³	2010	4.5%	--	4.5% - 8.6%	F	F	--
% des patients atteints de diabète qui ne sont pas dans la zone optimale de contrôle du sucre ou de la glycémie de 7% ou moins (pourcentage) ⁴ (changement à la méthodologie)	2010	53.0%	--	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Médecins œuvrant dans des cabinets interprofessionnels (pourcentage) ³	2010	21.3%	--	16.2% - 31.6%	D	D	--
Évènement d'accident vasculaire cérébral (AVC) menant à une hospitalisation (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ¹	2010-2011	133	↓	146 - 119	C	D	■
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Faible poids à la naissance (naissances vivantes moins de 2 500 grammes) (pourcentage)* ⁵	2009	6.1%	↓	6.9% - 5.4%	C	A+	■
Taux ajusté selon les risques de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)* ¹	2008-2011	4.6%	↑	5.2% - 3.1%	D	D	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)* ¹	2008-2011	7.7%	↑	8.1% - 6.7%	D	F	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident vasculaire cérébral (pourcentage)* ¹	2008-2011	16.3%	↑	19.9% - 14.2%	B	A	■
Taux de mortalité après une chirurgie majeure, à l'hôpital, dans les 5 jours suivants (taux par 1 000) ⁶ (NOUVEAU)	2010-2011	8.6	--	11.6-5.1	C	--	--
Réadmission en pédiatrie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	6.0%	--	6.0%-8.7%	A+	--	--
Réadmission en chirurgie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	6.4%	--	6.1%-7.5%	A	--	--
Réadmission en obstétrique dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	2.2%	--	1.8%-2.7%	C	--	--
Réadmission médicale dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	13.0%	--	12.1%-15.1%	B	--	--

1. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012.
<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>
 2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>

4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 Statistique Canada, Tableau 102-4509. <http://www.statcan.gc.ca>
 5. Institut canadien d'information sur la santé – Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC).
http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité - EFFICACITÉ :

Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités.

(Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ⁴	2010-2011	11.0%	↑	13.0% - 8.9%	C	D	■
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement de la hanche (taux par 100) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	4.46	--	2.96-4.75	E	--	--
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement du genou (taux par 100) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	4.53	--	4.53-2.45	F	--	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate (ratio de survie relative) (pourcentage) ²	2004-2006	99.0%	--	91.0% - 99.0%	A+	A+	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du sein (ratio de survie relative) (pourcentage) ²	2004-2006	87.0%	--	83.0% - 88.0%	A	A	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du côlon (ratio de survie relative) (pourcentage) ²	2004-2006	63.0%	--	65.0% - 59.0%	B	B	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer des poumons (ratio de survie relative) (pourcentage) ²	2004-2006	16.0%	--	14.0% - 18.0%	C	C	--
Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :							
Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.							
SCORE des DME (Modèle d'adoption des dossiers médicaux électroniques, scores 0 à 7) ³	(2e quart 2012)	3.057	↑	0.326 – 3.347	A+	A+	■
Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ⁴	2009-2010	10.4%	↑	12.7-9.6%	A	C	■
Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ⁴	2010-2011	77	↑	83 - 44	E	F	■
Douleurs ou malaises empêchant des activités (pourcentage) ⁵	2011	15.9%	↓	16.8% - 11.9%	E	E	■
Note de l'indice de rendement					C	C	■

1. Institut canadien d'information sur la santé– Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_en

2. Registre canadien du cancer de Statistique Canada, 2011

3. HIMSS Analytics™ LLC . <http://www.himssanalytics.org/>

4. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>

5. Statistique Canada, Tableau 105-0501 . <http://www.statcan.gc.ca>

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité - RENDEMENT :

Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable.

(Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure ou standard/cible)	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :							
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.							
Utilisation d'une ligne d'information téléphonique sur la santé au cours des 12 derniers mois (pourcentage)*1	2011	12.9%	--	3.2% - 25.3%	C	--	--
Tenue des dossiers des médecins dans leur milieu de soins aux patients principale – l'utilisation de papier seulement (pourcentage) ²	2010	45.0%	--	55.8% - 28.8%	D	D	--
% des niveaux de triage 4 et 5 (moins urgent et non urgent) vus dans les salles d'urgence (pourcentage) ³	2011-2012	63.1%	↓	Zones:77.8% - 56.4%	--	--	--
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Pourcentage de jours d'ANS (autre niveau de soins) comparé aux jours totaux de malades hospitalisés (pourcentage)*3	2011	21.25%	↑	21.25% – 8.67%	F	F	■
Durée moyenne du séjour en soins de courte durée normalisée selon l'âge (en jours) ⁴ (NOUVEAU)	2010-2011	8.1	--	6.5-8.5 jours	E	--	--
Coût par cas pondéré (\$) ⁵ (Nouvelle méthodologie)	2010-2011	\$5 392	↓	\$6 371- \$5 143	A	A	■
Heures travaillées totales en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré (pourcentage) ⁵	2010-2011	57.3%	↓	62.3%- 42.6%	E	D	■
Dépenses en services administratifs comme pourcentage des dépenses totales ⁵ (NOUVEAU)	2009	4.4%	--	5.9%-3.5%	B	--	--
Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :							
Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.							
Nombre d'examen réalisés à l'aide d'appareils de tomodesitogrammes (TDM) (par 1 000 personnes)*6	2010-2011	196	--	98 - 196	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie de tomodesitométrie (TDM)(nombre) ⁶	2010-2011	8 202	↓	6 189 – 10 737	C	A+	■
Nombre d'examen réalisés à l'aide d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (par 1 000 personnes)*6	2010-2011	50	--	28 - 55	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)(nombre) ⁶	2010-2011	6 261	↑	3 267 – 7 571	B	E	■
Nombre moyen de jours pour compléter une évaluation générique pour les soins à long terme ⁷	2011-2012	24.36 jours	↑	--	--	--	--
Note de l'indice de rendement					C	C	■

1. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 2. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>
 3. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 4. Institut canadien d'information sur la santé – Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence (2012). https://secure.cihi.ca/free_products/DAD-NACRS_Highlights_2010-2011_FR.pdf

5. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux
 6. Institut canadien d'information sur la santé – Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale. 2011. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xlsx/internet/STATS_MIT_2011_EN
 7. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité - SÉCURITÉ :

Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.

