

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2013



À propos de nous:



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

Qui sommes nous :

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 2013(CSNB 2013)

This publication is available in English under the title:

New Brunswick Health System Report Card 2013(NBHC 2013)

Table des matières

Sommaire exécutif	5
Introduction.....	22
La conception de la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick	23
La raison d’être de la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick	27
La conception des notes de l’indice de performance.....	28
- Méthodologie de la notation par lettre pour les indicateurs individuels	28
- Méthodologie de la notation de l’équité.....	29
- Méthodologie de la notation par lettre pour la note globale.....	30
En mutation/ Les indicateurs actuels.....	33
Les défis continus	33
Les tendances clés / les observations.....	35

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2013.....	39
 Comparaison - Fiche de rendement – tendances.....	43
 Indicateurs par dimensions de la qualité.....	47
- Accessibilité.....	49
- Justesse.....	51
- Efficacité.....	53
- Rendement.....	55
- Sécurité.....	56
- Équité.....	58
 Indicateurs par secteurs de soins.....	63
- Santé primaire.....	65
- Soins aigus.....	71
- De soutien / spécialités.....	75
Annexe	79

Sommaire exécutif

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est fier de publier sa quatrième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*, dans le cadre de son engagement à fournir aux citoyens du Nouveau-Brunswick une information importante sur la qualité des services de santé que dispense la province.

La quatrième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick* tente de fournir une mise à jour des trois précédentes fiches de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick. Nous les avons utilisées afin de mesurer, surveiller et évaluer les changements à la qualité des services de santé et d'apporter des recommandations d'amélioration dont certaines se trouvent dans un document publié en 2011, sous le titre « **Recommandations à la ministre de la Santé, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens (CSNB, 2011)** ».

Le présent rapport essaie d'analyser la tendance générale du rendement du système de santé de la province et d'explorer les possibles liens avec les ressources existantes du système. Le rapport va au-delà de la disponibilité ou du nombre de ressources par habitant et de leur comparaison avec la moyenne canadienne, afin de traiter les dépenses, l'utilisation et la distribution des ressources au Nouveau-Brunswick. Nous essayons de mettre en lumière l'importance de l'optimisation des ressources en fonction de l'équivalence de l'offre et de la demande pour tenter d'améliorer les occasions de viabilité du système et d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé.

Des ressources par habitant au-dessus de la moyenne, une performance moyenne et un état de santé sous la moyenne?

Au moment de publier la quatrième *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick*, nous faisons un retour sur les publications précédentes et tentons d'observer les tendances du rendement du système de santé de la province du Nouveau-Brunswick. En comparant les récents résultats aux valeurs du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux principaux indicateurs de la première fiche de rendement publiée en 2010, le rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick conserve une note générale de « C », ce qui nous identifie de façon continue comme une province dont le rendement est moyen. Bien que le système de santé ait continuellement obtenu la note « C », les sous-composantes des secteurs de la santé et des dimensions de qualité ont fait voir une oscillation du rendement, alors que la plupart des

dimensions et des secteurs ont fluctué entre les notes « B », « C » et « D (Tableau 1).

Malgré les projets de réforme, l'introduction de nouveaux programmes, les changements sur le plan des ressources humaines et techniques, la qualité des services de santé a continué de faire voir des tendances inégales de performance au cours des ans, ce qui a potentiellement contribué à la variation des notes des fiches de rendement par secteur de soins et dimension de qualité, surtout par rapport aux autres provinces.

Derrière la variation générale du Nouveau-Brunswick se cache une variation régionale que l'on peut observer dans le large éventail des valeurs rapportées des zones du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à certains indicateurs dont font état les tableaux de la fiche de rendement.

Tableau 1. Tendances de la Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick

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

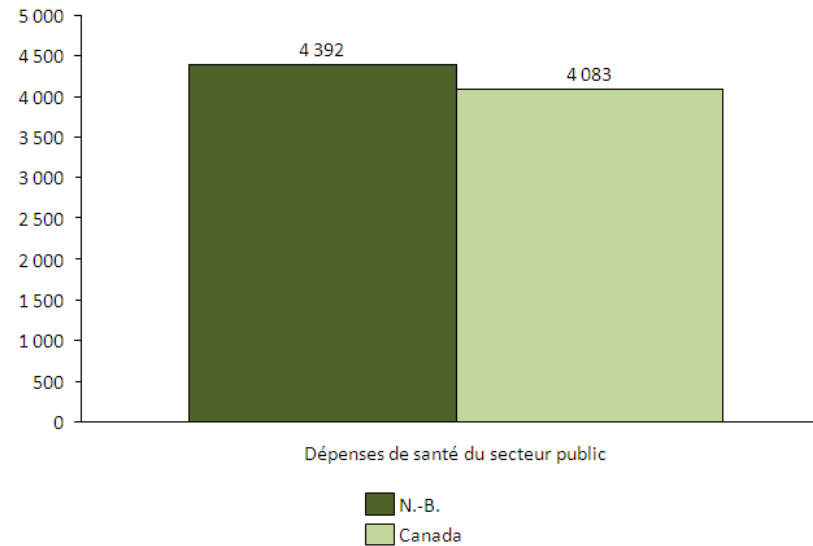
		Secteurs des soins de santé			Note de l'indice de rendement (par dimension de la qualité)		
		Santé primaire <small>Les soins qu'une personne reçoit dès le premier contact avec le système de santé, avant d'être référée ailleurs dans le système.</small>	Soins aigus <small>Soins basés dans les hôpitaux.</small>	De soutien / spécialité d'appoint <small>Soins ambulatoires ou reçus dans la communauté.</small>			
					2011	2012	2013
↑ Dimensions de la qualité ↓	Accessibilité	Prodiguer des soins en un temps opportun			B	C	C
	Justesse	Offrir des services pertinents			D	C	C
	Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles			C	C	D
	Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible			C	C	D
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens			B	A	A
	Équité	Viser l'équité des soins et services pour tous			D	C	C
Note de l'indice de rendement (par secteur des soins de santé)		2011	C	C	B	C	
		2012	D	B	B		
		2013	D	C	C		

Des taux de ressources par habitant au-dessus de la moyenne

Est-ce une question de ressources? En matière de coûts, les dépenses du Nouveau-Brunswick sont légèrement plus élevées que les dépenses publiques canadiennes per capita en santé (Tableau 2¹).

Le Nouveau-Brunswick ne semble pas être à court de ressources si on compare sa capacité en ressources humaines (dotation en personnel) à la moyenne nationale. Le Nouveau-Brunswick dispose de plus de ressources par habitant que le reste du Canada, sauf pour quelques professions (voir les Tableaux 3 et 4²).

Tableau 2. Dépenses de santé du secteur public, per capita, 2011



¹ Source : L'Institut canadien d'information sur la santé – Base de données sur les dépenses nationales en santé, Tableaux BDDNS 2013.

² Source : Base de données sur le personnel de la santé, Institut canadien d'information sur la santé; prévisions démographiques de Statistique Canada, prévisions démographiques trimestrielles 24, 4 (mars 2012), catalogue no 91-002-X

Tableau 3. Taux de professionnels de la santé comparé à la population (par 100 000 de population) (Médecins et infirmières), 2011

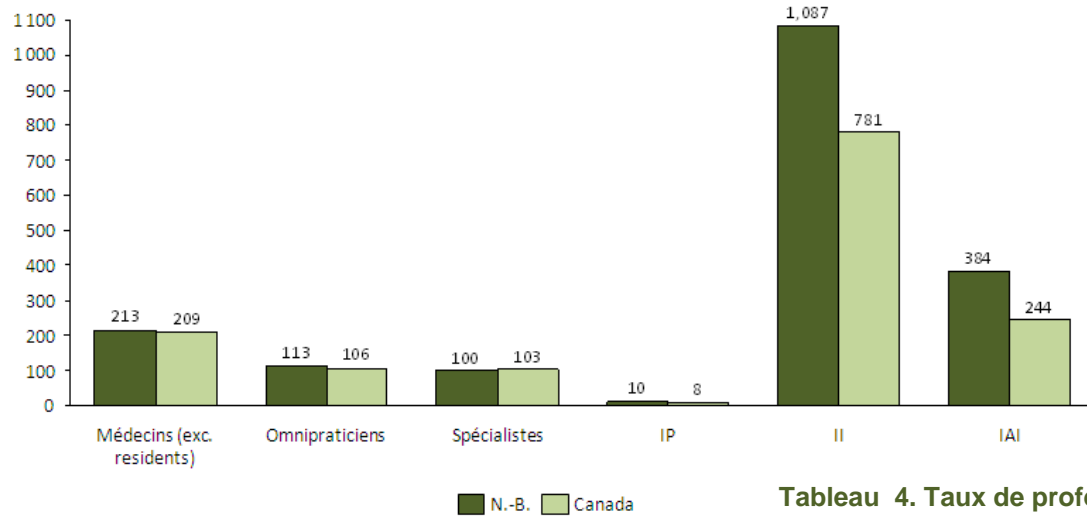
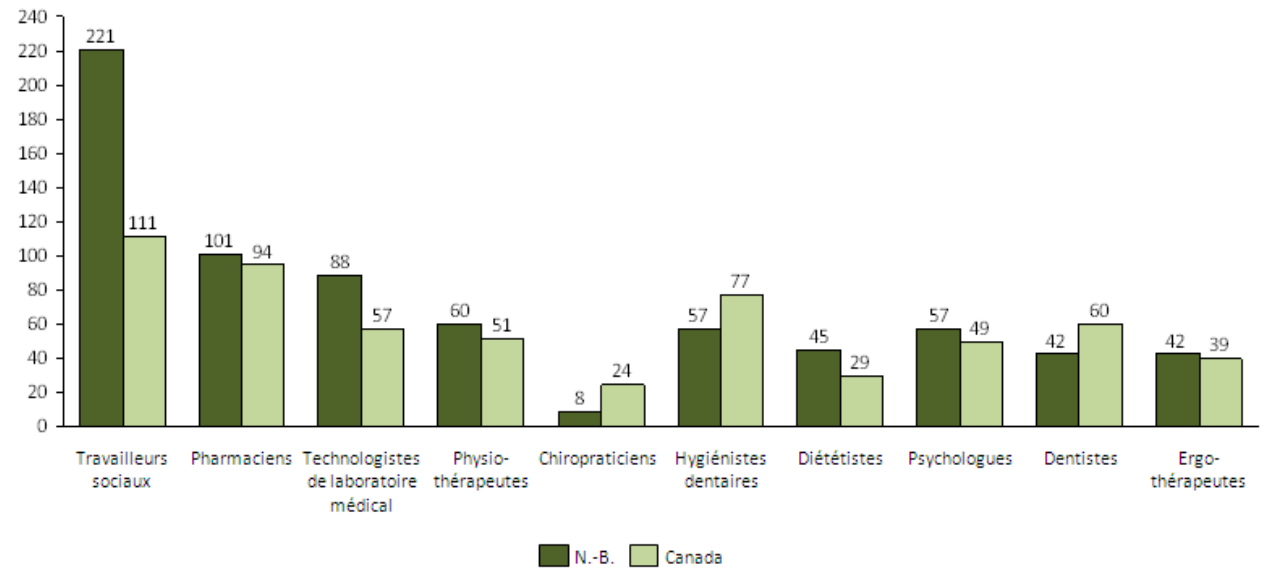


Tableau 4. Taux de professionnels de la santé comparé à la population (par 100 000 de population) (Autres professions), 2011

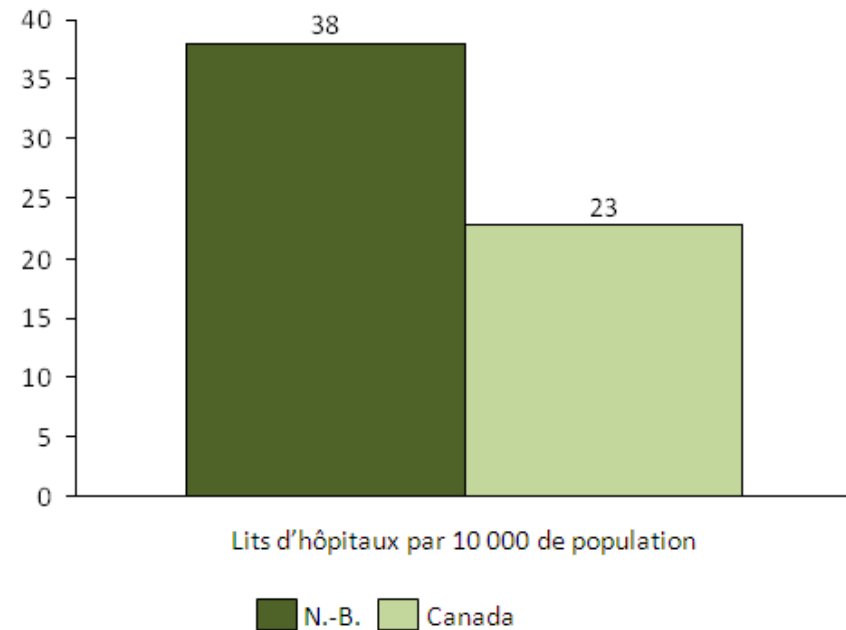


Il semble que la même chose soit vraie lorsque nous examinons le total de lits utilisés par habitant. Le Nouveau-Brunswick dispose d'au moins 15 lits de plus par 10 000 habitants que la moyenne canadienne (voir le Tableau 5³).

Par conséquent, si le Nouveau-Brunswick dispose d'un peu plus de ressources par habitant que ce dont disposent en moyenne les autres provinces, pourquoi le système de santé n'a-t-il pas obtenu un meilleur rendement au cours des quelques dernières années? Comment se fait-il que ces ressources en plus n'aient pas accéléré l'amélioration de l'état de santé ou les résultats pour la santé obtenus par les Néo-Brunswickois?

