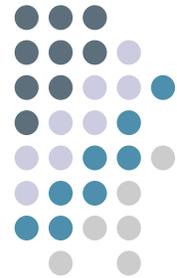


Recommandations à la ministre de la Santé  
du Nouveau-Brunswick

# Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

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



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

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

## Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

Pavillon J.-Raymond-Frenette  
100 des Aboiteaux Street, Bureau 2200  
Moncton, NB E1A 7R1

Téléphone: 1.877.225.2521  
1.506.869.6870

Télécopieur: 1.506.869.6282

[www.csnb.ca](http://www.csnb.ca)

Comment citer ce document:

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

This publication is available in English under the title **Recommendations to the New Brunswick Health Minister, Moving towards a planned and citizen-centered publicly funded health care system** (NBHC, 2011).



## Table des matières

Sommaire .....	5
----------------	---

-----

Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick .....	9
---	---

Un plan de services de santé pluriannuel complet et intégré .....	11
---	----

Les soins de santé primaires .....	22
------------------------------------	----

La promotion de la santé et la prévention .....	27
---	----

-----

### Annexes

A— Membres du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick .....	32
--	----

B— Carte des zones de santé au Nouveau-Brunswick .....	33
--	----

C— Sources .....	34
------------------	----





## Sommaire

L'an dernier, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) a fait le tour de la province et a entendu les Néo-Brunswickois exprimer que la santé et les soins de santé sont une responsabilité partagée. Ils ont démontré un empressement pour que tous assument leurs responsabilités. Depuis la mise en œuvre du Plan provincial de la santé 2008-2012, les intervenants du secteur de la santé ont pu se servir d'un modèle pour confirmer leur propre rôle. En se basant sur le travail de mesure du rendement des services de santé du CSNB dans la province, et sur l'avis des citoyens et les discussions avec les intervenants, les trois recommandations ci-dessous examinent les façons dont les intervenants pourront à l'avenir se doter d'un système de soins de santé public provincial axé sur les citoyens et planifié.

Il est impératif que le ministère de la Santé assume son rôle de direction, soit d'assurer une meilleure approche en ce qui a trait à la planification provinciale des services de santé au Nouveau-Brunswick. On peut atteindre un système de santé axé sur les citoyens grâce à une planification améliorée qui inclurait des résultats mesurables en matière de santé et des indicateurs clés de la santé pour mesurer le progrès, tout en respectant les demandes géographiques et linguistiques. Les éléments clés d'un système de santé axé sur les citoyens présenterait les caractéristiques suivantes:

- Il serait *axé sur la santé de la population*, ce qui signifie d'abord et avant tout, l'amélioration de la santé de la population;
- Il serait *axé sur l'engagement des citoyens*, non seulement en ce qui touche l'évolution du système de santé, mais également dans la gestion de la santé de chaque citoyen;
- Un élément important est la *qualité normalisée*, c'est-à-dire que l'on offrirait des soins de très haute qualité peu importe le lieu où ils sont offerts;
- Le droit à une *transition sans heurts* lors de transferts au sein même du système de santé, c'est-à-dire que la qualité des soins aux patients ne serait pas affectée par un transfert entre institutions ou régies de santé;
- Les structures organisationnelles fonctionneraient dans un *système intégré*, ce qui implique que les décisions futures seraient prises selon une approche et une perspective provinciale plutôt qu'en réponse à la totalité des demandes en provenance de tous les coins de la province.

## 1<sup>re</sup> RECOMMANDATION

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, prend des mesures pour développer, au cours de la prochaine année, un plan de services de santé provincial pluriannuel complet et intégré.

Le plan devrait définir les éléments suivants : des résultats mesurables en matière de santé; des cibles mesurables en matière de services (étendue et volume des services); des normes de disponibilité et de qualité des services; les ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre les cibles de services et l'attribution géographique et linguistique des services et des ressources.

Les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick ont reçu la cote « D » dans la fiche de rendement du système de santé du CSNB. De plus, le CSNB a récemment complété le sondage le plus exhaustif sur les soins de santé primaires jamais entrepris au Nouveau-Brunswick. Les Néo-Brunswickois ont exprimé bien des inquiétudes quant à la prestation de soins de santé primaires dans la province. Avec tant de domaines, il est parfois difficile d'identifier les priorités. La ministre de la Santé a identifié les soins de santé primaires comme étant un domaine prioritaire et un document de discussion a été publié en préparation d'un sommet qui aura lieu à l'automne 2011. Nous vous offrons, dans ce document, un nombre d'indicateurs concernant le rendement du secteur des soins de santé primaires, en accord avec les dimensions de qualité du CSNB.

## 2<sup>e</sup> RECOMMANDATION

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, examine l'organisation et la prestation des services de santé primaires dans la province dans le but d'utiliser les ressources humaines et financières existantes à leur plein potentiel.

Cet examen doit viser tout particulièrement l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins ainsi que leur intégration aux autres services en santé, entre autres, les services hospitaliers.

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

Les Néo-Brunswickois ont leur santé à cœur. Les citoyens qui ont participé aux initiatives d'engagement du CSNB considèrent la santé et les soins de santé comme une responsabilité partagée. Toutefois, les Néo-Brunswickois ne se classent pas au haut de l'échelle dans plusieurs catégories de maladies chroniques; des maladies qui peuvent être mieux contrôlées grâce à une méthode de prévention et de promotion de la santé systématique et harmonisée dans des domaines clés de la santé de la population.

### 3<sup>e</sup> RECOMMANDATION

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

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





## Vers un système de soins de santé provincial, axé sur le citoyen et financé publiquement



### Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick :

Les Néo-Brunswickois ont le droit de participer à la prise de décisions au sein du système de santé et de connaître les décisions prises, les services qui doivent être livrés et leurs coûts. Le mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est d'encourager la transparence, l'engagement et l'obligation de rendre compte. Le CSNB invite les citoyens à participer dans des dialogues constructifs en:

- Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services de santé;
- Informant les citoyens sur la performance du système de santé; et en
- Recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.

Ces recommandations constituent la dernière composante du plan de travail du CSNB visant à répondre aux multiples aspects de son mandat. Nous avons mis en œuvre un cycle annuel de rapports sur le rendement et la qualité des services de santé. Nous faisons aussi rapport sur la satisfaction des citoyens à l'égard des

services publics de santé de même que sur leur viabilité.

Les travaux du CSNB ont été grandement enrichis par les commentaires des citoyens reçus lors de la première initiative d'engagement<sup>1</sup> au printemps 2010. Tous les rapports pertinents sont disponibles sur le site Web du CSNB à l'adresse [www.csnb.ca](http://www.csnb.ca).