(Assurer la sécurité des gens)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :							
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.							
Médecins qui ont accès aux dossiers médicaux électroniques en plusieurs endroits, les dossiers en ces endroits étant connectés aux autres pour permettre l'accès aux mêmes dossiers électroniques à partir de différents endroits. (pourcentage) ¹	2010	33.3%	--	21.4% - 45.0%	C	C	--
Pourcentage de gens qui connaissent l'effet de chacun de leurs médicaments (pourcentage) ²	2011	46.7%	--	25.7% - 56.1%	--	--	--
Hospitalisation à la suite d'une blessure (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2010-2011	583	↑	772 - 407	C	C	■
Évènement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation (Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2010-2011	474	↓	546-399	C	A	■
Taux d'erreur ou de faute de la communauté (excluant les séjours à l'hôpital) (pourcentage) ²	2011	3.4%	--	Zones: 6.7% - 1.2%	--	--	--
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)* ⁴	2010-2011	77	↑	120-67	A	B	■
Taux d'erreur - % dans la communauté qui croient avoir subi une erreur ou une faute pendant leur séjour dans un hôpital pour des soins aigus. (pourcentage) ⁵	2010	5.1%	--	8.9% - 0	--	--	--
Score des mesures transitoires de soins (MTS) (coordination des soins après avoir quitté l'hôpital) ⁵	2010	36.1	--	24.5 - 64.5	--	--	--
Hygiène des mains - % de conformité avant le contact avec les patients (tel que rapporté par les patients) (pourcentage) ⁵	2010	47.5%	--	36.5% - 65.0%	--	--	--
% des patients qui croyait que l'hôpital prenait leur sécurité au sérieux (pourcentage) ⁵	2010	76.3%	--	67.6% - 93.8%	--	--	--
Taux de chute des patients à l'interne (chutes signalées dans les aires internes par 1000 jours-patients) ⁶ (NOUVEAU)	2011-2012	5.34	--	--	--	--	--

1. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>

2. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

3. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>

4. Institut canadien d'information sur la santé – 2011 HSMR Results. http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr_results_canada

5. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus (CSNB 2010)

6. Système de notification des incidents, Horizon et Vitalité

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 - Dimension de la qualité - SÉCURITÉ :

Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.

(Assurer la sécurité des gens)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :							
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques							
Fracture de la hanche chez les personnes âgées (65+) hospitalisées (taux par 1000) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	0.73	--	1.23-0.64	A	--	--
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas médicaux (taux par 1000) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	20.37	--	32.99-17.25	A	--	--
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas chirurgicaux (taux par 1000) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	27.34	--	48.97-24.22	A+	--	--
Perception du personnel quant à la sécurité des patients au niveau de l'unité (% très bonne ou excellente) ² (NOUVEAU)	2012	70%	--	--	--	--	--
Taux d'infection à la DACD ou taux de Clostridium difficile rate (par 1000 jour-patient) ³	2011-2012	0.27	↓	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection au SARM ou taux d'infection spécifique au Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (par 1000 jour-patient) ³	2011-2012	0.04	↑	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection à l'ERV (taux par 1000 jours-patients) ³ (NOUVEAU)	2011-2012	0	--	--	A+	--	--
Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :							
Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.							
% des patients qui ont rapporté que le personnel leur a parlé de tous leurs médicaments dans le PEM ⁴ (NOUVEAU)	2012	72.3%	--	--	--	--	--
Lésion auto-infligées (suicide) (taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 personnes) ⁵	2009	10.4	↑	15.5 – 8.5	A	F	■
Note de l'indice de rendement					A	B	■

1. Institut canadien d'information sur la santé– Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent

2. Sondage sur la culture de sécurité des patients (Agrément Canada) données de Horizon et Vitalité

3. Infection, Prévention and Contrôle, Horizon et Vitalité

4. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB , 2012). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

5. Statistique Canada, Tableau 102-0552. <http://www.statcan.gc.ca>

2012- Dimension de la qualité - ÉQUITÉ :

Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.

(Viser l'équité des soins et services pour tous)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :		
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.		
Médecin de famille habituel¹ (pourcentage)	92.6%	--
Rural	93.9%	1
Urbain	90.9%	1
Autochtone	87.5%	1
Non autochtone	92.7%	
En français	96.0%	1
En anglais	93.4%	
Homme	90.5%	1
Femme	94.4%	
18-34	88.6%	
35-54	92.2%	1
55-64	95.3%	
65+	96.5%	
8 ^e année ou moins	92.6%	
Quelques années d'études secondaires	94.2%	
École secondaire ou GED	91.1%	0
Collège / École de métier	93.7%	
Diplôme de premier cycle	92.4%	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	92.2%	
Revenu - moins de 25 000 \$	91.7%	
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	92.7%	0
Revenu - 60 000 \$ ou plus	92.7%	

1. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

2012- Dimension de la qualité - ÉQUITÉ :
 Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.
 (Viser l'équité des soins et services pour tous)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :		
Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.		
Cotes de satisfaction globale à l'égard des services et fournisseurs des soins de santé ¹		
Rural	100.3	0
Urbain	99.6	
Autochtone	90.7	1
Non autochtone	100.4	
En français	102.4	1
En anglais	99.1	
Homme	97.7	1
Femme	101.5	
18-34	94	1
35-54	97.4	
55-64	105.8	
65+	109.8	
8 ^e année ou moins	105.5	1
Quelques années d'études secondaires	99.2	
École secondaire ou GED	97.8	
Collège / École de métier	98.9	
Diplôme de premier cycle	103.1	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	102.5	0
Revenu - moins de 25 000 \$	99	
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	100.6	
Revenu - 60 000 \$ ou plus	99.8	

1. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

2012- Dimension de la qualité - ÉQUITÉ :

Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.

(Viser l'équité des soins et services pour tous)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS :		
Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques		
Évaluation globale de l'hôpital ¹ (pourcentage)	75.9%	
Rural	77.0%	0
Urbain	75.0%	
Autochtone	75.0%	0
Non autochtone	73.0%	
En français	76.6%	0
En anglais	75.7%	
Homme	78.3%	1
Femme	74.0%	
Moins de 45	58.8%	1
45-64	75.8%	
65+	79.2%	
8 ^e année ou moins	80.0%	1
Quelques années d'études secondaires	80.8%	
École secondaire ou GED	74.8%	
Collège / École de métier	72.6%	
Diplôme de premier cycle	70.3%	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	69.5%	

1. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus (CSNB 2010) http://www.nbhc.ca/sondage_experience.cfm

2012- Dimension de la qualité - ÉQUITÉ :

Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.

(Viser l'équité des soins et services pour tous)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
-------------	-----------------	---

Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :

Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Évaluation globale des services de soins de santé à domicile PEM¹ (% 8,9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10)	96.7%	
Rural	96.7%	0
Urbain	96.8%	
Autochtone	92.1%	1
Non autochtone	96.9%	
En français	97.6%	0
En anglais	96.5%	
Homme	96.5%	0
Femme	96.8%	
Moins de 65	94.2%	1
65-74	97.2%	
75+	98.1%	
8 ^e année ou moins	97.9%	1
Quelques années d'études secondaires	97.8%	
École secondaire ou GED	97.4%	
Post-secondaire	95.4%	
Revenu - moins de 25 000 \$	96.3%	0
Revenu -25 000 \$ ou plus	97.0%	

1. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB, 2012) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

2012- Dimension de la qualité - ÉQUITÉ :

Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques.

(Viser l'équité des soins et services pour tous)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
-------------	-----------------	---

Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :

Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

Évaluation globale des services de soutien à domicile ¹ (% 8,9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10)	87.9%	
Rural	90.4%	1
Urbain	85.2%	
Autochtone	91.0%	0
Non autochtone	87.9%	
En français	87.3%	0
En anglais	88.2%	
Homme	89.4%	0
Femme	87.3%	
Moins de 65	84.8%	1
65-74	90.2%	
75-84	88.5%	
85+	90.0%	
8 ^e année ou moins	90.1%	1
Quelques années d'études secondaires	90.4%	
École secondaire ou GED	84.0%	
Post-secondaire	86.3%	
Revenu - moins de 25 000 \$	87.8%	0
Revenu -25 000 \$ ou plus	87.2%	

	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	C	D	■

1. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB, 2012) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

Indicateurs par secteur de soins



Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :

Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ : La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix. (<i>Prodiguer des soins en un temps opportun</i>)							
Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois (pourcentage)*1	2009-2010	80.8%	--	77.4% - 83.5%	C	C	--
A un médecin régulier (pourcentage)*2	2011	92.3%	↑	74.5% - 93.5%	A+	A+	■
Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi à toute heure du jour (pourcentage)*3	2011	11.4%	↓	23.5% - 11.4%	A+	A+	■
Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur à toute heure du jour (pourcentage)*4	2011	21.7%	↓	31.8%-17.7%	B	B	■
Médecins de famille et omnipraticiens qui fournissent des heures de bureau supplémentaires régulièrement (pourcentage) ⁵	2011	21.6%	--	7.0% - 31.3%	--	--	--
Les patients qui communiquent avec le bureau de leur médecin de famille ou d'un omnipraticien ou qui y sont référé d'URGENCE peuvent obtenir un rendez-vous le même jour (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁶	2010	41.8%	--	35.2% - 57.0%	D	D	--
Pourcentage des patients qui obtiennent un rendez-vous dans la semaine pour une visite non urgente avec un médecin de famille ou un omnipraticien (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁶	2010	18.3%	--	9.3% - 34.2%	D	D	--
Premier rendez-vous disponible – de la communication du patient avec le bureau du médecin, ou de la référence par un autre médecin – URGENCE seulement (nombre moyen de jours) (pourcentage) (%) ⁶	2010	3.43 jours	--	3.66 jours - 2.26 jours	E	E	--
Consultation de spécialistes de soins dentaires au cours des 12 derniers mois (pourcentage)*7	2007-2008	54.7%	--	53.6% - 69.4%	F	F	--
Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, est plus grand que 3% du revenu net d'impôt (pourcentage)*8	2008	9.1%	--	13.3% - 4.6%	C	C	--
Parti de la salle d'urgence sans voir de médecin (pourcentage)⁹	2011-2012	5.6%	↑	3.5% Ontario (zones: 6.7%-3.4%)	--	--	--
Pourcentage d'appels d'urgence auxquels on a répondu dans le délai approprié (9 min –urbain, 22 min – rural) pour un service d'ambulance ¹⁰	2011-2012	95.33%	↔	cible 90%	A+	A+	■
Patients vus en moins de quatre heures à la salle d'urgence (pourcentage) ¹¹	2011	75.0%	--	73.0% - 96.0%	--	--	--