La quantité de ressources mises à la disposition des Néo-Brunswickois dans leur ensemble ne garantit pas le très bon rendement d'un système de santé. Cependant, une approche axée sur les dépenses (qui se concentre sur les domaines de dépenses) et une distribution des ressources (de manière géographique pour correspondre à la demande) peut en offrir l'occasion. Omettre de distribuer les ressources en fonction de l'offre et de la demande contribue à des normes de qualité qui sont incompatibles, donc au rendement.

**Tableau 5. Lits d'hôpitaux par 10 000 de population
(Tous les lits en opération par 10 000 de population), 2010-11**



³ Source : Base de données canadienne SIG (BDGI), ICIS, 2010-2011+ Statistique Canada, Recensement 2011

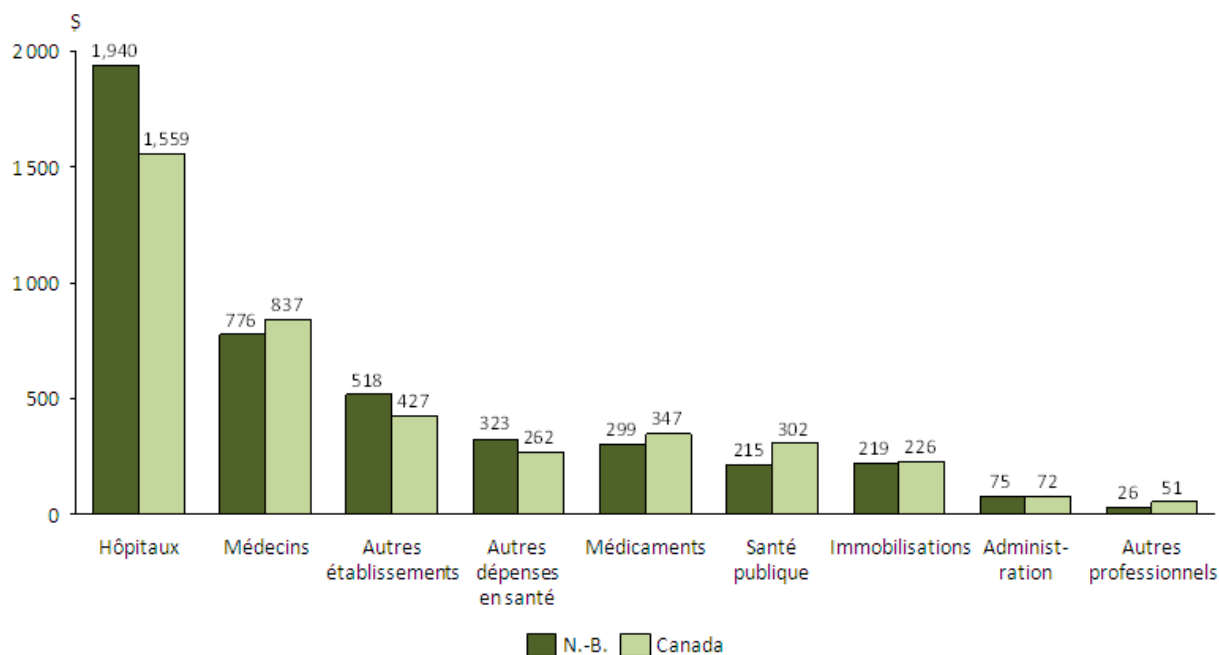
Sur quoi dépensons-nous?

Ventiler les dépenses publiques en santé au Nouveau-Brunswick par utilisation des fonds (Tableau 6⁴) fait ressortir les éléments suivants :

- Le Nouveau-Brunswick **dépense moins** que le Canada, en matière de coûts publics per capita, sur les médecins, les autres professionnels, les médicaments, la santé publique et les immobilisations.
- Le Nouveau-Brunswick **dépense plus** que le Canada, en matière de coûts publics per capita, dans les hôpitaux et les autres institutions, en administration et dans les autres dépenses.

Malgré que nous disposions de plus de ressources par habitant que la moyenne canadienne, les ressources humaines ne constituent pas l'élément moteur qui porte les dépenses publiques générales en santé per capita au-dessus de la moyenne. Les soins institutionnels (les hôpitaux et les autres institutions comme les foyers de soins) et les soins à domicile (le Programme extramural qui représente un élément important de la catégorie « Autres dépenses ») semblent constituer le noyau principal de nos dépenses per capita, qui sont en général plus dispendieuses.

Tableau 6. Dépenses en santé du secteur public par affectation de fonds \$' par habitant, 2011



⁴ Institut canadien d'information sur la santé – Base de données sur les dépenses nationales en santé, Tableaux 2013

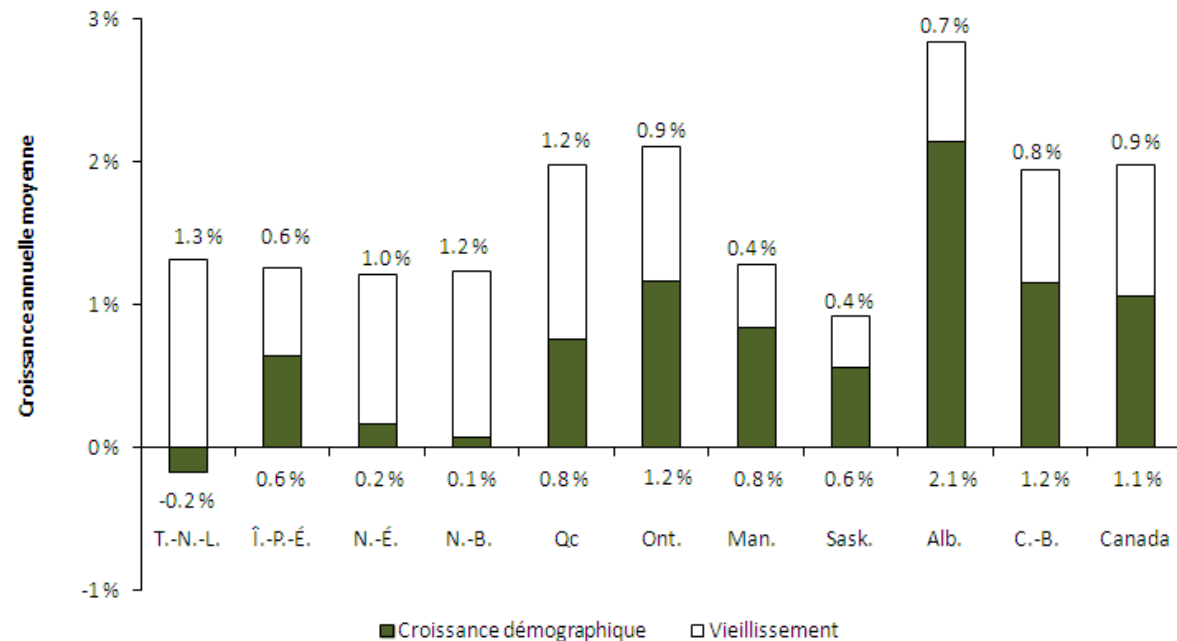
Comment distribuons-nous les ressources géographiquement?

Les tendances de la demande

La demande de services de soins de santé est principalement due à la croissance de la population et au fardeau qu'impose la population sur la santé. À mesure qu'une population croît en nombre ou en âge moyen et/ou si elle souffre d'un plus grand nombre de maladies chroniques, en raison de l'âge, d'habitudes de vie malsaines, d'environnements physiques et socioéconomiques malsains, cela peut créer le besoin d'obtenir davantage de services de soins de santé et ainsi d'exiger davantage de ressources. Le vieillissement, surtout s'il est accompagné de maladies chroniques, semble être le principal contributeur à l'accroissement de la demande au Nouveau-Brunswick, comme le souligne une analyse récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (Tableau 7⁵). La contribution de l'accroissement de la population à la croissance annuelle moyenne des dépenses en santé entre 2001 et 2011 au Nouveau-Brunswick a été la plus faible au Canada (0,1 %), alors que la contribution du vieillissement a été parmi la plus élevée (1,2 %).

La population du Nouveau-Brunswick se compare désavantageusement à la population canadienne en ce qui a trait aux habitudes de vie (comme le démontrent les taux d'obésité, de tabagisme et d'activités physiques) et aux résultats pour la santé. On doit mesurer clairement et identifier géographiquement (régions de santé/zones) ces facteurs, afin de mieux planifier.

Tableau 7. La contribution de la croissance démographique et du vieillissement à la hausse des dépenses de santé variait selon la province (2001 à 2011)

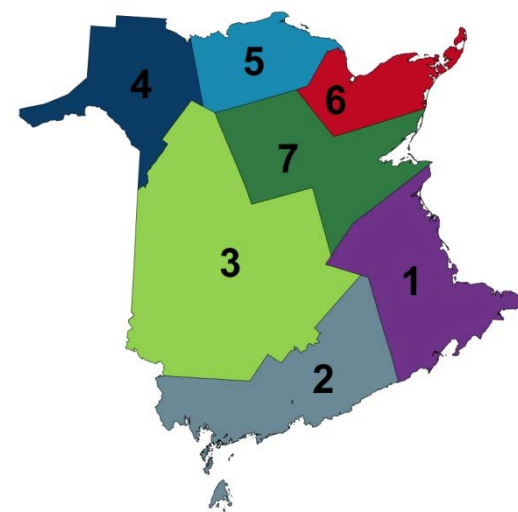
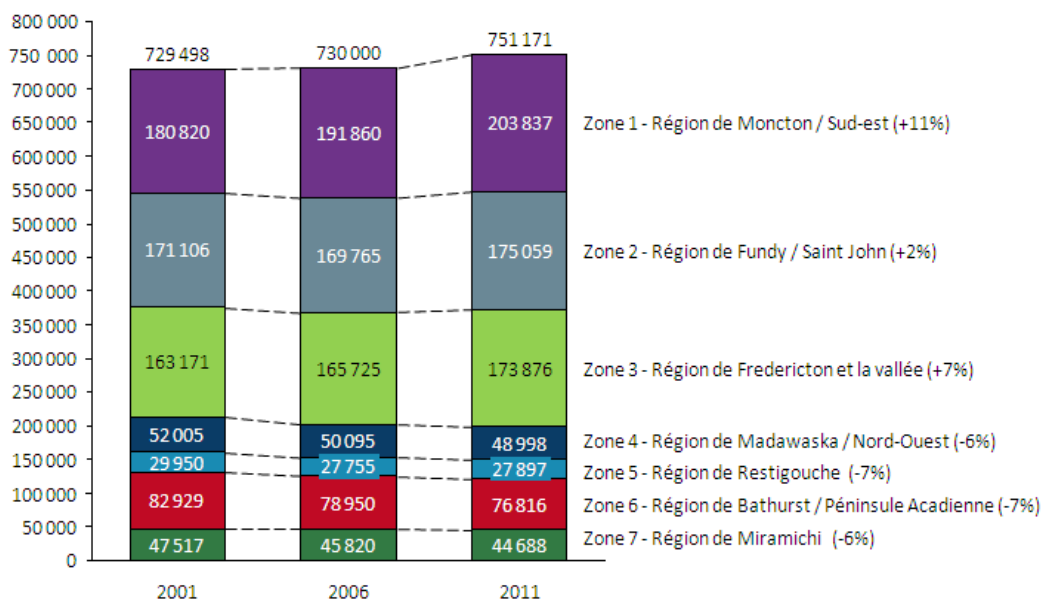


⁵ Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2013. Ottawa, Ont. : ICIS; 2013.

L'accroissement de la population

La population du Nouveau-Brunswick a crû très lentement, connaissant une croissance générale de 3 % de 2001 à 2011 (Tableau 8⁶). Cette croissance a été distribuée de façon inégale dans la province, alors que les zones 1 (Moncton/Sud-est), 2 (région de la côte de Fundy / Saint-Jean) et 3 (région de Fredericton / River Valley) ont connu un accroissement de leur population, que les populations des zones 4 (région de Madawaska / Nord-ouest), 5 (région de Restigouche) et 6 (région de Bathurst / Péninsule acadienne) font état d'une diminution de leur population de 6 à 7 %. Ce changement démographique est notamment dû à la migration, à la fois en perte de population vers d'autres provinces et en mouvement de jeunes adultes du nord vers le sud de la province, ce qui a résulté en un accroissement du pourcentage d'âinés dans le nord.

Tableau 8. Population néo-brunswickoise par zone de santé (2001-2011)



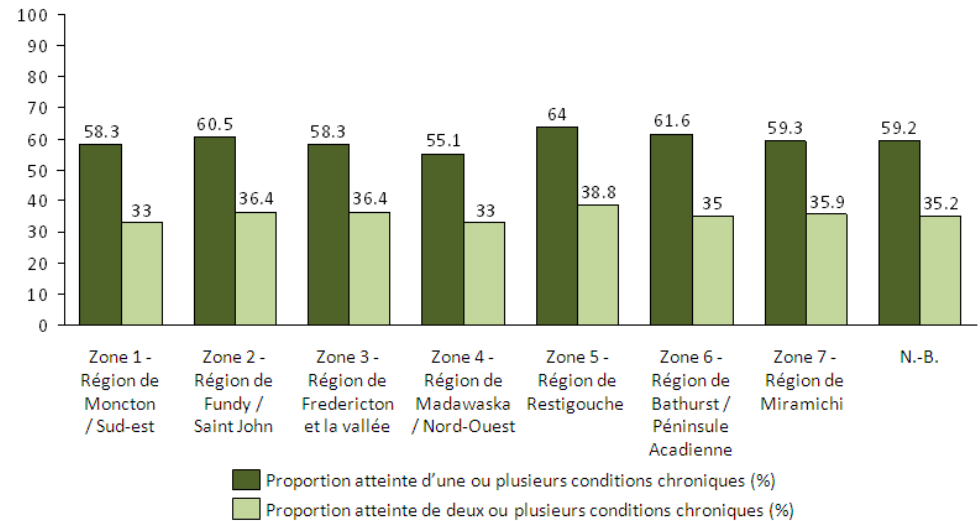
⁶ Source: Statistique Canada, Recensement 2001, 2006, 2011

Maladies chroniques

Cinquante-neuf pour cent des Néo-Brunswickois souffrent d'au moins une maladie chronique, et 35 %, d'au moins deux maladies chroniques. La zone 5 affiche les plus hauts pourcentages dans les deux cas (Tableau 9⁷). La zone 6, de son côté, affiche la deuxième plus importante prévalence de personnes qui souffrent d'une maladie chronique ou plus, bien qu'elle possède la plus faible prévalence de personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus. Haute pression et les maladies cardiaques arrivent en tête de liste des maladies chroniques rapportées au Nouveau-Brunswick, à la fois sur le plan provincial et dans les différentes zones (Tableau 10⁸). La dépression est plus répandue en zone 1; le cancer, emphysème ou MPOC ainsi que la douleur chronique et l'arthrite sont plus généralisés en zone 2; la dépression, le reflux gastro-oesophagien pathologique, la douleur chronique et l'arthrite en zone 3; et la douleur chronique et l'emphysème ou MPOC en zone 4. La zone 5 semble rapporter le taux le plus élevé de prévalence des 10 maladies chroniques (sauf pour ce qui est des maladies respiratoires- asthme et emphysème ou MPOC) par rapport à la moyenne du Nouveau-Brunswick, alors que les maladies respiratoires et la dépression prévalent davantage chez les résidents de la zone 6 que chez leurs concitoyens du Nouveau-Brunswick.