Ces premières recommandations que nous adressons à la ministre de la Santé ont été influencées par cette première initiative provinciale d'engagement des citoyens. Les citoyens ont fortement réagi aux renseignements qu'ils ont reçus concernant leur santé, le rendement des services de santé et les projections pour l'avenir. Par exemple, on s'attend à ce que les dépenses totales en santé augmentent d'environ 1 milliard de dollars d'ici cinq ans (graphique 1), alors que nous ne disposons d'aucune donnée qui nous permet de croire que nous serons ainsi en meilleure santé ou mieux soignés (tableau 1). Les citoyens ont fait de nombreux commentaires et émis de nombreuses idées concernant ces défis; on les retrouve dans le rapport intitulé Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick,<sup>1</sup> qui

## Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

est disponible sur notre site Web.

Dans ses premières recommandations, le CSNB met l'accent sur trois aspects particuliers, soit: *un plan de services*

*de santé pluriannuel complet et intégré; les soins de santé primaires; et la promotion de la santé et la prévention.*

Graphique 1: Dépenses en santé, secteur public<sup>2</sup>

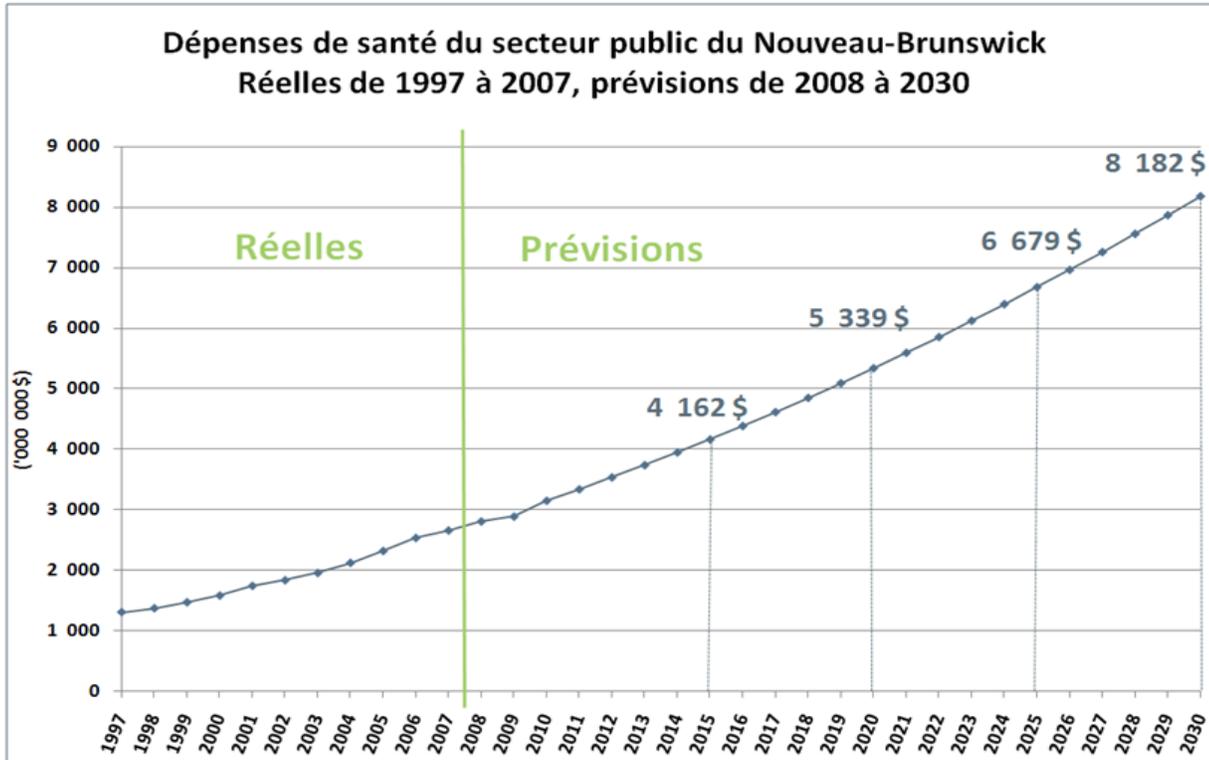


Tableau 1: Statut de la santé de la population au Nouveau-Brunswick<sup>3</sup>

État de la santé de la population	Moyenne N.-B.	Moyenne canadienne	Rang (N.-B. vs Canada)	Tendance (Comparé avec le dernier portrait)
Se croient en très bonne ou en excellente santé (% , 2009)	55.0	60.5	◆ 11/13	▼
Se croient en très bonne ou en excellente santé mentale (% , 2009)	68.1	73.9	◆ 12/13	▼
Douleurs ou malaises qui empêchent de faire certaines activités (douleur physique ou émotionnelle) (% , 2009)	14.5	12.3	◆ 13/13	▼
Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e) (% , 2009)	91.8	92.1	● 5/13	--
Espérance de vie (âge, 2005/2007)	80.0	80.7	● 6/10	--
Faible poids à la naissance (% , 2005/2007)	5.5	6.0	● 4/13	▲
Mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivante, 2005/2007)	4.1	5.0	● 3/13	▼
Décès prématuré dû aux maladies du coeur ou cérébrovasculaires (AVC – Stroke) (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2007)	96.2	77.5	● 10/13	▼
Décès prématuré dû aux cancer (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2007)	16.5	15.2	● 7/13	▼
Décès prématuré dû aux maladies respiratoires (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2007)	22.0	17.4	● 8/13	▲
Décès prématuré dû aux accidents (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2007)	83.1	60.1	● 8/13	▼
Décès prématuré dû aux suicides et blessure volontaires (années de vie perdues, taux par 10 000, 2005/2007)	39.1	34.6	● 8/13	=



## Un plan de services de santé pluriannuel complet et intégré

### *L'évolution des services de santé financés publiquement :*

Au Nouveau-Brunswick, le système de soins de santé financé publiquement s'est développé progressivement sur une période de plus de 50 ans, à partir de l'adoption par le gouvernement du Canada en 1957 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*.<sup>4</sup> Cette loi a instauré, pour la première fois, l'assurance publique pour les services de diagnostic et hospitaliers partout au Canada. Il s'agit là de l'une des nombreuses lois, certaines fédérales et d'autres provinciales, adoptées au cours des années et qui régissent les services de santé.

C'est vers le milieu des années 1960 que le Nouveau-Brunswick, à la faveur de l'importante *Loi sur les soins médicaux* (étendant la couverture de l'assurance publique aux services médicaux à l'extérieur des hôpitaux) du

gouvernement du Canada et du programme provincial Chances égales pour tous,<sup>5</sup> assumait la responsabilité pour les services publics de santé.

Au Nouveau-Brunswick, comme ailleurs au pays, les programmes et services de santé financés publiquement connurent une expansion rapide durant les années 1960 et 1970. Peu d'attention fut alors portée à la planification. La préoccupation principale était de s'assurer que les nombreuses organisations locales de santé sans but lucratif (les hôpitaux détenus et exploités localement) et les bureaux privés de médecins soient dotés des outils nécessaires pour répondre adéquatement au mandat assigné (p. ex., la mise en place de services hospitaliers, diagnostiques et médicaux financés publiquement et disponibles pour tous, sans frais).