1. Statistique Canada, Tableau 105-0502. <http://www.statcan.gc.ca>
 2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 4. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 5. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm
 6. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>
 7. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 8. Statistique Canada, Tableau 109-5012. <http://www.statcan.gc.ca>
 9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 10. Ambulance Nouveau- Brunswick. <http://www.ambulancenb.ca/>
 11. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm En combinaison avec le Commonwealth fund 2007 (pour l'écart)

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :

Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité – JUSTESSE : Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies. <i>(Offrir des services pertinents)</i>							
Test de Pap au cours des 3 dernières années, femmes de 18 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2007-2008	78.9%	--	70.7% - 87.0%	--	--	--
A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2009-2010	76.8%	--	68.5% - 76.8%	A+	A+	--
Allaitement, a commencé à allaiter (pourcentage)*²	2011	69.5%	↓	54.3% - 94.4%	D	B	■
Dépistage du cancer colorectal pour ceux âgés de plus de 50 ans (coloscopie dans les 5 dernières années et test du saignement occulte fécal dans les 2 dernières années) (pourcentage)*³	2009-2010	54.8%	↑	51.3%-67.3%	E	E	■
Proportion des enfants à la maternelle répondant aux exigences d'immunisation (pourcentage) ⁴	2009-2010	91.4%	--	88.1% - 99.0%	--	--	--
Été vaccine contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus (pourcentage)²	2011	67.0%	↑	55.5% - 75.0%	B	C	■
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de mesure de la pression artérielle, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	93.3%	--	88.0% - 97.0%	B	B	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure du cholestérol, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	79.8%	--	78.0 - 86.0%	E	E	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure de la glycémie, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	76.6%	--	75.0% - 85.0%	E	E	--
Pourcentage ajusté selon l'âge d'adultes atteints d'au moins un des quatre problèmes de santé chronique sélectionnés ayant subi des tests de la mesure du poids corporel, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁵	2011	64.3%	--	66.0% - 80.0%	E	E	--
Dimension de la qualité - EFFICACITÉ : Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités. <i>(Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)</i>							
Taux ajusté selon l'âge d'hospitalisation en soins aigus pour des conditions propices aux soins ambulatoires (par 100 000 personnes)*⁶	2010-2011	474	↑	515 - 263	E	F	■
Ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (pourcentage)*⁷	2011	21.7%	↓	22.5% - 14.8%	F	E	■
Médecin de famille ou omnipraticien offrant des soins directs aux patients avec une composante d'enseignement, basée sur la totalité d'heures de travail par semaine (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage)* ⁸	2010	4.5%	--	4.5% - 8.6%	F	F	--

1. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (l'écart utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick)
 2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef (l'écart utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick)
 5. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011)

http://www.nhbc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm En combinaison avec l'Institut canadien d'information sur la santé –Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada (pour l'écart). http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_2991_F
 6. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>
 7. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 8. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>

2012 – Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :

Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
% des patients atteints de diabète qui ne sont pas dans la zone optimale de contrôle du sucre ou de la glycémie de 7% ou moins (pourcentage) ¹ (changement de méthodologie)	2010	53.0%	--	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Médecins œuvrant dans des cabinets interprofessionnels (pourcentage) ²	2010	21.3%	--	16.2% - 31.6%	D	D	--
Évènement d'accident vasculaire cérébrale (AVC) menant à une hospitalisation (taux normalise selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2010-2011	133	↓	146 - 119	C	D	■
Dimension de la qualité - RENDEMENT : Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable. (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)							
Utilisation d'une ligne d'information téléphonique sur la santé au cours des 12 derniers mois (pourcentage) ⁴	2011	12.9%	--	3.2% - 25.3%	C	--	--
Tenue des dossiers des médecins dans leur milieu de soins aux patients principale – l'utilisation de papier seulement (pourcentage) ²	2010	45.0%	--	55.8% - 28.8%	D	D	--
% des niveaux de triage 4 et 5 (moins urgent et non urgent) vus dans les salles d'urgence (pourcentage) ⁵	2011-2012	63.1%	↓	77.8% - 56.4%	--	--	--
Dimension de la qualité - SÉCURITÉ : Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés. (Assurer la sécurité des gens)							
Médecins qui ont accès aux dossiers médicaux électroniques en plusieurs endroits, les dossiers en ces endroits étant connectés aux autres pour permettre l'accès aux mêmes dossiers électroniques à partir de différents endroits. (pourcentage) ²	2010	33.3%	--	21.4% - 45.0%	C	C	--
Pourcentage de gens qui connaissent l'effet de chacun de leurs médicaments (pourcentage) ⁶	2011	46.7%	--	25.7% - 56.1%	--	--	--
Hospitalisation à la suite d'une blessure (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2010-2011	583	↑	772 - 407	C	C	■
Évènement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation (Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2010-2011	474	↓	546-399	C	A	■
Taux d'erreur ou de faute de la communauté (excluant les séjours à l'hôpital) (pourcentage) ⁶	2011	3.4%	--	6.7% - 1.2%	--	--	--

1. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 2. Sondage national des médecins <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>
 3. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>

4. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 5. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 6. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nhbc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

2012 – Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :

Les soins qu’une personne reçoit lorsqu’elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d’être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