En observant les tendances et les facteurs qui contribuent à la demande de services de soins de santé dans la province, on ne peut ignorer la combinaison intéressante de facteurs contradictoires dans les zones 4, 5, 6, et 7. Ces facteurs comprennent la diminution de la population d'une part, alors que la proportion d'aînés est plus élevée, et d'autre part, une plus grande prévalence de maladies chroniques. Ces changements exigent une analyse en profondeur des besoins de la population dans ces régions, afin d'apporter des ajustements en fonction de l'âge et des maladies chroniques, lorsque viendra le temps de préciser la demande réelle par zone, ce qui facilitera la planification de la combinaison et du nombre idéaux de ressources requises.

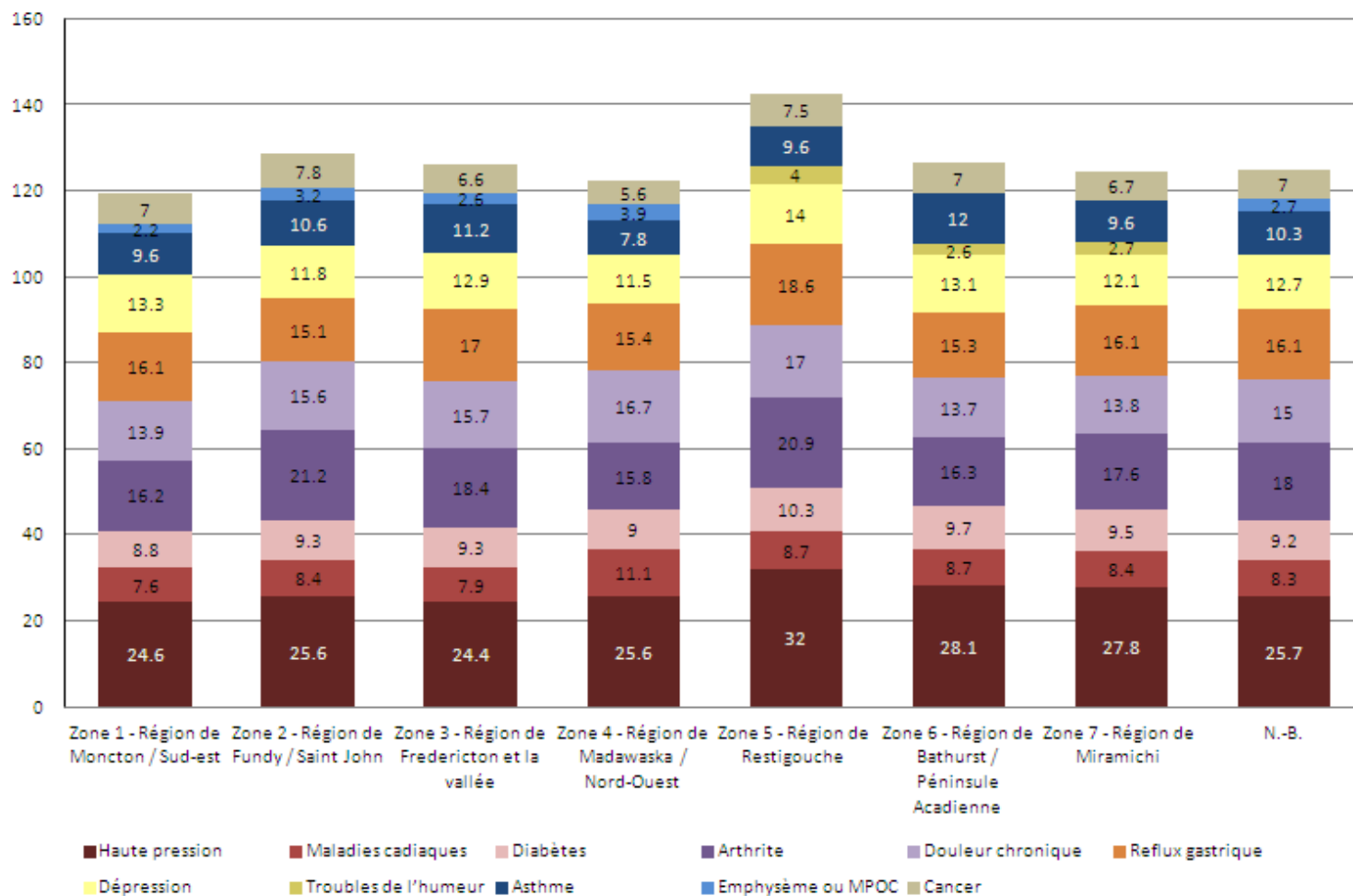
Tableau 9. Prévalence de conditions chroniques au Nouveau-Brunswick par zone de santé (% , 2011)



⁷ Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage sur les soins de santé primaires, 2011

⁸ Source : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage sur les soins de santé primaires, 2011

Tableau 10. Top 10 des conditions chroniques par zone
(prevalence, % de population)



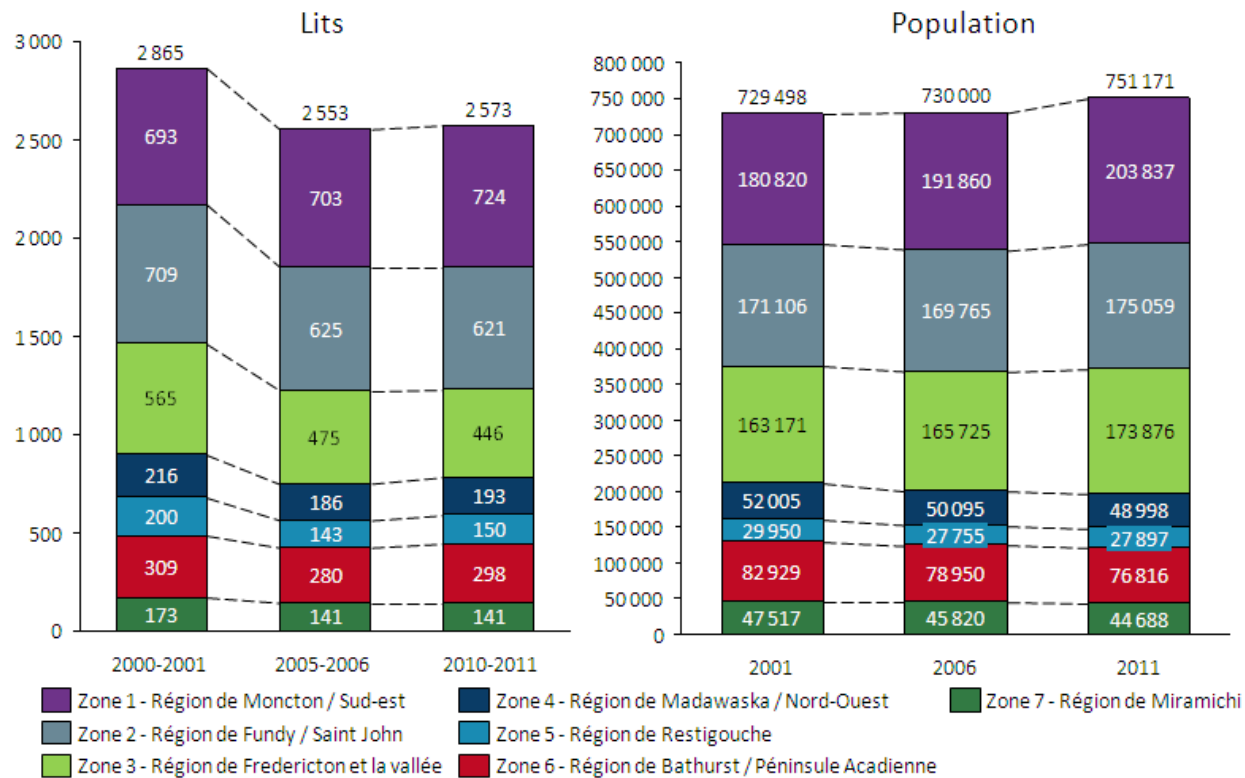
Note: MPOC:: Maladie Chronique des Poumons

Les tendances de l'offre

Bien que le Nouveau-Brunswick dispose de plus de lits par habitant, ils pourraient ne pas être distribués de façon optimale sur le plan géographique pour répondre aux demandes changeantes. Que près de 50 % de la population du Nouveau-Brunswick soit rurale de nature présente un défi de planification des ressources et des besoins dont il faut tenir compte lorsqu'on fait des comparaisons et qu'on évalue les efficacités du système. La nature rurale de la province a historiquement influencé la distribution des ressources, ce qui s'est traduit par les tendances actuelles et les observations relatives aux caractéristiques de l'offre, à savoir les lits et les ressources humaines.

Les lits représentent un important générateur de coût du système de santé, surtout que leur utilisation exige une plus forte intensité de services qui se traduit souvent en dotation ou en disponibilité d'un certain niveau de ressources humaines et physiques.

**Tableau 11. Tendances de lits en opération et de la population (2001 – 2011)
(excluant les établissements psychiatriques)**



Le nombre de lits, notamment dans les zones 2 et 3, a diminué d'une façon disproportionnée, alors qu'on tentait de répondre à l'accroissement de la population (Tableau 11⁹). On peut observer une variation en comparant le taux de lits utilisés par habitant dans la province (Tableau 12¹⁰), alors que le taux le plus élevé de la zone 5 représente presque le double du plus bas taux que l'on retrouve dans la zone 3.

De la même façon, les régions du nord disposent d'un taux plus élevé de personnel (nombres des ETP) par habitant par rapport au sud qui continue à être interpellé par une pénurie de ressources associée à une population croissante (notamment dans la zone où l'accroissement de la population s'apparente aux taux du Canada, à 11,5 %). (Tableaux 13¹¹ et 14¹²)

Tableau 12. Taux de lits en opérations par 10 000 de population par zone de santé, 2012-2013 (excluant les établissements psychiatriques)

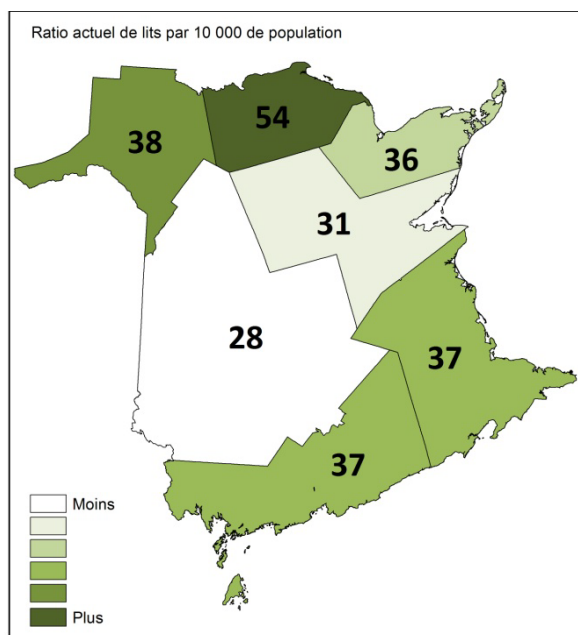
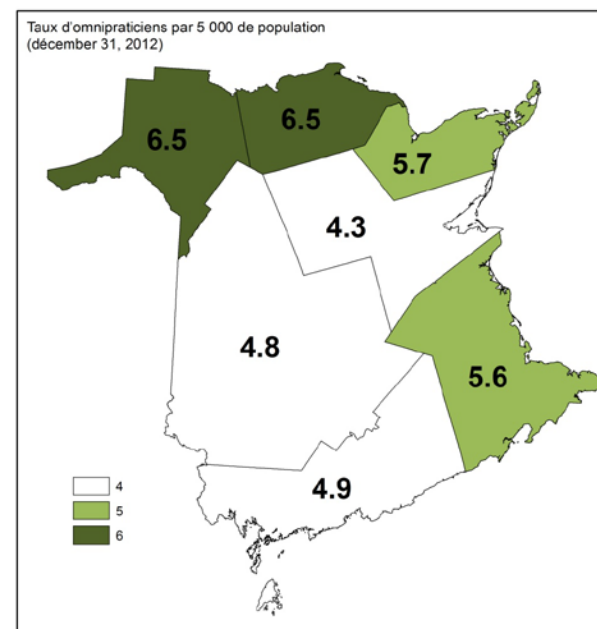


Tableau 13. Taux d'omnipraticiens / médecins par 5 000 de population par zone de santé (décembre 2012)