Les premières tentatives réelles de planification à l'échelle provinciale du secteur des soins de santé au Nouveau-Brunswick ont eu lieu vers la fin des années 1970 et au début des années 1980 et concernaient les services hospitaliers. C'est à ce moment-là qu'ont été identifiées les composantes principales d'un plan directeur des services hospitaliers. Toutefois, ce plan représentait, en grande partie, la somme des projets de développements de plus de 50 hôpitaux locaux offrant des soins à ce moment-là.<sup>6</sup> Il s'agissait du résultat d'une priorisation émanant principalement des instances locales et qui esquissait, en termes généraux, le développement futur

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

de l'infrastructure hospitalière. Cependant, le plan n'indiquait nullement comment l'organisation et la prestation des services hospitaliers existants pouvaient être rationalisées et intégrées.

Durant cette même période, la décision du gouvernement du Nouveau-Brunswick d'établir un nouveau programme de services hospitaliers à domicile (l'hôpital extra-mural)<sup>7</sup> offrait la possibilité de concevoir un tout nouveau service sans avoir à composer avec les contraintes imposées par les expériences et les antécédents historiques ou locaux. Ce programme de santé fut le premier véritablement planifié à l'échelle de la province. Initialement établi comme un hôpital et mis en œuvre sur plusieurs années, il est toujours considéré aujourd'hui comme une expérience réussie. Au fil des ans cependant, le développement de l'hôpital extra-mural eut lieu de manière isolée des autres programmes de santé financés publiquement par le Nouveau-Brunswick. Ceci mena, dans les années 1990, à la dissolution de la commission qui en était responsable et à l'intégration de l'hôpital extra-mural à la structure hospitalière existante.

Au début des années 1990, il était devenu manifeste que les services publics de santé au Nouveau-Brunswick ne pouvaient pas continuer de se développer de la façon dont ils l'avaient été depuis les années 1960, c.-à.-d., de manière ad hoc, en fonction d'impératifs locaux, et selon un minimum de planification et de

coordination provinciale. Les faiblesses organisationnelles du secteur des services de la santé sont apparues clairement lorsque le gouvernement provincial a dû composer avec une crise financière majeure suite à la réduction des paiements de transfert en matière de santé.<sup>8</sup> De plus, des ressources financières limitées accentuaient les enjeux de distribution de programmes et de services. Il était devenu évident qu'une meilleure direction et coordination centrale était essentielle.

Plusieurs réformes importantes, initiées par la province, ont suivi. Un nouveau modèle de gouvernance des services hospitaliers fut introduit qui allait avoir des incidences importantes sur la distribution, la gestion et la planification des programmes et des ressources.<sup>9</sup> Ainsi, on passa de 52 hôpitaux et centres de santé avec leur propre conseil local d'administration (et responsable de la gestion de leurs propres programmes) à huit conseils d'administration régionaux. Les programmes allaient désormais être planifiés, organisés et exécutés sur une base régionale plutôt que locale. Le plan directeur des services hospitaliers, mis en œuvre au début des années 1980, a ensuite été révisé pour refléter la nouvelle approche régionale et le rôle accru du ministère de la Santé dans l'attribution des ressources.

D'autres programmes et services ont également été révisés afin d'assurer une consolidation, une coordination et une planification provinciale. C'est ainsi que fut

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

créé le premier plan provincial de ressources médicales qui prévoyait que la répartition des médecins dans la province se ferait selon des critères préétablis. Le plan reflétait les objectifs régionaux en matière de services hospitaliers et distribuait annuellement les numéros de facturation pour les médecins en fonction des spécialisations prévues dans chacune des régions hospitalières.

Des efforts ont également été investis pour assurer une meilleure intégration des services ambulanciers à la nouvelle structure régionale. Jusque là, la gestion des services ambulanciers se faisait par l'entremise d'une cinquantaine de contrats relevant de divers organismes, dont des associations bénévoles et le secteur privé.<sup>10</sup> Leurs liens avec les services hospitaliers demeuraient faibles et aucune norme d'exploitation provinciale n'était en place. Comme on le sait, l'intégration provinciale des services ambulanciers - terrestre et aérien - a eu lieu en 2007 et ces services sont maintenant étroitement liées aux programmes de soins aigus.

De nouvelles restructurations eurent lieu au début du 21<sup>e</sup> siècle alors que des régies régionales de la santé<sup>11</sup> (également responsables des programmes de santé mentale et de santé publique) remplacèrent les conseils d'administration régionaux. Ce nouvel environnement organisationnel a grandement contribué à accroître les possibilités de planification, de coordination et d'intégration des divers secteurs de soins.

Les dernières modifications, mise en œuvre en 2008, entraînaient la réduction du nombre de régies régionales (de 8 à 2),<sup>12</sup> la création de FacilicorpNB, organisme provincial responsable des services non cliniques et du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Conjointement avec le ministère de la Santé et Ambulance Nouveau-Brunswick, ces six institutions et les programmes qu'ils offrent constituent ce que l'on appelle communément un système de soins de santé provincial. Cependant, il faut souligner qu'un système de soins de santé englobe beaucoup plus que les organismes énumérés ci-dessus. Par système de soins de santé, on « entend notamment des particuliers, des établissements et des ressources concernés par la prévention, le traitement et la gestion des blessures, des maladies et des incapacités ainsi que par la protection du bien-être mental et physique dans le cadre des services offerts dans la province par la profession médicale et les professions connexes de la santé ». <sup>13</sup> Par exemple, les soins de longue durée dont la gestion relève du ministère du Développement social font partie du système de soins de santé.

La diminution du nombre de régies régionales et la création de FacilicorpNB et du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick ont été conçues comme une manière d'améliorer la capacité de ces institutions à travailler ensemble dans le contexte d'un système intégré. Cependant, trois ans après cette

## Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

restructuration, le Nouveau-Brunswick ne compte toujours pas de plan de services de santé global et intégré. Ce que l'on appelle « système de soins de santé » ressemble plutôt à un regroupement de services et de programmes qui ont de faibles liens entre eux. Tout cela correspond à la somme des parties et ne constitue donc pas un véritable système. Le chevauchement des tâches et les pratiques non efficaces sont monnaie courante, ce qui exerce une influence négative sur la qualité et la viabilité des services.