Dimension de la qualité - ÉQUITÉ : Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l’origine nationale, l’ascendance, le lieu d’origine, la langue, l’âge, l’incapacité physique, l’incapacité mentale, l’état matrimonial, la situation familiale, l’orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l’activité politiques. (*Viser l’équité des soins et services pour tous*)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Médecin de famille habituel (pourcentage)¹	92.6%	--
Rural	93.9%	
Urbain	90.9%	1
Autochtone	87.5%	
Non autochtone	92.7%	1
En français	96.0%	
En anglais	93.4%	1
Homme	90.5%	
Femme	94.4%	1
18-34	88.6%	
35-54	92.2%	
55-64	95.3%	1
65+	96.5%	
8 ^e année ou moins	92.6%	
Quelques années d’études secondaires	94.2%	
École secondaire ou GED	91.1%	
Collège / École de métier	93.7%	0
Diplôme de premier cycle	92.4%	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	92.2%	
Revenu - moins de 25 000 \$	91.7%	
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	92.7%	
Revenu - 60 000 \$ ou plus	92.7%	0

1. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l’égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

2012 – Secteur de soins de santé - SANTÉ PRIMAIRE :

Les soins qu’une personne reçoit lorsqu’elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d’être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.

Dimension de la qualité - ÉQUITÉ : Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l’origine nationale, l’ascendance, le lieu d’origine, la langue, l’âge, l’incapacité physique, l’incapacité mentale, l’état matrimonial, la situation familiale, l’orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l’activité politiques. (*Viser l’équité des soins et services pour tous*)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Cotes de satisfaction globale à l’égard des services et fournisseurs des soins de santé¹		--
Rural	100.3	0
Urbain	99.6	
Autochtone	90.7	1
Non autochtone	100.4	
En français	102.4	1
En anglais	99.1	
Homme	97.7	1
Femme	101.5	
18-34	94	1
35-54	97.4	
55-64	105.8	
65+	109.8	
8 ^e année ou moins	105.5	1
Quelques années d’études secondaires	99.2	
École secondaire ou GED	97.8	
Collège / École de métier	98.9	
Diplôme de premier cycle	103.1	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	102.5	
Revenu - moins de 25 000 \$	99	0
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	100.6	
Revenu - 60 000 \$ ou plus	99.8	

	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
Note de l’indice de rendement	D	C	■

1. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l’égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ : La capacité des patients/clients d’obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix. (<i>Prodiguer des soins en un temps opportun</i>)							
Temps d’attente pour une chirurgie à la suite d’une fracture de la hanche (chirurgie pratiquée le jour même ou le lendemain) (pourcentage)*1	2010-2011	81.6%	↓	76.1%-86.1%	C	A+	■
Temps d’attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	72.0%	↑	59.0% - 90.0%	D	D	■
Temps d’attente pour une chirurgie de remplacement du genou (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	53.0%	↓	44.0% - 85.0%	E	D	■
Temps d’attente pour une chirurgie de la cataracte(en moins de 16 semaines) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	85.0%	↓	58.0% - 88.0%	A+	A+	■
Temps d’attente pour pontage aortocoronarien – Niveau II (dans les 42 jours) (%)*3 (NOUVEAU)	2011-2012	88.0%	--	NA	A+	--	--
Temps d’attente pour des traitements de radiothérapie (en moins de 28 jours) (pourcentage)*2	Avril-Sept2011	95.0%	↔	83.0% - 100.0%	B	B	■
Dimension de la qualité – JUSTESSE : Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies. (<i>Offrir des services pertinents</i>)							
Hystérectomie – ajusté selon l’âge (taux par 100 000 personnes)*4	2010-2011	399	↑	435 - 299	E	F	■
Proportions des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins aigus (pourcentage)*1	2010-2011	27.4%	↑	31.9% - 21.5%	C	E	■
Dépistage universel des troubles de l’audition chez les nouveau-nés (pourcentage) ⁵	2011-2012	86.1%	↓	48.0%-99.2%	--	--	--
Utilisation de l’angiographie coronarienne après un infarctus aigu du myocarde (taux par 100) ¹ (NOUVEAU)	2010-2011	72.1	--	52.5-75.6	A	--	--
Hospitalisation liée à la maladie mentale (taux normalisé selon l’âge par 100 000 habitants) ⁴	2010-2011	588	↑	870 – 379	B	C	■

- Institut canadien d’information sur la santé – Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_en
- Institut canadien d’information sur la santé – Le temps d’attente au Canada – une comparaison par province
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les délais d’attente pour la chirurgie du Nouveau-Brunswick
- Institut canadien d’information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, DAD/#M / AHIM

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité - EFFICACITÉ : Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités. <i>(Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)</i>							
Faible poids à la naissance (naissances vivantes moins de 2 500 grammes) (pourcentage)*1	2009	6.1%	↓	6.9% - 5.4%	C	A+	■
Taux ajusté selon les risques de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)*2	2008-2011	4.6%	↑	5.2% - 3.1%	D	D	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)*2	2008-2011	7.7%	↑	8.1% - 6.7%	D	F	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident vasculaire cérébral (pourcentage)*2	2008-2011	16.3%	↑	19.9% - 14.2%	B	A	■
Taux de mortalité après une chirurgie majeure, à l'hôpital, dans les 5 jours suivants (taux par 1 000) ³ (NOUVEAU)	2010-2011	8.6	--	11.6-5.1	C	--	--
Réadmission en pédiatrie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ² (NOUVEAU)	2010-2011	6.0%	--	6.0%-8.7%	A+	--	--
Réadmission en chirurgie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ² (NOUVEAU)	2010-2011	6.4%	--	6.1%-7.5%	A	--	--
Réadmission en obstétrique dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ⁴ (NOUVEAU)	2010-2011	2.2%	--	1.8%-2.7%	C	--	--
Réadmission médicale dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ² (NOUVEAU)	2010-2011	13.0%	--	12.1%-15.1%	B	--	--
Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ²	2010-2011	11.0%	↑	13.0% - 8.9%	C	D	■
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement de la hanche (taux par 100) ³ (NOUVEAU)	2010-2011	4.46	--	2.96-4.75	E	--	--
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement du genou (taux par 100) ³ (NOUVEAU)	2010-2011	4.53	--	4.53-2.45	F	--	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2004-2006	99.0%	--	91.0% – 99.0%	A+	A+	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du sein (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2004-2006	87.0%	--	83.0% - 88.0%	A	A	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du côlon (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2004-2006	63.0%	--	65.0% - 59.0%	B	B	--
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer des poumons (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2004-2006	16.0%	--	14.0% - 18.0%	C	C	--