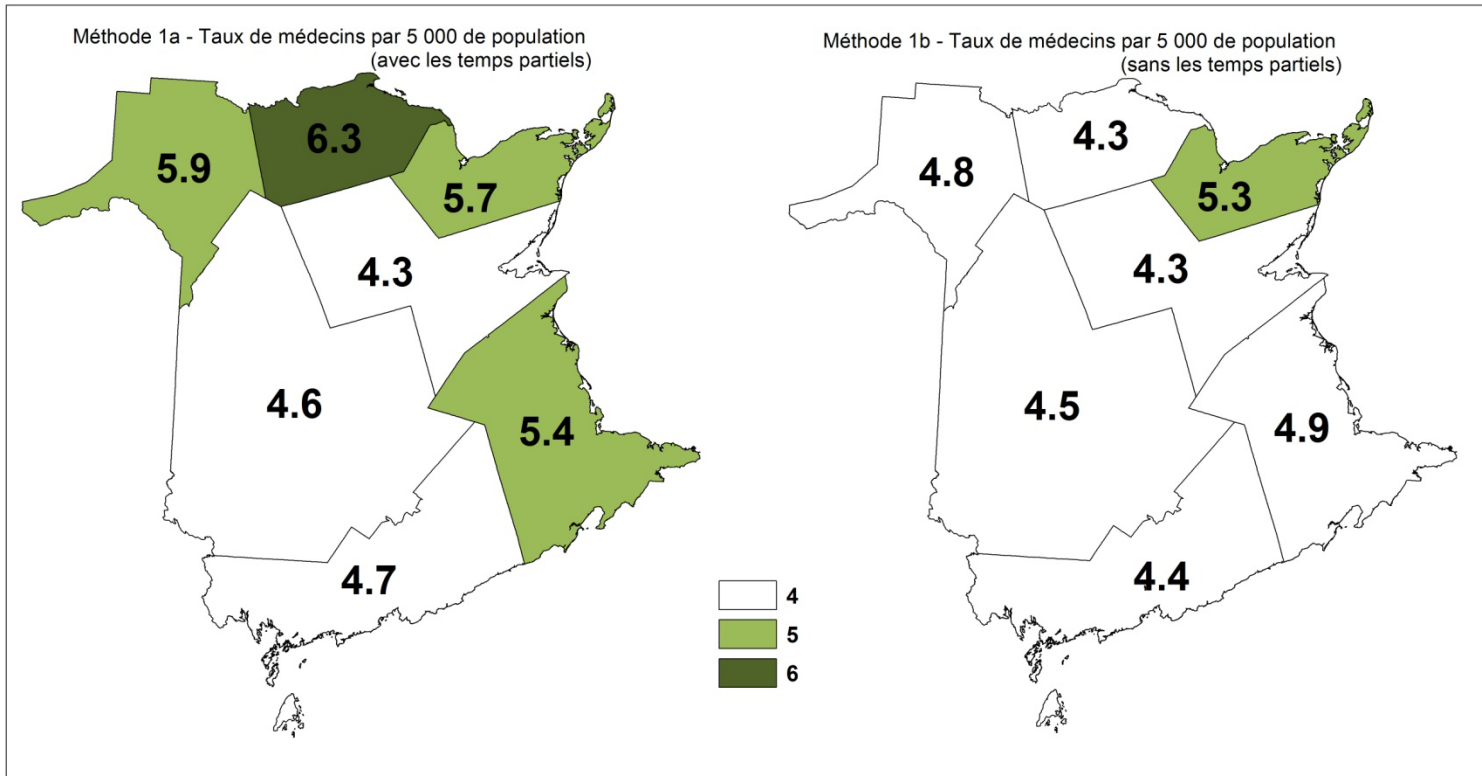
⁹ Source : Lits : ministère de la Santé - SIGFUH – Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière. Lits utilisés. Population : Statistique Canada – Données sur le recensement

¹⁰ Source for figure 12: Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Dénombrement des lits en opération 2012-2013, en combinaison avec le recensement 2011, Statistique Canada

¹¹ Source for Figure 13 : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Information sur les ressources humaines en santé - Information de l'assurance-maladie au 31 décembre 2012, en combinaison avec le recensement 2011, Statistique Canada

¹² Source for Figure 14 : Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, Information sur les ressources humaines en santé - Information de l'Assurance-maladie au 31 décembre 2012, en combinaison avec les estimations annuelle de la population par âge et par sexe du 1er juillet 1996 à 2012, sous-divisions du recensement, Nouveau-Brunswick

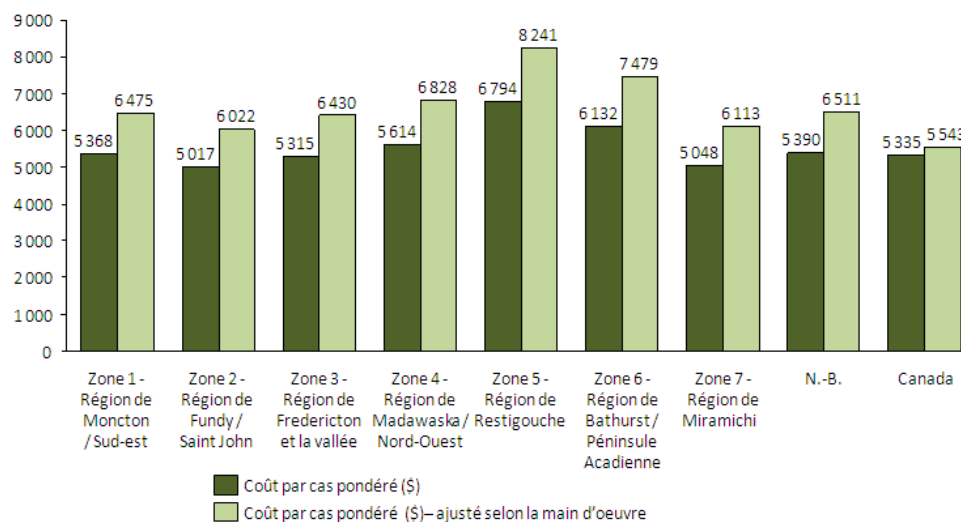
Tableau 14. Taux d'omnipraticiens par 5 000 de population - 2012
(Pour tous les médecins généralistes et les médecins de famille, excluant les hospitaliers, par zone de santé)



Disposer de ressources additionnelles par habitant dans les régions où elles n'ont pas été optimisées peut accroître les coûts des soins de santé et y induire des pratiques non efficaces, tout en laissant les régions qui disposent de moins de ressources dans une crise exigeante sur les plans de la demande et de l'offre.

Le Nouveau-Brunswick fait état de coûts relativement élevés par cas pondéré (à la fois ajustés et non ajustés en ce qui a trait au coût de la main-d'oeuvre), alors que les zones 4, 5 et 6, qui dépassent la moyenne provinciale, font voir un domaine potentiel d'amélioration du rendement (Tableau 15¹³).

Tableau 15. Coût par cas pondéré (\$, 2011-2012)



Que pouvons-nous faire pour faire s'équivaloir la demande et l'offre?

Les systèmes de santé ont pour but de servir les citoyens, en s'assurant qu'ils reçoivent la meilleure qualité de services requis et qu'ils les aident à conserver ou à améliorer leur état de santé et leur qualité de vie. Conséquemment, les systèmes de santé ont besoin d'être pensés en fonction des besoins de la population et des ressources en santé et distribués selon les besoins des communautés qu'ils sont censés desservir.

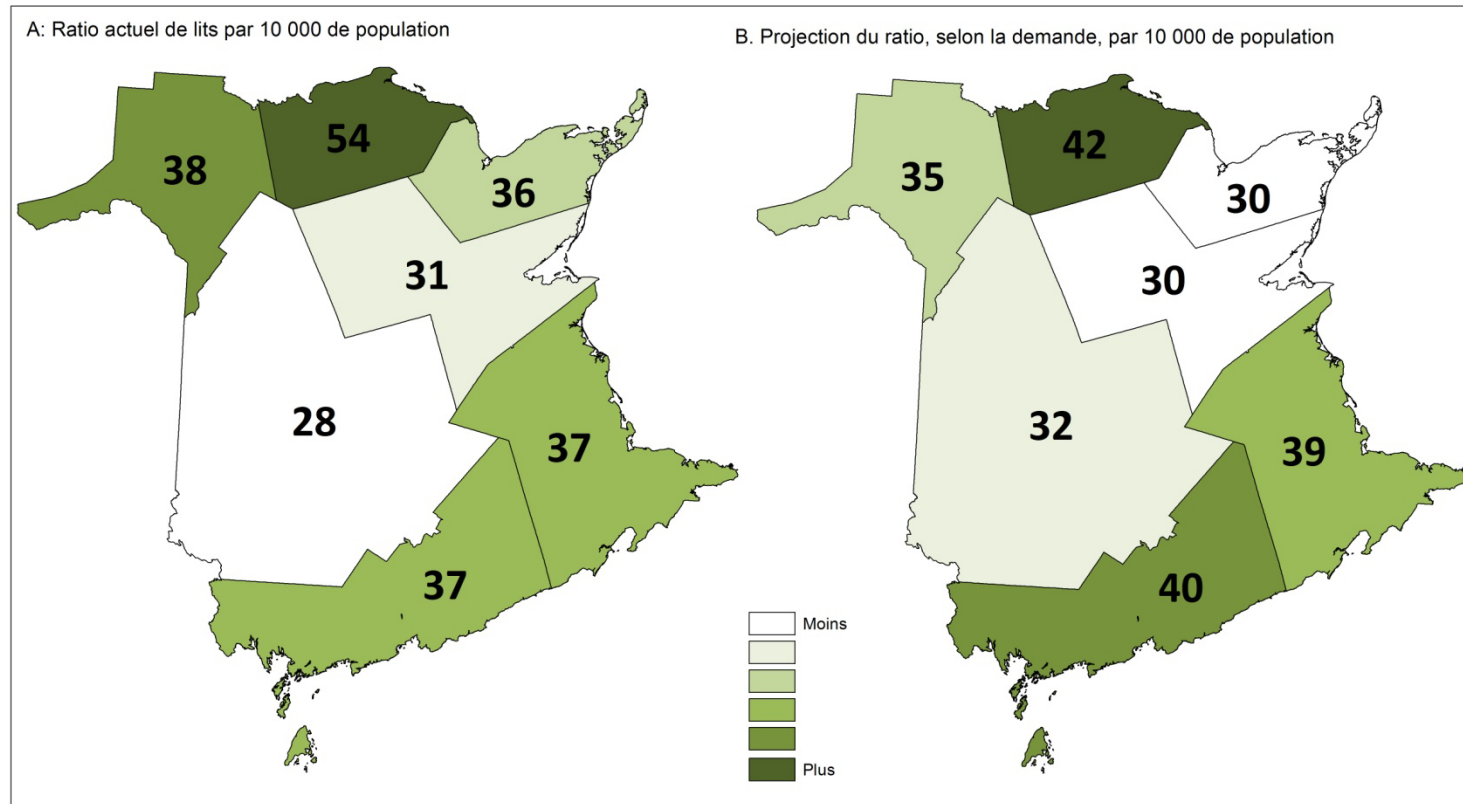
Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick s'est soumis à un exercice visant à ajuster le nombre de lits par habitant dans les différentes régions/zones de santé au Nouveau-Brunswick, en fonction des facteurs clés de demande, comme la prévalence de maladies chroniques, les modèles d'habitudes de vie et l'utilisation/la demande de lits destinés à des patients provenant de l'extérieur de la région de santé (c.-à-d. les taux des flux d'entrées/de sorties). L'ajustement a fait voir un nouveau portrait de l'allocation ou du redéploiement possible des lits dans la

¹³ Source : ICIS 2011-2012, Rendement financier des hôpitaux

province. Cet ajustement devrait cependant être validé par un examen des services cliniques afin de confirmer les tendances (Tableau 16¹⁴).

De la même façon, la planification des ressources humaines doit tenir compte de la demande actuelle et prévue, selon les besoins des communautés et de la population, afin d’informer les décideurs en ce qui a trait au recrutement et à la distribution.

Tableau 16. Taux de lits en opérations par 10 000 de population (actuel et projection), par zone de santé, 2012-2013 (excluant les établissements psychiatriques)



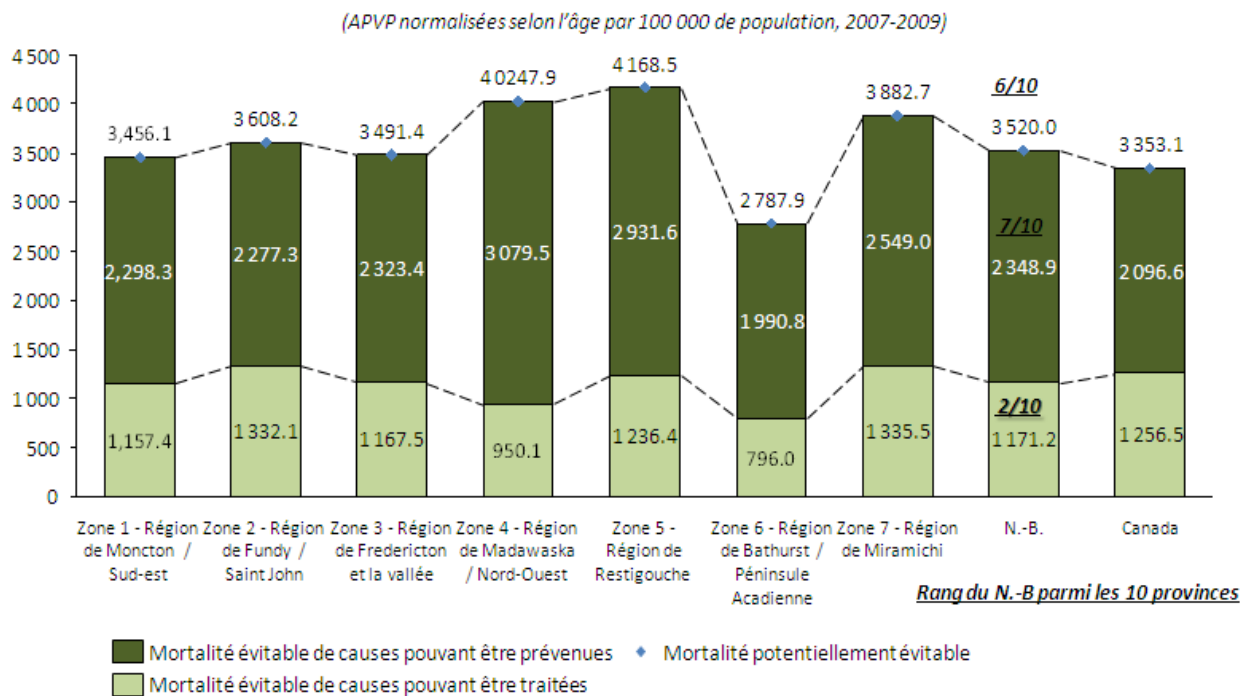
¹⁴ Source for figure 16 : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick - dénombrement des lits en opération 2012-2013, Institut canadien des actuaires - Have Associates - Modèle des futures dépenses en soins de santé et des futurs besoins en ressources au Nouveau-Brunswick - Projection du ratio 2012-2013

Des résultats pour la santé et des états de santé sous la moyenne

La clé d'un système de santé viable axé sur le patient réside dans la capacité de mobiliser les ressources de santé disponibles afin d'atteindre une meilleure qualité de soins de santé et d'améliorer les résultats pour la santé des citoyens.