Néanmoins, au moment de faire connaître la nouvelle structure des services de santé que le gouvernement voulait centrée sur le citoyen, on identifiait certains résultats que l'on souhaitait atteindre dans les prochaines années. Il convient ici de rappeler les objectifs poursuivis puisqu'il semble qu'on les ait oubliés en cours de route. Selon le plan de santé proposé en 2008, un système de soins de santé, axé sur le citoyen, présenterait les caractéristiques suivantes :<sup>14</sup>

- Il serait *axé sur la santé de la population*, ce qui signifie d'abord et avant tout, l'amélioration de la santé de la population;

- Il serait *axé sur l'engagement des citoyens*, non seulement en ce qui touche l'évolution du système de santé, mais également dans la gestion de la santé de chaque citoyen;
- Un élément important est la *qualité normalisée*, c'est-à-dire que l'on offrirait des soins de très haute qualité peu importe le lieu où ils sont offerts;
- Le droit à une *transition sans heurts* lors de transferts au sein même du système de santé, c'est-à-dire que la qualité des soins aux patients ne serait pas affectée par un transfert entre institutions ou régies de santé;
- Les structures organisationnelles fonctionneraient dans un *système intégré*, ce qui implique que les décisions futures seraient prises selon une approche et une perspective provinciale plutôt qu'en réponse à la totalité des demandes en provenance de tous les coins de la province.

*Pourquoi est-il si important d'améliorer la planification provinciale?*

Lorsque les citoyens ont été mis au courant du contexte provincial existant, à la fois au niveau des ressources existantes et des tendances financières à venir, ils ont été fort étonnés.<sup>1</sup>

Tableau 2: Les soins de santé au Nouveau-Brunswick au fil des ans<sup>15</sup>

	1997-1998	2009-2010
Total de résidents admissibles	742 218	744 048
Dépenses du gouvernement provincial en santé	1 269 500 000 \$ (réelles 1998)	2 843 200 000 \$ (prévisions 2010)
Nombre de médecins de famille ou médecins spécialistes	1 354	1 743
Nombre d'infirmière	4 334	5 249

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

Ils voulaient également savoir pourquoi ce genre de renseignements n'était pas mieux connu. Ils ont clairement indiqué que l'on doit consacrer de plus grands efforts à assurer une meilleure transmission des renseignements aux citoyens sur l'état et les défis futurs du système de santé provincial. Fondamentalement, ils ont remis en question comment les décisions actuelles sont prises et, étant donné l'importance du défi de viabilité et les tendances actuelles de la santé de la population, ils croient fortement que des changements importants s'imposent dans la manière de prendre des décisions à l'avenir.<sup>1</sup>

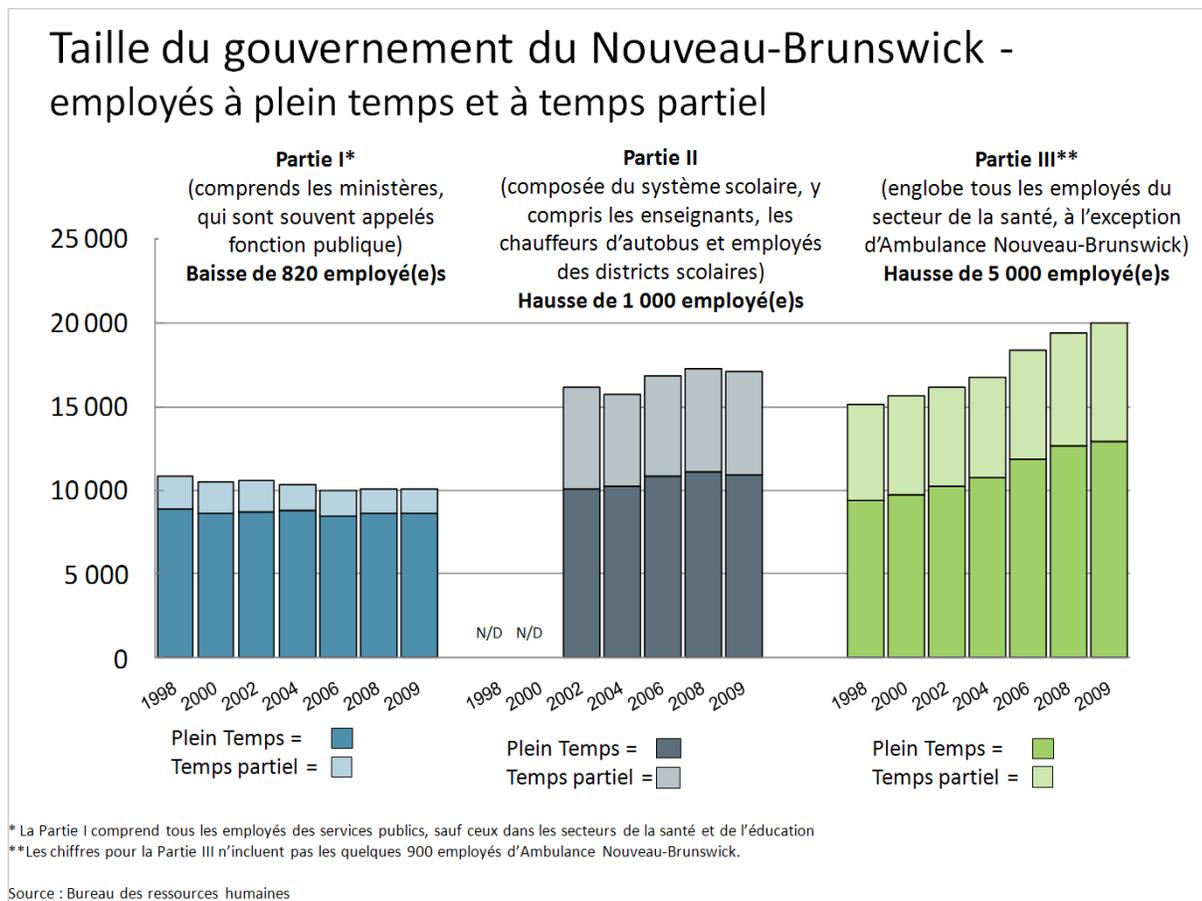
Alors que l'effectif total de la population dans la province est demeuré relativement stable entre 1997 et 2010, les ressources du système de santé ont considérablement augmenté (tableau 2).

Durant cette période, les dépenses en soins de santé ont plus que doublé, passant de 1,27 milliard à 2,84 milliards de dollars. Il y a environ 400 médecins et spécialistes de plus et environ 900 infirmières de plus. Si on compare le nombre d'employés dans le secteur des soins de santé (partie III) à celui des autres services de la fonction publique (parties I et II), on note que la croissance dans les soins de santé est d'environ 5 000 employés à plein temps et à temps partiel alors que la croissance combinée dans les parties I et II n'est que d'environ 180 employés (graphique 2).