1. Statistique Canada, Tableau 102-4509 . <http://www.statcan.gc.ca>

2. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2012. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>

3. Institut canadien d'information sur la santé – Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) .

http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_en
 4. Registre canadien du cancer de Statistique Canada, 2011

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité - RENDEMENT : Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable. <i>(Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)</i>							
Pourcentage de jours d'ANS (autre niveau de soins) comparé aux jours totaux de malades hospitalisés (pourcentage)*1	2011	21.25%	↑	21.25% – 8.67%	F	F	■
Durée moyenne du séjour en soins de courte durée normalisée selon l'âge (en jours) ² (NOUVEAU)	2010-2011	8.1	--	6.5-8.5 jours	E	--	--
Coût par cas pondéré (\$) ³ (Nouvelle méthodologie)	2010-2011	\$5 392	↓	\$6 371- \$5 143	A	A	■
Heures travaillées du personnel producteur d'unités des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées (pourcentage) ³	2010-2011	57.3%	↓	62.3%- 42.6%	E	D	■
Dépenses en services administratifs comme pourcentage des dépenses totales ³ (NOUVEAU)	2009	4.4%	--	5.9%-3.5%	B	--	--
Dimension de la qualité - SÉCURITÉ : Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés. <i>(Assurer la sécurité des gens)</i>							
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)*4	2010-2011	77	↑	120-67	A	B	■
Taux d'erreur - % dans la communauté qui croient avoir subi une erreur ou une faute pendant leur séjour dans un hôpital pour des soins aigus. (pourcentage) ⁵	2010	5.1%	--	8.9% - 0	--	--	--
Score des mesures transitoires de soins (MTS) (coordination des soins après avoir quitté l'hôpital) ⁵	2010	36.1	--	24.5 – 64.5	--	--	--
Hygiène des mains - % de conformité avant le contact avec les patients (tel que rapporté par les patients) (pourcentage) ⁵	2010	47.5%	--	36.5% - 65.0%	--	--	--
% des patients qui croyait que l'hôpital prenait leur sécurité au sérieux (pourcentage) ⁵	2010	76.3%	--	67.6% - 93.8%	--	--	--
Taux de chute des patients à l'interne (chutes signalées dans les aires internes par 1000 jours-patients) ⁶ (NOUVEAU)	2011-2012	5.34	--	--	--	--	--
Fracture de la hanche chez les personnes âgées (65+) hospitalisées (taux par 1000) ⁷ (NOUVEAU)	2010-2011	0.73	--	1.23-0.64	A	--	--
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas médicaux (taux par 1000) ⁷ (NOUVEAU)	2010-2011	20.37	--	32.99-17.25	A	--	--
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas chirurgicaux (taux par 1000) ⁸ (NOUVEAU)	2010-2011	27.34	--	48.97-24.22	A+	--	--
Perception du personnel quant à la sécurité des patients au niveau de l'unité (% très bonne ou excellente) ⁸ (NOUVEAU)	2012	70%	--	--	--	--	--
Taux d'infection à la DACD ou taux de Clostridium difficile rate (par 1000 jour-patient) ⁹	2011-2012	0.27	↓	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection au SARM ou taux d'infection spécifique au Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (par 1000 jour-patient) ⁹	2011-2012	0.04	↑	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection à l'ERV (taux par 1000 jours-patients) ⁹ (NOUVEAU)	2011-2012	0	--	--	A+	--	--

1. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 2. Institut canadien d'information sur la santé – Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence (2012). https://secure.cihi.ca/free_products/DAD-NACRS_Highlights_2010-2011_FR.pdf
 3. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux
 4. Institut canadien d'information sur la santé – 2011 HSMR Results. http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr/hsmr_results_canada
 5. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus (CSNB 2010)

6. Système de notification des incidents, Horizon et Vitalité
 7. Institut canadien d'information sur la santé – Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent
 8. Sondage sur la culture de sécurité des patients (Agrément Canada) données de Horizon et Vitalité
 9. Infection, Prévention and Contrôle, Horizon et Vitalité

2012 – Secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Dimension de la qualité - ÉQUITÉ : Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques. *(Viser l'équité des soins et services pour tous)*

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Évaluation globale de l'hôpital (pourcentage)¹	75.9%	
Rural	77.0%	0
Urbain	75.0%	
Autochtone	75.0%	0
Non autochtone	73.0%	
En français	76.6%	0
En anglais	75.7%	
Homme	78.3%	1
Femme	74.0%	
Moins de 45	58.8%	1
45-64	75.8%	
65+	79.2%	
8 ^e année ou moins	80.0%	1
Quelques années d'études secondaires	80.8%	
École secondaire ou GED	74.8%	
Collège / École de métier	72.6%	
Diplôme de premier cycle	70.3%	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	69.5%	