La concentration des coûts et des ressources actuelles dans le secteur des soins aigus (axé sur le nombre et la distribution des lits), et un modèle général de prestation de services axés sur les soins aigus, ont probablement contribué à la 2^e meilleure classification du Nouveau-Brunswick parmi les provinces canadiennes en matière de vies perdues en raison de mortalité évitable attribuable à des causes traitables (Tableau 17¹⁵).

Tableau 17. Mortalité évitable au Nouveau-Brunswick (prévenable vs traitable) par zones



¹⁵ Source: Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès et division de la Démographie (estimations de la population). CANSIM table 102-4311 Mortalité prématurée et pouvant être évitée, moyenne sur trois ans, Canada, provinces, territoires, régions de santé et groupes d'homologues

Bien que cette situation puisse être considérée comme un résultat positif, elle peut coûter cher. La distribution des fonds et des ressources peut refléter une approche réactive qui ne puisse se traduire en une meilleure qualité de vie pour les personnes qui développent des maladies chroniques et éventuellement perdent plus d'années potentielles de vie (APV) attribuables à des causes de décès qui peuvent être évitées. Si des régions qui affichent les plus hauts taux de lits par habitant (zones 4 et 5) affichent également les plus hauts taux de mortalité évitable (surtout si elle est attribuable à des causes traitables), cela signifie que disposer de plus de ressources n'offre pas nécessairement la garantie de meilleurs résultats pour la santé de la population.

Le rendement moindre du secteur des soins de santé primaires et le manque d'intégration et de planification entre les trois secteurs de soins de santé renforceront sans doute davantage l'approche réactive fondée sur les soins aigus. Il en résultera un système de santé qui doit sans cesse traiter un fardeau croissant en matière de santé et faire face à une demande à l'aide des seules ressources existantes; un système de santé qui devra fournir des efforts considérables pour améliorer son rendement et ses résultats et ce, dans un contexte de contrôle des coûts.

On doit tirer des leçons de l'expérience du Nouveau-Brunswick si l'on veut améliorer la conception des services cliniques afin qu'elle résulte en de meilleurs résultats pour la santé de la population. La zone 6 (Bathurst et la Péninsule acadienne) représente un exemple intéressant des plus faibles taux de mortalité évitable (à la fois traitable et pouvant être prévenue) et ce, malgré certains défis que pose l'expérience de soins primaires. Une analyse plus poussée et l'étude de l'environnement entourant le rendement du système de santé dans la zone 6 peuvent offrir des aperçus intéressants en vue de planifier des projets qui tireraient avantage de l'examen de la prestation de tous les programmes et services clés de la zone 6 et de l'identification de ses domaines de forces.

Réaligner nos ressources vers un système de santé axé sur le patient et qui traite le continuum entier des soins et des services pourrait constituer une étape essentielle dans l'harmonisation des normes et de la qualité des soins, et améliorer le rendement du système de santé. Les Néo-Brunswickois ont besoin d'un système de santé intégré axé sur le patient pour obtenir un meilleur état de santé, réduire la demande de services dispendieux de soins de santé aigus, diminuer la pression sur le système de santé et conséquemment, contrôler les coûts des soins de santé afin d'obtenir un système de santé viable.

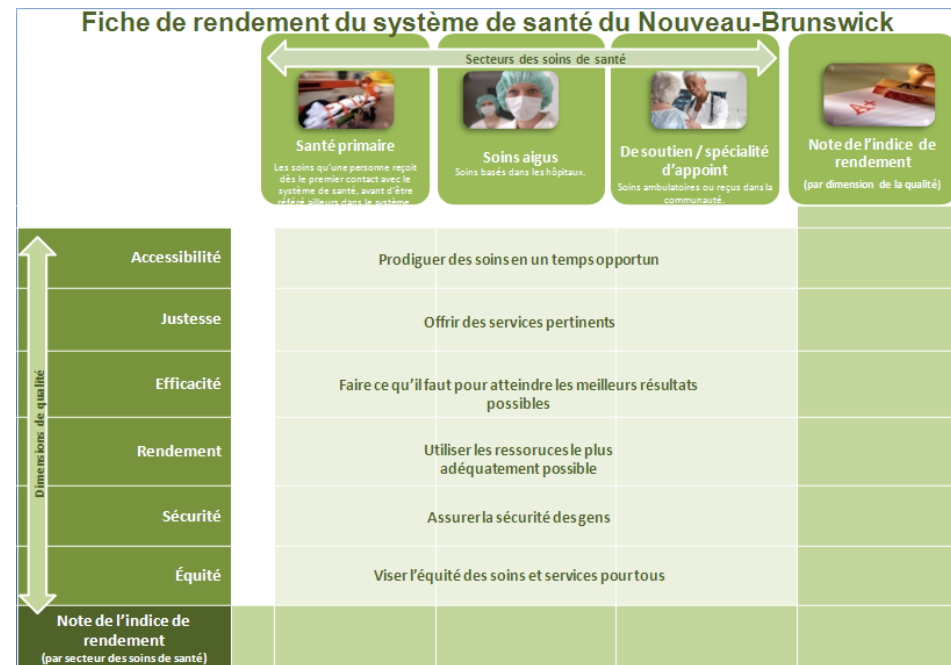
Introduction:

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 Fiche de rendement du système de santé renferme des indicateurs de rendement organisés par secteurs de soins pour souligner l'importance de l'intégration des programmes et des services. Elle présente aussi des indicateurs additionnels qui reflètent mieux ces programmes et services auxquels ont accès les citoyens du Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'un effort pour assurer que les citoyens, ou patients, demeurent le point central de l'amélioration de la qualité des services de santé, puisqu'ils doivent naviguer ce système de santé pour une gestion efficace de leur santé.

La note de l'indice de rendement compare le rendement du Nouveau-Brunswick à la valeur la plus haute possible atteinte nationalement. Une note d'indice de rendement ne devrait pas être considérée sans les indicateurs sur lesquels elle est basée en ce qui a trait aux décisions concernant les décisions de politiques et de planification. L'utilisation de notes d'indice de rendement donne au public une occasion d'apprécier comment le système performe de façon holistique.

Dans ce système complexe 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 santé¹⁶. 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



¹⁶ 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 >.

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 composent le système de soins de santé¹⁷.

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.

¹⁷ 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



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 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 acceptables¹⁸, 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
7. Capacité à contribuer à une vue cohérente et complète du rendement du système de santé au Nouveau-Brunswick.

¹⁸ Agrément Canada, [en ligne], de <<http://www.accreditation.ca/>>.

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)	# d'indicateur dans la fiche de rendement 2013 (137 indicateurs)
Dimensions de la qualité				
Accessibilité	17	29	28	28
Justesse	11	15	16	16
Efficacité	13	20	26	26
Rendement	6	13	13	13
Sécurité	1	14	20	20
Équité	0	20	34	34
Secteurs de soins de santé				
Santé primaire	19	51	51	51
Soins aigus	21	40	51	51
De soutien / spécialités d'appoint	8	20	35	35
Soins palliatifs*	0	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.*

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

La fiche de rendement et les indicateurs offrent des possibilités:

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

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 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*¹⁹, l'Institut Fraser²⁰ 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*²¹ qui évalue la qualité de vie au Canada comparativement à celle de pays semblables et l'*Institute of Well-being*²², 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*²³ du *The Frontier Centre for Public Policy*, qui publie des rapports sur la façon dont les systèmes de santé des provinces servent leurs citoyens.

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 :

¹⁹ 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>.

²⁰ Institut Fraser, [en ligne], de <<http://www.fraserinstitute.org/fr/reportcards/hospitalperformance/>>.

²¹ 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>.

²² 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>>.

²³ 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>>.

- 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 santé²⁴.

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

²⁴ 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

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. $14 = \text{Note « D »}$.

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.*
- *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 avec les autres provinces.

On retrouve dans la liste suivante un aperçu de certains avantages et désavantages à l'utilisation des indices^{25,26,27}

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

²⁵ 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.

²⁶ A. Saltelli, "Composite indicators between analysis and advocacy", *Social Indicators Research* 81, 1 (2007) pp.65-77. En anglais seulement

²⁷ 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 en raison de modifications dans les sources de données (ex.: les différences dans les questions soumises par le Sondage national des médecins 2013; l'abolition de certains indicateurs par Statistique Canada, etc.), ou de modifications dans la méthodologie qui régit les indicateurs (ex. : les taux d'immunisation, le coût par cas pondéré ajusté selon la main d'oeuvre, le taux normalisé de mortalité hospitalière, etc.). Ces indicateurs sont bien identifiés dans les tableaux des indicateurs actuels.

Le CSNB continue à tenter de représenter le plus de programmes et de services afin de proposer un outil complet de mesure du rendement qui fasse également voir l'allocation des fonds en vertu du système actuel de rapports financiers ou de rapport annuel de ces services.

Les défis continus:

Au fur et à mesure où nous continuons à surveiller les indicateurs de notre fiche de rendement du système de santé, de nombreux défis ne cessent de surgir.

Certains indicateurs continuent à connaître des changements de méthodologie effectués par leur source, ce qui gêne la possibilité d'établir les tendances d'une année à l'autre.

Un défi persistant est celui de l'absence de points de repère normalisés nationaux qui limite la possibilité de classification et minimise éventuellement la contribution de ces indicateurs aux classifications générales par dimension de qualité, par secteur de soins et par notation provinciale générale.

La dimension d'équité est la plus difficile à traiter sur le plan de la mesure, étant donné qu'il existe plusieurs approches différentes ou domaines de concentration possible. De plus, il existe peu de consensus au sujet de la signification des termes « disparités en santé », « inégalités en santé » ou « équité en santé ». Les définitions peuvent avoir des conséquences pratiques, puisqu'elles déterminent les mesures que surveillent les gouvernements ainsi que les activités auxquelles seront affectées les ressources qui auront à traiter les disparités/inégalités en santé ou l'équité en santé. Pour le CSNB, l'accès à des services de santé de bonne qualité est un déterminant important de la santé¹¹ et par conséquent, comprendre s'il existe des disparités à l'égard des groupes vulnérables du Nouveau-Brunswick n'est pas seulement important, mais inestimable à ce qui a trait à la planification et à l'élaboration de politiques. Choisir une méthodologie pour analyser l'iniquité en santé était fondé sur l'étude

des différences en matière d'accessibilité à un médecin de famille, de qualité des fournisseurs de soins de santé primaires, et du nombre et de qualité des services hospitaliers selon des caractéristiques démographiques. Calculer la note globale en matière de dimension d'équité exigeait également une approche légèrement différente de la méthodologie de notation globale utilisée pour toutes les autres dimensions de qualité. La publication des résultats du *Sondage 2013 sur les soins aigus* a contribué à mettre à jour la dimension d'équité au sein du secteur des soins aigus.

Le défi demeure, 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 services et des programmes sont livrés soit grâce à des services hospitaliers (*soins aigus*), au Programme extramural (*soins de soutien/spécialisés*) ou à des établissements de soins de longue durée (*soins de soutien/spécialisés*), le défi consiste à en saisir les données. C'est la raison pour laquelle nous avons éliminé ce secteur du rapport public des notes.

Le prochain défi important consistera à identifier des indicateurs qui ont été colligés pour des programmes ou des services désignés de notre secteur des soins de soutien/spécialisés, que l'on appelle plus communément « 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 plutôt réussi à identifier et à inclure les indicateurs d'au moins trois de ces domaines traditionnels, notre recherche s'est avérée extrêmement limitée en ce qui a trait à des comparateurs provinciaux ou internationaux.

Les défis se sont poursuivis, bien qu'étant limités à des données et à des indicateurs qui pouvaient générer des alertes dans les domaines du rendement qui exigent une attention particulière et qui peuvent être approfondis jusqu'au niveau de la zone ou même des programmes et ce, à des fins d'analyse et d'évaluation. Au cours de la première année, les 48 indicateurs ont été limités à des indicateurs au niveau du système ou des programmes, qui provenaient de bases de données nationales et ce, afin de créer un sentiment d'aise et de tracer un portrait de base commun du rendement.