Il est également intéressant d'examiner comment le Nouveau-Brunswick se classe par rapport aux autres provinces et territoires canadiens (tableau 3). Sauf pour le nombre de spécialistes et d'appareils d'IRM, le Nouveau-Brunswick se situe au-dessus de la moyenne nationale pour le nombre de médecins de famille, d'infirmières et d'activités globales d'embauche. Cela est également vrai pour le nombre de lits d'hôpitaux et de tomodynamomètres. Pourtant, nous entendons fréquemment parler de problèmes d'accessibilité, soit pour les temps d'attente ou au niveau des médecins de famille.<sup>17</sup>

Donc, la question n'est pas tant le manque de ressources financières ou humaines, mais plutôt l'organisation et la planification. Même s'il existe des pénuries actuellement dans certains secteurs du système de santé, nous devrions être en mesure de faire beaucoup mieux avec ce que nous avons. Bon nombre de conditions sont réunies pour que le Nouveau-Brunswick relève le défi de la viabilité en santé et devienne un chef de file national. La province dispose d'un territoire et d'une population relativement restreinte, de nouvelles structures de régies de la santé nous offrant des occasions d'assurer une meilleure coordination et d'un cadre législatif existant qui favorise l'intégration du système de santé. Le programme de l'extra-mural, Télé-Soins, de télé-cardiologie (VITAL—*Virtual Interactive Telehealth Assistance Links*)

## Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

Graphique 2: Employés de la fonction publique du Nouveau-Brunswick<sup>16</sup>Tableau 3: Les soins de santé au Nouveau-Brunswick comparativement au Canada<sup>2</sup>

	N.-B.	Canada
Omnipraticiens ou médecins de famille par 100 000 personnes	107	101
Médecins spécialistes par 100 000 personnes	87	95
Infirmières autorisées par 100 000 personnes	1 038	786
Infirmières auxiliaires autorisées par 100 000 personnes	365	223
Dotation de personnel par 100 000 personnes	2 439	1 945
Lits d'hôpitaux disponibles par 1 000 personnes	4.08	3.43
Tomodensitomètres (CAT) par million de personnes	20.0	12.8
Appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million de personnes	6.7	6.8
Dépenses totales en santé (Pourcentage du PIB – Prévission 2009)	15.0 %	11.9 %
Coût public par habitant (Prévission 2009)	3 857 \$	3 829 \$

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

et le service ambulancier de la province sont d'excellents exemples démontrant comment le Nouveau-Brunswick a réussi à innover dans les services de santé.

Cependant, il reste des défis importants à relever pour changer la manière dont s'effectue l'évolution des services de santé. Des décennies de développement ponctuel ont mené à une culture où l'absence de confiance, de communication efficace et de collaboration entre les institutions est monnaie courante. Un meilleur équilibre doit être atteint entre les priorités provinciales et les préférences et/ou projets locaux et régionaux. Cela inclut l'équilibre entre les besoins des deux communautés linguistiques, un défi propre au Nouveau-Brunswick.

Une planification à l'échelle de la province est absolument essentielle pour atteindre l'objectif que représente un système de soins de santé accessible, efficace, équitable, juste, sécuritaire et rentable. Une planification globale et intégrée permet à une institution de miser sur sa direction future. Elle permet également d'établir des priorités et des objectifs et de développer une stratégie pour atteindre ceux-ci. De plus, elle permet à l'institution de déterminer comment les ressources seront attribuées et quels ajustements pourraient être requis en réaction aux changements à venir. La planification permet aux usagers de mieux comprendre comment s'harmonisent les divers programmes et

composantes organisationnelles, et l'interdépendance qui les relie.

En fait, la majorité des participants lors de l'initiative d'engagement du CSNB<sup>1</sup> a eu la surprise d'apprendre que la province n'était pas dotée d'une approche de planification provinciale.

*En quoi consisterait une amélioration de la planification provinciale?*

En ce moment, le Nouveau-Brunswick utilise le plan provincial de la santé 2008-2012<sup>14</sup> pour sa planification et nous y ferons référence plus loin dans cette section du rapport. Les principales responsabilités du ministère de la Santé sont la planification, le financement et les activités de suivi.<sup>18</sup> Il est donc compréhensible que l'on attribue la responsabilité de la planification au ministère de la Santé. Cependant, l'approche actuelle souffre d'une faiblesse importante à savoir que, par le passé, la préparation des plans se faisait de façon isolée par le ministère de la Santé et que ceux-ci étaient le plus souvent communiqués aux régies régionales de la santé en même temps qu'au public. Dorénavant, le processus de planification devra être inclusif. Cela représentera donc une approche très différente de ce que les intervenants ont connu par le passé.

Même si le plan de santé actuel identifie certaines priorités, celles-ci ne sont pas classées par ordre d'importance. De plus, le plan ne

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

précise pas les résultats souhaités, les cibles de services, les échéanciers et les ressources. Les priorités les plus importantes ne sont pas indiquées, ni la façon dont elles doivent être traitées.

L'amélioration de l'approche à la planification provinciale comprendrait les résultats en santé mesurables voulus. Quelques indicateurs clés pourraient servir de repères pour mesurer si les investissements futurs ont l'effet désiré du point de vue de la santé de la population. La province devrait aussi avoir des grandes lignes prévoyant l'étendue et le volume de nos services provinciaux. De plus, une approche améliorée clarifierait les normes de qualité des services pour pouvoir fournir des lignes directrices concernant la distribution de ceux-ci à l'échelle provinciale. Finalement, pour diriger les efforts qui permettront d'atteindre les cibles de services et l'allocation des services selon les demandes géographiques et linguistiques, il doit y avoir une indication claire des limites prévues en ce qui a trait aux ressources humaines et financières nécessaires pour aller de l'avant.

Voici quelques éléments clés à prévoir afin d'améliorer la planification provinciale :

1. Engagement et alignement au Plan provincial de la santé:

- Comme nous l'avons mentionné précédemment, le Plan provincial de la santé 2008-2012<sup>14</sup> existe déjà. Afin d'aller de l'avant, le gouvernement actuel devra indiquer si le plan actuel est toujours pertinent, soit en entier ou en partie. S'il n'est plus pertinent, un nouveau plan devra être développé. Le Plan provincial de la santé établit de grandes orientations et appelle tous les organismes du système de santé à s'y rallier. Le Plan provincial de la santé 2008-2012<sup>14</sup> identifie six piliers stratégiques qui sont actuellement reconnus par la majorité des organismes du système de la santé.

- Tout au moins, un nouveau plan provincial de la santé sera nécessaire après 2012. Durant la prochaine année, les efforts pour améliorer la planification provinciale pourraient également viser à établir la base du prochain plan provincial de la santé.

2. Établissement d'un inventaire complet des programmes et services offerts actuellement dans la province:

- De façon générale, les décisions quant aux nouveaux programmes et services sont prises au cas par cas. Souvent, les annonces se limitent à un endroit ou à quelques endroits sans que l'on ait prévu si ces mêmes services ou programmes seront offerts dans l'ensemble de la province. Il faut procéder à une évaluation complète afin de déterminer à quel point les programmes et services existants

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

répondent aux besoins des Néo-Brunswickois.