	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	B	C	■

1. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2010 sur les soins aigus (CSNB 2010) http://www.nbhc.ca/sondage_experience.cfm

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :

Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ : La capacité des patients/clients d'obtenir des soins ou des services au bon endroit, au bon moment, selon leurs besoins respectifs et dans la langue officielle de leur choix. <i>(Prodiguer des soins en un temps opportun)</i>							
Temps d'attente pour des tests diagnostiques : imagerie par résonance magnétique (IRM), tomodensitogrammes (TDM), angiographie (en moins d'un mois) (pourcentage)*1	2011	65.0%	↓	60.9%-79.2%	E	A+	■
Résidents âgés d'au moins 75 ans ont accès à des lits de soins de longue durée (taux par 100)*2	2011-2012	8.1%	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Temps d'attente pour visites chez un spécialiste pour un nouveau problème de santé (en moins d'un mois) (pourcentage)*3	2011	59.7%	↑	50.9%-62.1%	A	C	■
A eu des difficultés à obtenir des soins d'un spécialiste (pourcentage d'accès moyen ou faible)*4	2010	14.3%	--	30.7% - 13.8%	A+	A+	--
Nombre médian de jours pour un placement en foyer de soins à long terme (jours)*5	2011-2012	121.22 jours	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – clients servis, par 1000*6	2011-2012	53.0	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par la communauté (pourcentage) *6	2011-2012	68.7%	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par l'hôpital (pourcentage)*6	2011-2012	31.3%	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Pourcentage de la prestation des services effectuée dans les 30 jours (de la référence à la première visite) pour les maladies mentales chez les enfants et les jeunes (pourcentage)*7	2011-2012	41.0%	↓	10.0%-64.0%	--	--	--
Dimension de la qualité – JUSTESSE : Les soins ou les services fournis sont pertinents aux besoins du patient/client et sont basés sur des normes établies. <i>(Offrir des services pertinents)</i>							
Proportion des clients en santé mentale qui ont reçu une évaluation dans les 48 heures (pourcentage)*7	2011-2012	38.0%	↑	9.0%-67.0%	--	--	--
Dimension de la qualité - EFFICACITÉ : Les soins ou les services, les interventions ou les actions mènent aux résultats souhaités. <i>(Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)</i>							
SCORE des DME (Modèle d'adoption des dossiers médicaux électroniques, scores 0 à 7)*8	2 nd quarter 2011	3.057	↑	0.326 – 3.347	A+	A+	■
Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage)*9	2009-2010	10.4%	↑	12.7-9.6%	A	C	■
Hospitalisation ;a la suite d'une blessure auto-infligée (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants)*9	2010-2011	77	↑	83 - 44	E	F	■
Douleurs ou malaises empêchant des activités (pourcentage)*10	2011	15.9%	↓	16.8% - 11.9%	E	E	■

1. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 2. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick 2010-2011 en combinaison avec Statistique Canada – Catalogue. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 4. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps>
 5. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick
 6. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Programme d'extra-mural

7. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Santé mentale (écart utilisé est celui des régions de santé du Nouveau-Brunswick)
 8. HIMSS Analytics™ LLC. <http://www.himssanalytics.org/>
 9. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1791&lang=fr&media=0>
 10. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2012

Tendance de la valeur:
 ↑ Meilleur rendement
 ↔ Même rendement
 ↓ Pire rendement
 Gras: Indicateur mis à jour

Tendance de note:
 ■ Note plus haute (ou même note A+)
 ■ Même note
 ■ Note plus basse

2012 – Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :

Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2012)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité - RENDEMENT : Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable. <i>(Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)</i>							
Nombre d'examens réalisés à l'aide d'appareils de tomodesitogrammes (TDM) (par 1 000 personnes)* ¹	2010-2011	196	--	98 - 196	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie de tomodesitométrie (TDM)(nombre) ¹	2010-2011	8 202	↓	6 189 – 10 737	C	A+	■
Nombre d'examens réalisés à l'aide d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (par 1 000 personnes)* ¹	2010-2011	50	--	28 - 55	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)(nombre) ¹	2010-2011	6 261	↑	3 267 – 7 571	B	E	■
Nombre moyen de jours pour compléter une évaluation générique pour les soins à long terme ²	2011-2012	24.36 jours	↑	--	--	--	--
Dimension de la qualité - SÉCURITÉ : Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés. <i>(Assurer la sécurité des gens)</i>							
% des patients qui ont rapporté que le personnel leur a parlé de tous leurs médicaments dans le PEM ³ (NOUVEAU)	2012	72.3%	--	--	--	--	--
Lésion auto-infligées (suicide) (taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 personnes) ⁴	2009	10.4	↑	15.5 – 8.5	A	F	■

1. Institut canadien d'information sur la santé – Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2011. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xlsx/internet/STATS_MIT_2011_FR

2. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick

3. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB, 2012) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

4. Statistique Canada, Tableau 102-0552. <http://www.statcan.gc.ca>

2012 – Secteur de soins de santé – DE SOUTIEN/SPÉCIALITÉ D'APPOINT :

Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.