Les tendances clés / Les observations:

Accessibilité:

Dans l'ensemble, l'accessibilité a maintenu sa note « C ». On a réalisé quelques améliorations en matière de disponibilité des médecins de famille réguliers (parmi les taux les plus élevés au Canada), en améliorant l'accessibilité aux soins immédiats dans les cas de problèmes mineurs de santé. Cependant, ceci ne s'est pas traduit par une meilleure accessibilité à des soins de routine ou immédiats, alors que plus de personnes ont fait état de difficultés. L'accessibilité aux médicaments prescrits fait apparaître de façon constante une barrière financière, alors qu'un plus grand pourcentage des dépenses des ménages est consacré aux médicaments prescrits au Nouveau-Brunswick que dans les autres provinces.

Le rendement en ce qui a trait à l'accessibilité aux chirurgies s'est amélioré dans l'ensemble par rapport aux autres provinces, alors que d'autres indicateurs ont connu une amélioration ou sont demeurés stables, et que plus de patients ont été opérés pour des chirurgies requises à la hanche ou au genou (fractures de la hanche : de « C » à « A+ » et remplacement du genou de « E » à « C »).

Le temps d'attente en vue d'un hébergement dans un foyer de soins de longue durée semble s'améliorer. Le Programme extramural ne cesse de servir plus de clients par habitant. L'accessibilité des enfants et des jeunes à des services de santé mentale requis dans les 30 jours continue de poursuivre sa course dans la mauvaise direction (41,7 %).

Justesse

On définit la justesse comme représentant les soins ou les services prodigués qui répondent aux besoins du patient/du client, selon les normes établies. La fiche de rendement de cette année a maintenu la note « C » pour la justesse. Pour ce qui est des soins aigus, on dénote une certaine amélioration puisque moins de femmes accouchent par césariennes, et plus de nourrissons et d'enfants participent au dépistage universel de la surdité. Il y a toujours place à l'amélioration pour ce qui est des cas d'hospitalisation pour des raisons de santé mentale, qui continuent d'augmenter. Pour ce qui est des soins primaires, outre l'amélioration de l'inoculation de vaccins contre la grippe prodiguée aux personnes âgées, de la vaccination des enfants et de l'initiation à l'allaitement, le dépistage du cancer du sein (mammographie) et du cancer du col de l'utérus (test de Pap) nécessite une amélioration. En ce qui concerne les soins de soutien/spécialité d'appoint, le dépistage en matière de maladie mentale n'a pas connu d'amélioration importante, alors que seulement 39 % ont fait l'objet d'un dépistage en 48 heures.

Efficacité :

Du point de vue du système de santé, cette dimension de qualité a offert le plus de connaissances approfondies sur les résultats en matière de soins ainsi que sur les écarts significatifs qui existent, dans le but d'obtenir un système intégré. L'efficacité reflète souvent les résultats obtenus chez les patients, puisque l'intervention ou l'action devrait donner les résultats espérés. La note en matière d'efficacité est passée de « C » à « D », ce qui signifie que l'on fait face à des écarts importants.

Les soins primaires exigent des améliorations, afin de soutenir l'efficacité dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. La population continue d'être témoin d'augmentations du diagnostic de haute tension artérielle (21,7 % à 23,3 %). Malgré la diminution des cas d'hospitalisation de conditions propices aux soins ambulatoires (hospitalisation potentiellement évitable), notre note a glissé à « F », ce qui illustre le besoin de consentir plus d'efforts afin de nous rapprocher des efforts nationaux en vue de freiner ce taux.

L'efficacité des soins aigus semble se diriger dans la mauvaise direction, alors que le contrôle ou la diminution des taux de réadmission affiche un rendement de moyen à faible. Cependant, la mortalité hospitalière (liée notamment aux accidents cérébraux vasculaires ou à la mortalité à la suite d'un séjour général de 5 jours à l'hôpital) a fait voir une amélioration et a obtenu la note « A » pour chacune de ces mesures. La mise à jour de l'indicateur du taux de survie relative de 5 ans pour quatre types majeurs de cancer a fait voir quelques déclin du rendement par rapport aux autres provinces, surtout dans le domaine du cancer colorectal (baisse de la note, de « B » à « E »).

Dans le secteur des soins de soutien/spécialisés, le Nouveau-Brunswick a obtenu de meilleurs taux en adoptant le modèle du Dossier médical électronique et affiche une amélioration importante par rapport aux autres provinces et ce, en pourcentage de personnes faisant état de douleurs ou d'inconfort qui les empêchent de pratiquer des activités (la note passant de « E » à « B »). Cependant, les domaines de rendement sur lesquels il faudrait se pencher comprennent les services en santé mentale, pour ce qui est des cas de réadmission à l'hôpital (baisse de la note de « A » à « D »), et le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée qui a obtenu la note « F ».

Rendement :

Le rendement est une autre dimension qui voit sa note baisser de « C » à « D » cette année. Sauf pour une durée de séjour légèrement meilleure que la moyenne et un rendement amélioré des appareils d'imagerie qui complètent plus d'examen par appareil, la tendance de la majorité des indicateurs va dans la mauvaise direction.

Cette année, des cas moins urgents et non urgents ont contribué à une plus grande proportion de visites à l'urgence. De plus, l'autre niveau de soins a connu plus d'hospitalisations.

Le rang du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux nombreux indicateurs financiers fait voir un des coûts par cas pondéré ajustés selon la main-d'oeuvre les plus élevés, d'où sa note « F », une augmentation des heures travaillées par le personnel des soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré, d'où sa note « E », et une augmentation du pourcentage des frais des services administratifs, dont la note baisse de « B » à « C ».

Sécurité :

Le CSNB fait rapport sur six dimensions de qualité et la sécurité continue à se distinguer en obtenant la plus haute note de la fiche de rendement de cette année, un « A ».

Les taux d'hospitalisation due à une blessure (en général et en raison de fractures de la hanche) ont diminué, ce qui fait voir de possibles améliorations dans la prévention et la gestion des blessures au sein du secteur des soins primaires.

Les indicateurs de sécurité dans le secteur des soins aigus continuent de placer le Nouveau-Brunswick parmi les provinces les plus performants. Cependant, étant donné une tendance qui commence à pencher dans la mauvaise direction, alors que les fractures de hanche à l'hôpital chez les personnes âgées et les événements indésirables en soins infirmiers chez les patients en médecine augmentent. Les taux d'infection nosocomiale continuent à être inférieurs aux cibles suggérées, mais le taux actuel semble augmenter légèrement. Il sera important de l'étudier davantage et de surveiller cette tendance.

Équité :

En termes d'équité, la note générale s'est maintenue à « C ». On a rapporté les mêmes iniquités dans le secteur des soins primaires et des soins de soutien/spécialisés (par rapport à la fiche de rendement précédente). Elles étaient fondées sur les différences d'évaluation dans l'accessibilité et/ou l'expérience des soins, selon les caractéristiques de la population, comme la géographie, les origines autochtones, la préférence basée de langue de service, le genre, l'âge, l'éducation et le revenu. L'équité en matière de soins aigus a été mise à jour en se fondant sur les résultats du *Sondage 2013 sur les soins aigus* qui ont récemment été publiés en novembre. Cette année, la dimension d'équité du secteur des soins aigus (qui est basée sur la note générale de l'hôpital) n'a pas changé. Le genre n'est cependant plus associé à de l'iniquité dans le secteur des soins aigus. Par ailleurs, l'iniquité basée sur la préférence de la langue de service a disparu.

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick - 2013*

**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 2013



↑ 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		D
	Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible		D
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens		A
	Équité	Viser l'équité des soins et services pour tous		C
	Note de l'indice de rendement <small>(par secteur des soins de santé)</small>	D	C	C

Comparaison 2011, 2012 et 2013

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



		2011	2012	2013
Dimensions de la qualité	Accessibilité	Prodiguer des soins en un temps opportun		B C C
	Justesse	Offrir des services pertinents		D C C
	Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles		C C D
	Rendement	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible		C C D
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens		B A A
	Équité	Viser l'équité des soins et services pour tous		D C C
Note de l'indice de rendement <small>(par secteur des soins de santé)</small>	2011	C	C	B
	2012	D	B	B
	2013	D	C	C

Indicateurs par dimension de qualité





2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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(Nouvelle source)	2012	79.0 %	--	75.7 %-82.9 %	C	--	--
A un médecin régulier (pourcentage)*1	2012	93.0 %	↑	75.2 %-93.0 %	A+	A+	■
Difficultés d’accès à des soins de routine ou de suivi à toute heure du jour (pourcentage)*2	2012	12.6 %	↓	13.1 %-11.9 %	D	A+	◆
Difficultés d’accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur à toute heure du jour (pourcentage)*2	2012	18.4 %	↑	29.6 %-18.6 %	A+	B	■
Médecins de famille et omnipraticiens qui fournissent des heures de bureau supplémentaires régulièrement (pourcentage) ³	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 référés d’URGENCE peuvent obtenir un rendez-vous le même jour (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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)(Tel que rapportés par les médecins) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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)*2	2009-2010	60.8 %	↑	51.8 %-71.6 %	C	F	■
Dépense moyenne par ménage sur médicaments et produits pharmaceutiques avec ordonnance (Pourcentage de dépense par ménage) ⁵ (NOUVEAU)	2011	0.91 %	--	1.06 %-0.55 %	E	--	--
Parti de la salle d’urgence sans voir de médecin (pourcentage) ⁶	2012-2013	5.5 %	↑	Zones: 7.6 %-3.2 %	--	--	--
Pourcentage d’appels d’urgence auxquels on a répondu dans le délai approprié (9 min – urbain, 22 min – rural) pour un service d’ambulance ⁷	2012-2013	94.73 %	↓	cible 90 %	A+	A+	■
Patients vus en moins de quatre heures à la salle d’urgence (pourcentage) ³	2011	75.0 %	--	73.0 % - 96.0 %	--	--	--

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

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

3. 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

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

5. Statistique Canada, Tableau 203-0022 <http://www.statcan.gc.ca>

6. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ambulance Nouveau- Brunswick. <http://www.ambulancenb.ca/>



Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2013

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
 * Indicateur principal depuis 2010

2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2011-2012	84.92 %	↑	76.76 %-85.57 %	A+	C	■
Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	2010-2012	72.0 %	↔	52.0 %-89.0 %	C	D	■
Temps d'attente pour une chirurgie de remplacement du genou (en moins de 26 semaines) (pourcentage)*2	2010-2012	61.0 %	↑	35.0 %-84.0 %	C	E	■
Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte (en moins de 16 semaines) (pourcentage)*2	2010-2012	85.0 %	↔	57.0 % - 88.0 %	A+	A+	■
Temps d'attente pour pontage aortocoronarien – Niveau II (dans les 42 jours) (pourcentage)*3	2012-2013	85.0 %	↑	--	--	--	--
Temps d'attente pour des traitements de radiothérapie (en moins de 28 jours) (pourcentage)*2	2010-2012	94.0 %	↓	89.0 % - 100.0 %	C	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	E	--
Lits en foyer de soins par 100 personnes âgées de plus de 75 ans (taux par 100)*5	2012-2013	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	2011	41.2 %	↓	34.4 %-47.7 %	C	C	●
A eu des difficultés à obtenir des soins d'un spécialiste (pourcentage d'accès moyen ou faible) 7(Sera éliminé en 2014)	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	2012-2013	95.38 jours	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – clients servis, par 10008	2012-2013	54.6	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par la communauté (pourcentage)8	2012-2013	62.1 %	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par l'hôpital (pourcentage)8	2012-2013	27.5 %	↓	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 9 (Excluant St. Stephen et Caraquet, systèmes de rapport différent)	2012-2013	41.7 %	↓	Zones: 16.0 %-63.4 %	--	--	--
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/indikator_ent
 2. Institut canadien d'information sur la santé – Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013
 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 de la Santé du Nouveau-Brunswick, Programme d'extra-mural
 9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Santé mentale. (l'écart utilisé est celui des zones de santé du Nouveau-Brunswick)



2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2012	70.3 %	↓	66.8 %-80.2 %	E	--	--
A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2012	71.9 %	↓	62.3 %-74.4 %	A	A+	◆
Allaitement, a commencé à allaiter (pourcentage)* ²	2012	78.5 %	↑	59.3 %-97.2 %	C	D	■
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)* ¹	2012	42.0 %	↓	36.3 %-62.2 %	E	E	●
Proportion des enfants à la maternelle répondant aux exigences d'immunisation (pourcentage) ³ (Changement de méthodologie en 2010)	2011-2012	73.2 %	↑	Zones: 52.6 % - 96.9 %	--	--	--
Été vacciné contre la grippe dans la dernière année, pour les adultes de 65 ans et plus (pourcentage) ²	2012	68.9 %	↑	55.6 %-77.1 %	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 mesure de la pression artérielle, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁴	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)* ⁴	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)* ⁴	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)* ⁴	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
 2. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 3. 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)

4. 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_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/disPage.jsp?cw_page=AR_2991_F

2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
	Année	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	2011-2012	421	↓	469-285	E	E	●
Proportions des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins aigus (pourcentage)* ¹	2011-2012	27.3 %	↑	32.0 %-21.4 %	C	C	●
Dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés (pourcentage) ²	2012-2013	92.1 %	↑	Zones: 62.7 % - 99.5 %	--	--	--
Utilisation de l'angiographie coronarienne après un infarctus aigu du myocarde (taux par 100) ³	2011-2012	72.64	↑	56.24 %-75.36 %	A+	A	■
Hospitalisation liée à la maladie mentale (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ¹	2011-2012	631	↓	838-401	C	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.							
Proportion des clients en santé mentale qui ont reçu une évaluation dans les 48 heures (pourcentage) ⁴	2012-2013	39.0 %	↑	Zones: 7.0 %-70.0 %	--	--	--
Note de l'indice de rendement					C	C	●

1. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2013.
<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>

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/indicateur_ent

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

2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2011-2012	460	↑	460-254	F	E	◆
Ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (pourcentage)* ²	2012	23.3 %	↓	23.3 % - 16.2 %	F	F	●
La moyenne d'heures de travail par semaine de soins directs aux patients avec une composante d'enseignement -à l'exclusion du temps de garde (hrs) (tel que rapporté par les médecins) ³ (NOUVEAU)	2013	5.11 heures	--	2.33 - 9.68	D	--	--
Pourcentage des patients atteints de diabète qui ne sont pas dans la zone optimale de la glycémie de 7 % ou moins (pourcentage) ⁴	2012	52.0 %	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Médecins œuvrant dans des cabinets interprofessionnels (pourcentage) ³	2013	16.2 %	↓	14.4 %-28.2 %	F	D	◆
Évènement d'accident vasculaire cérébrale (AVC) menant à une hospitalisation (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ¹	2011-2012	128	↑	144-116	C	C	●
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	2011	5.9 %	↑	6.8 %-5.3 %	B	C	■
Taux de mortalité après une chirurgie majeure, à l'hôpital, dans les 5 jours suivants (taux par 1 000) ⁶	2011-2012	6.45	↑	9.82-5.44	A	C	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident vasculaire cérébral (pourcentage)* ¹	2009-2012	14.9 %	↑	20.4 %-13.5 %	A	B	■
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)* ¹	2009-2012	7.4 %	↑	8.1 %-6.4 %	D	D	●
Taux de réadmission dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (nouvelle méthodologie)	2011-2012	14.2 %	--	9.1 %-14.2 %	F	--	--
Réadmission dans les 30 jours, patients de 19 ans et moins (taux ajusté selon le risque, %) ¹ (anciennement réadmission en pédiatrie)	2011-2012	6.1 %	↓	6.8 %-5.5 %	C	A+	◆
Réadmission en chirurgie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹	2011-2012	6.7 %	↓	7.7 %-6.0 %	C	A	◆
Réadmission en obstétrique dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹	2011-2012	2.5 %	↓	2.8 %-1.7 %	E	C	◆
Réadmission médicale dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ¹	2011-2012	13.4 %	↓	14.7 %-12.2 %	C	B	◆

1. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2013.