- Il deviendra important de distinguer les programmes et services ayant une portée provinciale de ceux ayant une portée régionale et/ou locale. Par conséquent, des normes de qualité devront être établies afin de pouvoir déterminer à quel point les programmes et services existants répondent aux besoins des Néo-Brunswickois. Si des inégalités existent, il faudra les aborder en priorité avant de penser à ajouter de nouveaux programmes et services.

**3. Préciser les rôles et les responsabilités des différents organismes du système de santé:**

- Puisque le système de santé a évolué par défaut plutôt que par planification, il n'est guère surprenant que les rôles des organismes composant le système manquent de précision à bien des points de vue. Le ministère de la Santé doit-il gérer des programmes et services ou doit-il plutôt concentrer ses efforts à la planification, au financement et aux activités de suivi? Si le ministère de la Santé est responsable de la planification, quel rôle jouent les régies régionales de la santé dans ce processus? Pourquoi les régies régionales de la santé développent-elles actuellement des plans stratégiques individuels?

- Afin d'assurer la transition vers une approche systémique intégrée, on doit éclaircir un certain nombre d'enjeux portant sur les rôles de chacun. En établissant la liste de programmes et services actuels, il sera plus facile d'identifier les secteurs où une clarification des rôles s'impose. À l'évidence, cela nécessitera une approche à long terme, mais les intervenants pourraient, au cours de l'année actuelle, apporter des améliorations considérables dans ce domaine. Cette clarification des rôles préciserait également à qui revient la responsabilité d'améliorer des enjeux spécifiques, dont, par exemple, le pourcentage de lits d'hôpitaux occupés par des malades attendant de meilleurs soins ou la mise en place efficace d'un réseau provincial de traumatologie. Dans le contexte actuel, c'est, au mieux, une responsabilité partagée.

**4. Une planification à long terme est nécessaire :**

- Une comparaison des dépenses en soins de santé entre 1998 et 2010 (graphique 3) démontre une augmentation d'environ 1,57 milliard de dollars sur une période d'un peu plus de 10 ans. Un bref examen des deux diagrammes à secteurs démontre que les sommes sont essentiellement investies de la même façon. En envisageant l'augmentation des dépenses en santé à l'avenir et en sachant que les dépenses en santé représentent environ le tiers du budget

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

total provincial, il serait sage d'envisager une approche à long terme selon laquelle les investissements en santé reflètent des secteurs prioritaires bien identifiés.

- Une approche pluriannuelle devrait également tenir compte des tendances démographiques et de santé et les incorporer à la planification future. Du point de vue financier, nous pouvons identifier clairement quel pourcentage des augmentations à venir relève d'engagements actuels, dont les conventions collectives et les investissements en infrastructure, par exemple. Cela permet donc aux organismes du système d'identifier quel pourcentage d'augmentation des dépenses pourrait éventuellement être réduit.
- Si de nouvelles dépenses s'imposent - comme la couverture de médicaments onéreux ou l'ajout de nouvelles procédures à la liste des services déjà couverts par l'assurance-maladie - il

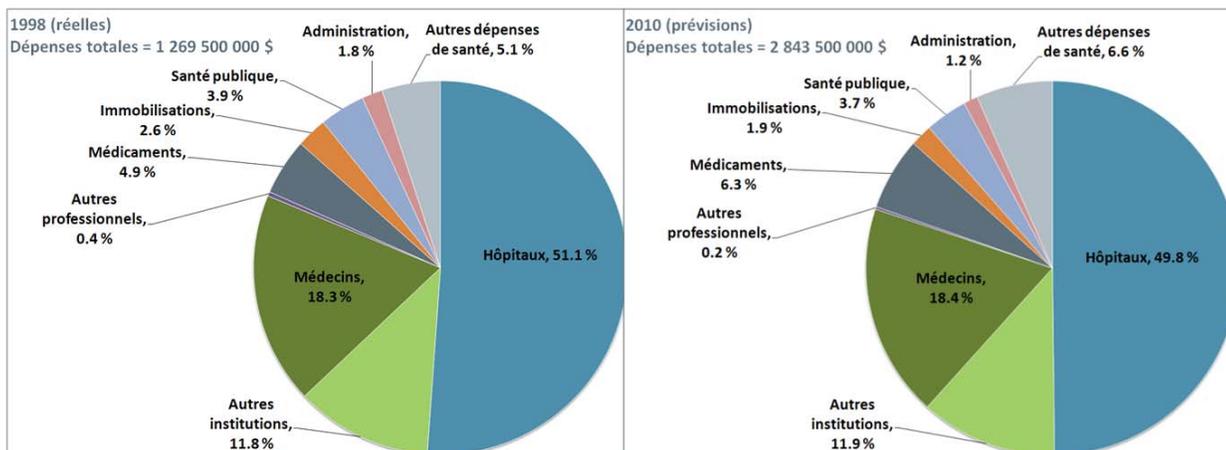
faut s'assurer de bien saisir toutes les incidences financières de ces décisions, et de les documenter.

- La question de la viabilité du système de santé concerne tous les ministères du gouvernement. Une croissance aussi forte d'un secteur qui requiert un tiers du budget provincial<sup>19</sup> signifie moins d'investissements disponibles en éducation, en infrastructures et pour le perfectionnement de la main-d'œuvre, pour ne nommer que ces secteurs. D'autres ministères gouvernementaux devront être impliqués pour que le ministère de la Santé puisse modifier l'approche actuelle. Tout au moins, le ministère des Finances devra reconnaître que ce virage vers une approche à plus long terme est une priorité.

5. Une meilleure planification au niveau des régies régionales de la santé:

- Selon l'encadrement législatif actuel, la ministre de la Santé jouit de pouvoirs et de responsabilités lui

Graphique 3: Dépenses provinciales totales de santé par affectation de fonds, Nouveau-Brunswick, de 1998 à 2008<sup>8</sup>



Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

- permettant d'obtenir des plans annuels détaillés de la part des régies régionales de la santé.
- Les régies régionales de la santé ont besoin de lignes directrices provenant de la ministre de la santé pour élaborer ces plans de façon efficace. En plus de ce qui est prévu dans le plan provincial de la santé, ces lignes directrices peuvent préciser des priorités et objectifs spécifiques ainsi qu'un cadre redditionnel qui facilite l'évaluation du rendement. Toutes ces exigences sont clairement stipulées dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*.<sup>18</sup>
  - La loi indique également que les régies régionales de la santé doivent être consultées lors de ce processus. Donc, non seulement la loi prévoit-elle ce qui doit être fait, elle stipule clairement que le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé doivent y travailler en collaboration.
  - L'exercice financier 2011-2012 doit être consacré au développement de cette approche de planification conjointe.

## 1<sup>re</sup> RECOMMANDATION

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, prend des mesures pour développer, au cours de la prochaine année, un plan de services de santé provincial pluriannuel complet et intégré.