Dimension de la qualité - ÉQUITÉ : Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques. (*Viser l'équité des soins et services pour tous*)

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Évaluation globale des services de soins de santé à domicile PEM (% 8,9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10) ¹	96.7%	
Rural	96.7%	0
Urbain	96.8%	
Autochtone	92.1%	1
Non autochtone	96.9%	
En français	97.6%	0
En anglais	96.5%	
Homme	96.5%	0
Femme	96.8%	
Moins de 65	94.2%	1
65-74	97.2%	
75+	98.1%	
8 ^e année ou moins	97.9%	1
Quelques années d'études secondaires	97.8%	
École secondaire ou GED	97.4%	
Post-secondaire	95.4%	
Revenu - moins de 25 000 \$	96.3%	0
Revenu -25 000 \$ ou plus	97.0%	

1. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB, 2012). http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

2012 – Indicators by Health care sector– SUPPORTIVE/SPECIALTY:

The care received in the community or as an out-patient to prevent, control, or relieve complications and/or side effects and to improve the citizen's comfort and quality of life.

Dimension de la qualité - ÉQUITÉ : Offrir les soins de même qualité à tous, peu importe les caractéristiques individuelles et les circonstances, telle que la race, la couleur, la croyance, l'origine nationale, l'ascendance, le lieu d'origine, la langue, l'âge, l'incapacité physique, l'incapacité mentale, l'état matrimonial, la situation familiale, l'orientation sexuelle, le sexe, la condition sociale ou les convictions ou l'activité politiques. *(Viser l'équité des soins et services pour tous)*

Indicateurs	Valeur du N.-B.	1 = la différence est statistiquement significative
Évaluation globale des services de soins à domicile (% 8,9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10) ¹	87.9%	
Rural	90.4%	
Urbain	85.2%	1
Autochtone	91.0%	
Non autochtone	87.9%	0
En français	87.3%	
En anglais	88.2%	0
Homme	89.4%	
Femme	87.3%	0
Moins de 65	84.8%	
65-74	90.2%	
75-84	88.5%	1
85+	90.0%	
8 ^e année ou moins	90.1%	
Quelques années d'études secondaires	90.4%	
École secondaire ou GED	84.0%	1
Post-secondaire	86.3%	
Revenu - moins de 25 000 \$	87.8%	
Revenu -25 000 \$ ou plus	87.2%	0

	Note du N.-B. 2012	Note du N.-B. 2011	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	B	B	■

1. Sondage 2012 sur les soins à domicile (CSNB, 2012) http://www.nbhc.ca/sondage_soins_domicile.cfm

Annexe: Liste des causes de décès pour l'indicateur de mortalité évitable (ICIS, 2012)

Causes de décès	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infections		
Entérite et autres maladies diarrhéiques	x	
Tuberculose		x
Maladies pouvant être prévenues par un vaccin	x	
Infections bactériennes invasives sélectionnées		x
Sepsie		x
Paludisme		x
Méningite		x
Cellulite		x
Pneumonie		x
Infections transmissibles sexuellement, à l'exception du VIH/sida	x	
Hépatite virale	x	
VIH/sida	x	
Tumeurs		
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	x	
Cancer de l'oesophage	x	
Cancer de l'estomac	x	
Cancer colorectal		x
Cancer du foie	x	
Cancer du poumon	x	
Cancer de la peau (mélanome)	x	
Cancer de la peau (non-mélanome)	x	
Tumeur maligne du sein		x (Female only)
Cancer du col de l'utérus		x
Cancer de l'utérus		x
Cancer des testicules		x
Cancer de la vessie		x
Cancer de la thyroïde		x
Maladie de Hodgkin		x
Leucémie		x (Age < 45)
Tumeurs bénignes		x

Causes de décès	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Maladies de l'appareil circulatoire		
Cardiopathie rhumatismale	x	
Maladies hypertensives		x
Maladies cérébrovasculaires	x (50%)	x (50%)
Cardiopathie ischémique	x (50%)	x (50%)
Autre athérosclérose	x (50%)	x (50%)
Anévrisme aortique	x	
Thrombo-embolie veineuse	x	
Maladies de l'appareil respiratoire		
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	x	
Asthme et bronchectasie		x
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures		x
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures		x
Maladies du poumon dues à des agents externes	x	
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte		x
Œdème pulmonaire		x
Abcès du poumon et du médiastin; pyothorax		x
Autres affections pleurales		x
Autres troubles respiratoires		x
Maladies de l'appareil digestif		
Ulcère digestif		x
Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas		x
Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	x	
Maladies de l'appareil génito-urinaire		
Néphrite et néphrose		x
Insuffisance rénale		x
Uropathie obstructive, lithiase urinaire et hyperplasie de la prostate		x
Affections inflammatoires de l'appareil génito-urinaire		x
Affections dues à une tubulopathie		x

Causes de décès	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infantiles et maternelles		
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	x	x
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques		x
Grossesse, accouchement et puerpéralité		x
Blessures non intentionnelles		
Accidents de transport	x	
Chutes	x	
Autres causes externes de blessure accidentelle	x	
Noyade	x	
Feu et flammes	x	
Intoxication accidentelle	x	
Blessures d'intention non déterminée		
Blessures d'intention non déterminée	x	
Blessures intentionnelles		
Suicide et blessures auto-infligées	x	
Agressions	x	
Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues		
Maladies liées à la consommation d'alcool, à l'exception des causes externes	x	
Troubles liés à la consommation de drogues	x	

Causes de décès	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		
Anémie due à une déficience nutritionnelle	x	
Affections de la thyroïde		x
Diabète sucré	x (50%)	x (50%)
Maladies de la glande surrénale		x
Anomalies congénitales métaboliques		x
Affections du système nerveux		
Épilepsie		x
Maladies du système ostéo-articulaire		
Ostéomyélite		x
Effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux		
Drogues, médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage Thérapeutique	x	
Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux	x	
Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage Thérapeutique	x	
Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient	x	