<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>

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

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

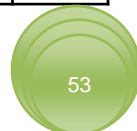
4. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

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

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

[http://www.cihi.ca/CIHI-ext-](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent)

[portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent)



2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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) ¹	2011-2012	12.7 %	↓	13.3%-8.6 %	F	C	◆
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement de la hanche (taux par 100) ²	2011-2012	3.76	↑	4.39-1.49	E	E	●
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement du genou (taux par 100) ²	2011-2012	3.64	↑	4.21-1.42	E	F	■
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate (ratio de survie relative) (pourcentage) ³	2006-2008	95.0 %	↓	90.0 %-97.0 %	B	A+	◆
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du sein (ratio de survie relative) (pourcentage) ³	2006-2008	89.0 %	↑	85.0 %-89.0 %	A+	A	■
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du côlon (ratio de survie relative) (pourcentage) ³	2006-2008	62.0 %	↓	61.0 %-67.0 %	E	B	◆
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer des poumons (ratio de survie relative) (pourcentage) ³	2006-2008	17.0 %	↑	15.0 %-21.0 %	D	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) ⁴	(2e quart 2013)	3.058	↑	0.552-4.285	B	A+	◆
Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ¹	2010-2011	11.7 %	↓	13.2%-9.5 %	D	A	◆
Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ¹	2011-2012	85	↓	86-57	F	E	◆
Douleurs ou malaises empêchant des activités (pourcentage) ⁵	2012	14.5 %	↑	17.2 %-13.0 %	B	E	■
Note de l'indice de rendement					D	C	◆

1. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>
 2. 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/indicateur_ent
 3. Bases de données et tables de mortalité du Registre canadien du cancer et de la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada
 4. HIMSS Analytics™ LLC . <http://www.himssanalytics.org/>
 5. Statistique Canada, Tableau 105-0501 . <http://www.statcan.gc.ca>

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2013

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
 * Indicateur principal depuis 2010

2013 - Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	C	--
Des dossiers électroniques pour consigner ou consulter des notes au sujet des patients (pourcentage) ² (NOUVEAU)	2013	39.8 %	--	38.3 % - 76.2 %	F	--	--
% des niveaux de triage 4 et 5 (moins urgent et non urgent) vus dans les salles d'urgence (pourcentage) ³	2012-2013	63.2 %	↓	Zones:72.2 % - 55.8 %	--	--	--
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	2012-2013	23.0%	↓	23.0%-8.3 %	F	F	●
Durée moyenne du séjour en soins de courte durée normalisée selon l'âge (en jours) ⁴	2011-2012	7.7	↑	6.4-8.7 days	C	E	■
Coût par cas pondéré (\$)– ajusté selon le taux de rémunération ⁵ (NOUVEAU)	2011-2012	6 511 \$	--	6 723 \$-4 945 \$	F	--	--
Heures travaillées totales en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré (pourcentage) ⁵	2011-2012	58.1 %	↓	61.7 %-42.9 %	E	E	●
Dépenses en services administratifs comme pourcentage des dépenses totales ⁵	2011-2012	4.9 %	↓	5.9 %-3.7 %	C	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 tomodensitogrammes (TDM) (par 1 000 personnes)* ⁶	2011-2012	209	--	89-209	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie de tomodensitométrie (TDM) par appareil (nombre) ⁶	2011-2012	9 276	↑	6 206– 9 782	A+	C	■
Nombre d'examen réalisés à l'aide d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (par 1 000 personnes)* ⁶	2011-2012	50	--	32 -62	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par appareil(nombre) ⁶	2011-2012	6 342	↑	3 772 – 8 643	C	B	◆
Nombre moyen de jours pour compléter une évaluation générique pour les soins à long terme ⁷ (nouvelle méthodologie)	2012-2013	53.59 jours	↓	--	--	--	--
Note de l'indice de rendement					D	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 en 2011-2012 (2013). <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC526>

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. 2012.
 7. Ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick

2013 - Indicateurs par dimension de la qualité - SÉCURITÉ :

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

(Assurer la sécurité des gens)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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 (sera éliminé en 2014)	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	2011-2012	578	↑	789-409	C	C	●
Évènement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation (Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2011-2012	462	↑	543-403	B	C	■
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 (Nouvelle méthodologie)	2012-2013	92	--	110-84	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	2013	5.1 %	↔	Zones: 5.8 % - 4.1 %	--	--	--
Score des mesures transitoires de soins (MTS) (coordination des soins après avoir quitté l'hôpital) ⁵	2013	38.8	↑	Zones: 32.0-48.8	--	--	--
Hygiène des mains - % de conformité avant le contact avec les patients (tel que rapporté par les patients) (pourcentage) ⁵	2013	46.1 %	↓	Zones: 39.6 %-61.3 %	--	--	--
Patients qui croyait que l'hôpital prenait leur sécurité au sérieux (pourcentage) ⁵	2013	77.3 %	↑	Zones: 74.0 %-85.7 %	--	--	--
Taux de chute des patients à l'interne (chutes signalées dans les aires internes par 1000 jours-patients) ⁶	2012-2013	5.61	↓	Zones: 7.03-3.97	--	--	--

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 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>

4. Institut canadien d'information sur la santé – Résultats pour RNMH. <http://ourhealthsystem.ca/?lang=fr#/indicators/005/hospital-deaths-hsmr>
 5. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2013 sur les soins aigus (CSNB 2013)
 6. Système de notification des incidents, Horizon et Vitalité

2013 - Indicateurs par dimension de la qualité - SÉCURITÉ :
 Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.
 (Assurer la sécurité des gens)

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2011-2012	0.89	↓↓	1.49-0.6	B	A	◆
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas médicaux (taux par 1000) ¹	2011-2012	21.63	↓↓	32.7-20.07	A+	A	■
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas chirurgicaux (taux par 1000) ¹	2011-2012	26.26	↑↑	42.86-24.05	A+	A+	■
Perception du personnel quant à la sécurité des patients au niveau de l'unité (% très bonne ou excellente) ²	2012	70 %	--	--	--	--	--
Taux d'infection à la DACD ou taux de Clostridium difficile rate (par 1000 jour-patient) ³	2012-2013	0.31	↓↓	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	2012-2013	0.05	↓↓	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection à l'ERV (taux par 1000 jours-patients) ³	2012-2013	0.0	↔	--	A+	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.							
Patients qui ont rapporté que le personnel leur a parlé de tous leurs médicaments dans le PEM (Pourcentage) ⁴	2012	72.3 %	--	--	--	--	--
Lésions auto-infligée (suicide) (taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 personnes) ⁵	2009	10.4	--	15.5 – 8.5	A	A	--
Note de l'indice de rendement					A	A	●

1. Institut canadien d'information sur la santé– Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). http://www.chi.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>



2013- Indicateurs par 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 %	1
Homme	90.5 %	1
Femme	94.4 %	
18-34	88.6 %	1
35-54	92.2 %	
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 %	0
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	92.7 %	
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



2013- Indicateurs par 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	0
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	102.5	
Revenu - moins de 25 000 \$	99	
Revenu -25 000 \$ à 60 000 \$	100.6	0
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_primaires_nb.cfm



2013- Indicateurs par 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)	75.4 %	
Rural	76.4 %	0
Urbain	74.7 %	
Autochtone	71.4 %	0
Non autochtone	75.3 %	
En français	78.4 %	1
En anglais	74.6 %	
Homme	76.0 %	0
Femme	74.8 %	
Moins de 45	71.9 %	1
45-64	75.1 %	
65+	76.3 %	
8 ^e année ou moins	81.8 %	1
Quelques années d'études secondaires	78.9 %	
École secondaire ou GED	74.8 %	
Collège / École de métier	72.1 %	
Diplôme de premier cycle	72.8 %	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	66.0 %	

1. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2013 sur les soins aigus (CSNB 2013) http://www.nbhc.ca/sondage_experience.cfm



2013- Indicateurs par 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



2013- Indicateurs par 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 %	0
Revenu - moins de 25 000 \$	87.8 %	
Revenu -25 000 \$ ou plus	87.2 %	

	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	C	C	●



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

Indicateurs par secteur de soins





2013 – Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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 (Nouvelle source)	2012	79.0 %	--	75.7 %-82.9 %	C	--	--
A un médecin régulier (pourcentage)* ¹	2012	93 %	↑	75.2 %-93 %	A+	A+	■
Difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi à toute heure du jour (pourcentage)* ²	2012	12.6 %	↓	13.1 %-11.9 %	D	A+	◆
Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur à toute heure du jour (pourcentage)* ²	2012	18.4 %	↑	29.6 %-18.6 %	A+	B	■
Médecins de famille et omnipraticiens qui fournissent des heures de bureau supplémentaires régulièrement (pourcentage) ³	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 référés d'URGENCE peuvent obtenir un rendez-vous le même jour (tel que rapporté par les médecins) (pourcentage) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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) (%) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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)* ²	2009-2010	60.8 %	↑	51.8 %-71.6 %	C	F	■
Dépense moyenne par ménage sur médicaments et produits pharmaceutiques avec ordonnance (Pourcentage de dépense par ménage) ⁵ (NOUVEAU)	2011	0.91 %	--	1.06 %-0.55 %	E	--	--
Parti de la salle d'urgence sans voir de médecin (pourcentage) ⁶	2012-2013	5.5 %	↑	Zones: 7.6 %-3.2 %	--	--	--
Pourcentage d'appels d'urgence auxquels on a répondu dans le délai approprié (9 min – urbain, 22 min – rural) pour un service d'ambulance ⁷	2012-2013	94.73 %	↓	cible 90 %	A+	A+	■
Patients vus en moins de quatre heures à la salle d'urgence (pourcentage) ³	2011	75.0 %	--	73.0 % - 96.0 %	--	--	--

1. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>
 2. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, disponible au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 3. 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
 4. Sondage national des médecins. <http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps>
 5. Statistique Canada, Tableau 109-5012. <http://www.statcan.gc.ca>
 6. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
 7. Ambulance Nouveau- Brunswick. <http://www.ambulancenb.ca/>



2013 – Indicateurs par 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. (2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2012	70.3 %	↓	66.8 %-80.2 %	E	--	--
A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, pour les femmes de 50 à 69 ans (pourcentage)* ¹	2012	71.9 %	↓	62.3 %-74.4 %	A	A+	◆
Allaitement, a commencé à allaiter (pourcentage)* ²	2012	78.5 %	↑	59.3 %-97.2 %	C	D	■
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)* ¹	2012	42.0 %	↓	36.3 %-62.2 %	E	E	●
Proportion des enfants à la maternelle répondant aux exigences d'immunisation (pourcentage) ³ (Changement de méthodologie en 2010)	2011-2012	73.2 %	↑	Zones: 52.6 % - 96.9 %	--	--	--
Été vacciné contre la grippe, pour les adultes de 65 ans et plus (pourcentage) ²	2012	68.9 %	↑	55.6 %-77.1 %	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 mesure de la pression artérielle, au cours des 12 mois précédents (pourcentage)* ⁴	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)* ⁴	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)* ⁴	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)* ⁴	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)* ⁵	2011-2012	460	↑	460-254	F	E	◆
Ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (pourcentage)* ²	2012	23.3 %	↓	23.3 % - 16.2 %	F	F	◆
La moyenne d'heures de travail par semaine de soins directs aux patients avec une composante d'enseignement - à l'exclusion du temps de garde (hrs) (tel que rapporté par les médecins) ⁶ (NOUVEAU)	2013	5.11 heures	--	2.33 - 9.68 heures	D	--	--

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

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

3. 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)

4. Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des soins de santé primaires, Résultats du sondage 2011 (CSNB 2011) http://www.nbh.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/disPage.jsp?cw_page=AR_2991_F

5. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2013.