Le plan devrait définir les éléments suivants : des résultats mesurables en matière de santé; des cibles mesurables en matière de services (étendue et volume des services); des normes de disponibilité et de qualité des services; les ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre les cibles de services et l'attribution géographique et linguistique des services et des ressources.

## Les soins de santé primaires



### *Pourquoi les soins de santé primaires sont-ils importants?*

Lors de la prestation de soins de santé primaires, le but devrait être de faciliter l'accès aux Néo-Brunswickois aux services de santé dont ils ont besoin, au bon moment, au bon endroit, et par le bon fournisseur de services pour obtenir les meilleurs soins possible. Plusieurs composantes clés au sein d'un plan de services de santé pluriannuel complet et intégré seraient bénéfiques à la prestation de soins de santé primaires, puisqu'il a été démontré qu'un lien existe entre celle-ci et un taux de mortalité favorable.

Lors de l'initiative d'engagement des citoyens du CSNB de l'an dernier, plusieurs éléments clés ont été identifiés, dont ceux-ci : que les centres de santé communautaires et les cliniques soient au cœur des soins de santé; que l'on développe des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies; et que l'on optimise les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé.

À de nombreuses reprises, les intervenants et les citoyens ont dit au CSNB qu'il n'y avait pas suffisamment d'information au niveau communautaire afin de répondre aux besoins des Néo-Brunswickois. L'an dernier, le CSNB a

mesuré la qualité des services de santé selon les dimensions de qualité stipulées dans la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*<sup>13</sup>, soit l'accessibilité, l'équité, la justesse, la sécurité, le rendement et l'efficacité. Le secteur des soins de santé primaires a reçu la cote générale de « D »,<sup>17</sup> soit la moins élevée des trois secteurs mesurés.

De plus, le CSNB a pour mission de faire état de la satisfaction des citoyens par rapport aux services de santé. Le CSNB a complété un sondage sur les soins de santé primaires.<sup>20</sup> C'est le plus grand sondage de l'histoire de notre province avec un objectif minimal de 13 500 répondants. Le sondage comporte des questions au sujet de tous les services de santé primaires qui sont utilisés au Nouveau-Brunswick. La taille importante de l'échantillon est essentielle afin que nous puissions pratiquer une analyse statistique significative de l'association et de la prédiction des tendances futures et identifier les différences entre des sous-groupes spécifiques de population.

Depuis quelques années, la réforme au niveau des soins de santé primaires retient l'attention aux niveaux national et provincial. Le nouveau gouvernement provincial a récemment publié un document de discussion sur les soins de santé primaires<sup>21</sup> et un sommet est prévu à l'automne 2011. Les renseignements obtenus dans le document de discussion, lors du sondage sur les soins de santé primaires en plus des renseignements existants tirés de la fiche de rendement

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

de l'an dernier serviront de base pour les discussions sur l'amélioration des soins de santé primaires à venir.

*Quel est le bilan au niveau des soins de santé primaires?*

Afin de mieux comprendre les enjeux potentiels et les priorités, le CSNB examine continuellement le secteur des soins de santé primaires grâce aux dimensions de qualité clairement identifiées dans la loi sur le CSNB<sup>13</sup> et qui servent de cibles pour mesurer le rendement.

**Accessibilité**

- Selon les tendances des relevés nationaux de médecins 2004-2007, moins d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick offrent des heures de bureau prolongées. En 2007, 14,8 % des omnipraticiens du N.-B. offraient des heures de bureau prolongées comparativement à 33,5 % des médecins au niveau national.<sup>17</sup>
- Le Nouveau-Brunswick se classe deuxième au Canada quant à l'accès à un médecin régulier (92,1 % comparativement à la moyenne nationale de 84,9 %)<sup>3</sup> et a davantage d'omnipraticiens par habitant que le taux national.<sup>2</sup> Pourtant, le N.-B. ne se classe pas aussi bien en ce qui touche l'accès à un médecin au cours de la dernière année<sup>2</sup> ou l'accès aux équipes de soins de santé primaires (31 % comparativement à 39 % au Canada).<sup>20</sup>

<sup>22</sup> Y a-t-il quelque chose qui nous échappe ici et que nous devons comprendre pour jumeler nos ressources à leur utilisation appropriée?

- Jusqu'à 9,1 % des Néo-Brunswickois dépensent plus de 3 % de leur revenu net d'impôt sur des médicaments sur ordonnance (le N.-B. est en 6<sup>ème</sup> position sur 10 provinces et la moyenne nationale est 7,6 %).<sup>23</sup> Cela indique qu'environ 26 932 ménages pourraient avoir des difficultés financières en raison de médicaments d'ordonnance qui, à leur tour, peuvent avoir des effets sur la santé de la population. Le Nouveau-Brunswick est d'ailleurs l'une des deux dernières provinces à ne pas offrir un programme de couverture des médicaments onéreux.<sup>24</sup>

**Justesse**

- Le dépistage et les tests standardisés sont des outils importants qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats de santé. Même si le Nouveau-Brunswick obtient le taux le plus élevé quant aux mammographies<sup>3</sup>, ces taux varient selon les zones de santé (annexe B), allant du plus élevé (94,8 %) au moins élevé (76,4 %).
- Au niveau des tests Pap, les chiffres démontrent que les taux du N.-B. sont moins élevés que les autres taux canadiens et, une fois de plus, ils varient selon les zones de santé, allant du plus élevé (87 %) au moins élevé (70,7 %).<sup>3</sup>

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

- La gestion de maladies chroniques implique que des normes établies soient suivies pour atteindre de meilleurs résultats de santé. Or, dans un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) basé sur un sondage d'expérience de soins de santé primaires de 2008<sup>25</sup>, le N.-B. s'est classé en dessous de la moyenne nationale au niveau des mesures de pression artérielle, de cholestérol, de glycémie et de poids corporel.
- La grippe chez les personnes âgées est un problème de santé important qui, souvent, nécessite une hospitalisation. Au N.-B., le taux de vaccin antigrippal, tel que rapporté par le client, place la province au 9<sup>e</sup> rang sur 12 provinces et territoires et, une fois de plus, il existe des variations dans les zones de santé, du taux le plus élevé (79,4 %) au moins élevé (51,7 %).<sup>3</sup>