<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>

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



Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2013

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
 * Indicateur principal depuis 2010

2013 – Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
	Année	Valeur					
Patients atteints de diabète qui ne sont pas dans la zone optimale de la glycémie de 7 % ou moins (pourcentage) ¹	2012	52.0 %	↑↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Médecins œuvrant dans des cabinets interprofessionnels (pourcentage) ²	2013	16.2 %	↓↓	14.4 %-28.2 %	F	D	◆
Évènement d'accident vasculaire cérébrale (AVC) menant à une hospitalisation (taux normalise selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2011-2012	128	↑↑	144-116	C	C	●
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>							
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	C	--
Des dossiers électroniques pour consigner ou consulter des notes au sujet des patients (pourcentage) ^{2(NOUVEAU)}	2013	39.8 %	--	38.3 % - 76.2 %	F	--	--
% des niveaux de triage 4 et 5 (moins urgent et non urgent) vus dans les salles d'urgence (pourcentage) ¹	2012-2013	63.2 %	↓↓	Zones:72.2 % - 55.8 %	--	--	--
Dimension de la qualité - SÉCURITÉ : Les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés. <i>(Assurer la sécurité des gens)</i>							
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(Sera éliminé en 2014)}	2010	33.3 %	--	21.4 % - 45.0 %	C	C	--
Pourcentage de gens qui connaissent l'effet de chacun de leurs médicaments (pourcentage) ⁵	2011	46.7 %	--	25.7 % - 56.1 %	--	--	--
Hospitalisation à la suite d'une blessure (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2011-2012	578	↑↑	789-409	C	C	●
Évènement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation (Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ³	2011-2012	462	↑↑	543-403	B	C	■
Taux d'erreur ou de faute de la communauté (excluant les séjours à l'hôpital) (pourcentage) ⁵	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 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>

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



2013 – Indicateurs par 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 %	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



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

2013 – Indicateurs par 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. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	D	D	●



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_primaires_nb_cfm



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

* Indicateur principal depuis 2010

2013 – Indicateurs par secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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>Prodiquer 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	2011-2012	84.92 %	↑	76.76 %-85.57 %	A+	C	■
Temps d’attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche (en moins de 26 semaines) (pourcentage)* ²	2010-2012	72.0 %	⇔	52 %-89 %	C	D	■
Temps d’attente pour une chirurgie de remplacement du genou (en moins de 26 semaines) (pourcentage)* ²	2010-2012	61.0 %	↑	35 %-84 %	C	E	■
Temps d’attente pour une chirurgie de la cataracte(en moins de 16 semaines) (pourcentage)* ²	2010-2012	85.0 %	⇔	57 % - 88.0 %	A+	A+	■
Temps d’attente pour pontage aortocoronarien – Niveau II (dans les 42 jours) (%)* ³	2012-2013	85.0 %	↑	--	--	--	--
Temps d’attente pour des traitements de radiothérapie (en moins de 28 jours) (pourcentage)* ²	2010-2012	94.0 %	↓	89.0 % - 100.0 %	C	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	2011-2012	421	↓	469-285	E	E	●
Proportions des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins aigus (pourcentage)* ¹	2011-2012	27.3 %	↑	32.0 %-21.4 %	C	C	●
Dépistage universel des troubles de l’audition chez les nouveau-nés (pourcentage) ⁵	2012-2013	92.1 %	↑	Zones: 62.7 % - 99.5 %	--	--	--
Utilisation de l’angiographie coronarienne après un infarctus aigu du myocarde (taux par 100) ¹	2011-2012	72.64	↑	56.24 %-75.36 %	A+	A	■
Hospitalisation liée à la maladie mentale (taux normalisé selon l’âge par 100 000 habitants) ⁴	2011-2012	631	↓	838-401	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_en
 2. Institut canadien d’information sur la santé – Les temps d’attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013
 3. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les délais d’attente pour la chirurgie du Nouveau-Brunswick
 4. Institut canadien d’information sur la santé – Indicateurs de santé 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>
 5. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, DAD/#M / AHIM



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

* Indicateur principal depuis 2010

2013 – Indicateurs par secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	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	2011	5.9 %	↑	6.8%-5.3 %	B	C	■
Taux ajusté selon les risques de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)*2(Nouvelle méthodologie)	2011-2012	14.2 %	--	9.1 %-14.2 %	F	--	--
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) (pourcentage)*2	2009-2012	7.4 %	↑	8.1 %-6.4 %	D	D	●
Taux ajusté selon les risques de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivants un accident vasculaire cérébral (pourcentage)*2	2009-2012	14.9 %	↑	20.4 %-13.5 %	A	B	■
Taux de mortalité après une chirurgie majeure, à l'hôpital, dans les 5 jours suivants (taux par 1 000) ³ (NOUVEAU)	2011-2012	6.45	↑	9.82-5.44	A	C	■
Réadmission dans les 30 jours, patients de 19 ans et moins (taux ajusté selon le risque, %) ² (anciennement réadmission en pédiatrie)	2011-2012	6.1 %	↓	6.8 %-5.5 %	C	A+	◆
Réadmission en chirurgie dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ²	2011-2012	6.7 %	↓	7.7 %-6.0 %	C	A	◆
Réadmission en obstétrique dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ⁴	2011-2012	2.5 %	↓	2.8 %-1.7 %	E	C	◆
Réadmission médicale dans les 30 jours (taux ajusté selon le risque, %) ²	2011-2012	13.4 %	↓	14.7 %-12.2 %	C	B	◆
Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ²	2011-2012	12.7 %	↓	13.3 %-8.6 %	F	C	◆
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement de la hanche (taux par 100) ³	2011-2012	3.76	↑	4.39-1.49	E	E	●
Réadmission dans les 90 jours après un remplacement du genou (taux par 100) ³	2011-2012	3.64	↑	4.21-1.42	E	F	■
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer de la prostate (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2006-2008	95.0 %	↓	90.0 %-97.0 %	B	A+	◆
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du sein (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2006-2008	89.0 %	↑	85.0 %-89.0 %	A+	A	■
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer du côlon (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2006-2008	62.0 %	↓	61.0 %-67.0 %	E	B	◆
Estimation de survie à cinq ans pour le cancer des poumons (ratio de survie relative) (pourcentage) ⁴	2006-2008	17.0 %	↑	15.0 %-21.0 %	D	C	◆

1. Statistique Canada, Tableau 102-4509 - <http://www.statcan.gc.ca>
 2. Institut canadien d'information sur la santé – Indicateurs de santé 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>
 3. Institut canadien d'information sur la santé– Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). <http://www.cihi.ca/CIHI-ext->

4. portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/performance/indicator_ent
 Bases de données et tables de mortalité du Registre canadien du cancer et de la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada



2013 – Indicateurs par secteur de soins de santé - SOINS AIGUS

Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.

Indicateurs	Valeur du N.-B.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité - RENDEMENT : Atteindre les résultats voulus en utilisant les ressources de façon rentable. (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)							
Pourcentage de jours d'ANS (autre niveau de soins) comparé aux jours totaux de malades hospitalisés (pourcentage)*1	2012-2013	23.0 %	↓	23.0 %-8.3 %	F	F	◆
Durée moyenne du séjour en soins de courte durée normalisée selon l'âge (en jours) ²	2011-2012	7.7	↑	6.4-8.7 days	C	E	■
Coût par cas pondéré (\$)– ajusté selon le taux de rémunération ³ (NOUVEAU)	2011-2012	6 511 \$	--	6 723 \$-4 945 \$	F	--	--
Heures travaillées du personnel producteur d'unités des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées (pourcentage) ³	2011-2012	58.1 %	↓	61.7 %-42.9 %	E	E	●
Dépenses en services administratifs comme pourcentage des dépenses totales ³	2011-2012	4.9 %	↓	5.9 %-3.7 %	C	B	◆
Dimension de la qualité - SÉCURITÉ : Les risqué éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés. (Assurer la sécurité des gens)							
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)*4(nouvelle méthodologie)	2012-2013	92	--	110-84	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	2013	5.1 %	↔	Zones: 5.8 %- 4.1 %	--	--	--
Score des mesures transitoires de soins (MTS) (coordination des soins après avoir quitté l'hôpital) ⁵	2013	38.8	↑	Zones: 32.0-48.8	--	--	--
Hygiène des mains - % de conformité avant le contact avec les patients (tel que rapporté par les patients) (pourcentage) ⁵	2013	46.1 %	↓	Zones: 39.6 %-61.3 %	--	--	--
% des patients qui croyait que l'hôpital prenait leur sécurité au sérieux (pourcentage) ⁵	2013	77.3 %	↑	Zones: 74.0 %-85.7 %	--	--	--
Taux de chute des patients à l'interne (chutes signalées dans les aires internes par 1000 jours-patients) ⁶	2012-2013	5.61	↓	Zones: 7.03-3.97	--	--	--
Fracture de la hanche chez les personnes âgées (65+) hospitalisées (taux par 1000) ⁷	2011-2012	0.89	↓	1.49-0.6	B	A	◆
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas médicaux (taux par 1000) ⁷	2011-2012	21.63	↓	32.7-20.07	A+	A	■
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas chirurgicaux (taux par 1000) ⁷	2011-2012	26.26	↑	42.86-24.05	A+	A+	■
Perception du personnel quant à la sécurité des patients au niveau de l'unité (% très bonne ou excellente) ⁸	2012	70 %	--	--	--	--	--
Taux d'infection à la DACD ou taux de Clostridium difficile rate (par 1000 jour-patient) ⁹	2012-2013	0.31	↓	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	2012-2013	0.05	↓	cible 0.6	A+	A+	■
Taux d'infection à l'ERV (taux par 1000 jours-patients) ⁹	2012-2013	0.0	↔	--	A+	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 en 2011-2012, 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC526>
 3. Institut canadien d'information sur la santé, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux
 4. Institut canadien d'information sur la santé– Résultats pour RNMH. <http://ourhealthsystem.ca/?lang=fr#/indicators/005/hospital-deaths-hsmr>
 5. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 20103sur les soins aigus (CSNB

2013)
 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



2013 – Indicateurs par 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	75.4 %	
Rural	76.4 %	0
Urbain	74.7 %	
Autochtone	71.4 %	0
Non autochtone	75.3 %	
En français	78.4 %	1
En anglais	74.6 %	
Homme	76.0 %	0
Femme	74.8 %	
Moins de 45	71.9 %	1
45-64	75.1 %	
65+	76.3 %	
8 ^e année ou moins	81.8 %	1
Quelques années d'études secondaires	78.9 %	
École secondaire ou GED	74.8 %	
Collège / École de métier	72.1 %	
Diplôme de premier cycle	72.8 %	
Diplôme de deuxième ou troisième cycle	66.0 %	

	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	C	B	◆

1. Expérience vécue par le patient dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, Résultats du sondage 2013 sur les soins aigus (CSNB 2013) http://www.nbhc.ca/sondage_experience.cfm



2013 Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
	Année	Valeur					
Dimension de la qualité – ACCESSIBILITÉ : La capacité de 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	E	--
Résidents âgés d'au moins 75 ans ont accès à des lits de soins de longue durée (taux par 100)* ²	2012-2013	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)* ¹	2011	41.2 %	↓	34.4 % - 47.7 %	C	C	●
A eu des difficultés à obtenir des soins d'un spécialiste (pourcentage d'accès moyen ou faible) ⁴ (Sera éliminé en 2014)	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	2012-2013	95.38 days	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – clients servis, par 1000 ⁶	2012-2013	54.6	↑	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par la communauté (pourcentage) ⁶	2012-2013	62.1 %	↓	À déterminer	À déterminer	À déterminer	--
Programme extra-mural – % référé par l'hôpital (pourcentage) ⁶	2012-2013	27.5 %	↓	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 ⁷ (Excluant St. Stephen et Caraquet, systèmes de rapport différent)	2012-2013	41.7 %	↓	Zones: 16.0 %-63.4 %	--	--	--
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	2012-2013	39.0 %	↑	Zones: 7.0 %-70.0 %	--	--	--
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	(2e quart 2013)	3.058	↑	0.552-4.285	B	A+	◆
Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale (taux ajusté selon les risques, pourcentage) ⁹	2010-2011	11.7 %	↓	13.2 %-9.5 %	D	A	◆
Hospitalisation a la suite d'une blessure auto-infligée (taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants) ⁹	2011-2012	85	↓	86-57	F	E	◆
Douleurs ou malaises empêchant des activités (pourcentage) ¹⁰	2012	14.5 %	↑	17.2 %-13.0 %	B	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, Tableau 105-3002. <http://www.statcan.gc.ca>
 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 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC140>
 10. Statistique Canada, Tableau 105-0501. <http://www.statcan.gc.ca>





2013 – Indicateurs par 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.(2013)		Tendance de valeur	Intervalle des valeurs des autres provinces (valeurs, de la pire à la meilleure) ou standard/cible	Note du N.-B. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
	Annee	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'examen réalisés à l'aide d'appareils de tomodensitogrammes (TDM) (par 1 000 personnes)* ¹	2011-2012	209	--	89-209	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie de tomodensitométrie (TDM) par appareil (nombre) ¹	2011-2012	9 276	↑	6 206– 9 782	A+	C	■
Nombre d'examen réalisés à l'aide d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (par 1 000 personnes)* ¹	2011-2012	50	--	32 -62	--	--	--
Nombre moyen d'examen d'imagerie de résonance magnétique (IRM) par appareil (nombre) ¹	2011-2012	6 342	↑	3 772 – 8 643	C	B	◆
Nombre moyen de jours pour compléter une évaluation générique pour les soins à long terme ² (Nouvelle méthodologie)	2012-2013	53.59 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	2012	72.3 %	--	--	--	--	--
Lésions auto-infligées (suicide) (taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 personnes) ⁴	2009	10.4	--	15.5 – 8.5	A	A	--

1. Institut canadien d'information sur la santé – Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2012.
 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>



2013 – Indicateurs par 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 %	
Urbain	96.8 %	0
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



2013 – Indicateurs par 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 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. 2013	Note du N.-B. 2012	Tendance de note
Note de l'indice de rendement	C	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
OEdème 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 génitourinaire		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	