#### Efficacité

- De meilleurs soins de santé primaires peuvent permettre de diminuer le nombre de personnes soignées à l'hôpital et d'améliorer la santé des personnes en général.<sup>26</sup> Un indicateur de l'efficacité des soins de santé primaire est le taux d'hospitalisation pour des conditions pouvant être traitées dans la communauté. Parmi celles-ci (appelées conditions propices aux soins ambulatoires), on retrouve l'angine de poitrine, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète, l'épilepsie et les maladies hypertensives. Le N.-B. a l'un des taux les plus importants d'hospitalisation au Canada<sup>3</sup> pour ces conditions (10<sup>e</sup> sur 13) et, dans la province, ce taux varie de 399 à 838 cas par 100 000 personnes. La moyenne nationale est 320 par 100 000 personnes.
- Une présentation récente sur les soins pour le diabète et les coûts de cette maladie au N.-B.<sup>27</sup> en 2006 démontre que 63 % des patients diabétiques enregistrés ne réussissaient pas à maintenir leurs taux de glycémie au niveau optimal de 7 % ou moins. Ce résultat est semblable à celui obtenu par le *Health Quality Council*<sup>28</sup> de la Saskatchewan qui a déterminé que 62 % des diabétiques enregistrés ne se situaient pas dans la norme optimale. Au Royaume-Uni, un seuil d'au moins 50 % a été établi comme cible et semble avoir été atteint.<sup>29</sup> De meilleurs contrôles permettent de réduire à la fois les complications et les coûts imposés au système de soins de santé.
- De plus, le N.-B. a l'un des taux les plus élevés d'hypertension artérielle<sup>30</sup> (20,7 % comparativement à 16,9 % au Canada), un taux normalement associé à des taux plus élevés d'accident vasculaire cérébral et de maladies cardiovasculaires qui, à leur tour, entraînent plus d'admissions à l'hôpital. Également, la variation qui existe dans les différentes zones de santé au N.-B. (19,3 % à 28,3 %) peut

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

également avoir des incidences significatives sur la demande de services.

### Rendement

- Soixante-cinq pour cent des visites à la salle d'urgence se font pour des raisons non urgentes (codes de triage 4 et 5)<sup>31</sup> et la variation existante dans les zones de santé, de 55,6 % à 81,5 %, donne l'occasion de réexaminer la situation et de l'améliorer.
- Des données préliminaires tirées du sondage sur les soins de santé primaires<sup>20</sup> démontrent que 40 % des Néo-Brunswickois se sont rendus dans une salle d'urgence au moins une fois durant les 12 derniers mois. La moyenne canadienne, basée sur un sondage d'expérience de soins de santé primaires de 2008, est 23,9 %.<sup>25</sup>
- En 2009-2010, les frais de médecin dans le secteur des soins primaires étaient 295.30 \$ par habitant comparativement à 272.30 \$ en 2008-2009.<sup>32</sup> En 2009-2010, le total annuel de tous les coûts liés aux soins de santé primaires était 783.68 \$ comparativement à 714.10 \$ en 2008-2009.<sup>33</sup> Donc, au fur et à mesure que les coûts augmentent dans ces secteurs, il devient d'autant plus important de déterminer s'il y a également une amélioration au niveau de la qualité globale.

### Équité

- Même si aucune différence statistique n'est apparue par rapport à l'accès à un médecin de famille basé sur la langue de service, des différences ont été notées dans l'accès signalé par le client basé sur la géographie (zones de santé).<sup>34</sup>
- De plus, les taux de dépistage de certaines maladies varient d'une zone de santé à une autre.<sup>17</sup>

### Sécurité

- Selon la liste Beers, on prescrit trop de médicaments aux personnes âgées du Nouveau-Brunswick (le taux le plus élevé est 18,8 % au N.-B. et le moins élevé, 12,9 % en Alberta).<sup>34</sup> Dans le cadre de cette analyse, nous avons utilisé les données sur les réclamations de médicaments de la base de données de l'ICIS appelée Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).<sup>35</sup> L'analyse a examiné les tendances des réclamations des personnes âgées aux programmes de médicaments publics en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick entre 2000 et 2006. Une attention particulière fut portée aux personnes âgées qui ont réclamé des médicaments inscrits sur la « liste Beers », liste internationalement reconnue dont les médicaments sont « potentiellement inappropriés » à prescrire aux personnes âgées, et ce, en raison d'un risque élevé d'effets secondaires. Cette

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

---

liste a été développée par le médecin Mark H. Beers.<sup>34</sup>

- Les taux de la catégorie « Partis avant d’avoir été examinés » dans les salles d’urgence du N.-B. varient de moins de 1 % dans certaines zones de santé à 11 % dans d’autres, avec, en 2009-2010, une moyenne néo-brunswickoise de 5,7 %.<sup>36</sup>

## 2<sup>e</sup> RECOMMANDATION

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l’entremise du ministère de la Santé, examine l’organisation et la prestation des services de santé primaires dans la province dans le but d’utiliser les ressources humaines et financières existantes à leur plein potentiel.

Cet examen doit viser tout particulièrement l’amélioration de l’accès et de la qualité des soins ainsi que leur intégration aux autres services en santé, entre autres, les services hospitaliers.

## La promotion de la santé et la prévention



En tant que composantes du système de soins de santé primaire, la promotion de la santé et la prévention ne sont pas appliquées de la même manière ni soumises aux mêmes stratégies d'application. Des variations existent selon l'endroit où le programme est offert et la clientèle visée. Dans un contexte de soins de santé primaires, deux approches complémentaires existent pour assurer la promotion de la santé, soit au niveau individuel ou au niveau de la population générale. Les soins de santé primaires sont disponibles à plusieurs endroits, dont les bureaux de médecins, les cliniques dans les hôpitaux, les centres de santé communautaires et les organismes de services de santé communautaires. Ainsi, différentes collectivités peuvent avoir accès à différents programmes ou initiatives de promotion de la santé et de prévention selon les ressources, les

« Les pratiques préventives permettant d'améliorer la santé, de prolonger la vie et de réduire les coûts médicaux sont déjà bien connus. Le défi est dans la gestion de leur application. »

*J. Michael McGinnis<sup>19</sup>*

services et les réseaux communautaires qui en assurent la prestation.

### *Pourquoi est-ce important?*

Le meilleur contrôle d'un peu moins d'une dizaine de facteurs de risque (comme par exemple, une mauvaise alimentation, le fait de ne pas faire souvent de l'exercice, l'usage du tabac ou de drogues et l'abus d'alcool) pourrait prévenir de 40 % à 70 % des décès prématurés, un tiers de tous les cas d'incapacité aiguë et deux tiers de tous les cas d'incapacité chronique.<sup>39</sup> En revanche, on estime que les traitements médicaux technologiques disponibles ne peuvent réduire les taux de morbidité et de mortalité prématurés que de 15 %<sup>37</sup>, tout au plus. Les pratiques de prévention peuvent potentiellement ralentir le rythme auquel une personne passe de la bonne santé à la maladie ou à l'incapacité et ensuite, à la mort. De plus, les pratiques de prévention peuvent réduire la sévérité des maladies et prolonger la vie.

Mentionnons d'abord quelques principes fondamentaux sur la prévention et la promotion de la santé:

- Il faut tenter de changer certains facteurs de risque et certaines conditions qui ne relèvent pas du domaine de la santé;
- Il faut mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé de la population et offrir des services de santé publique en collaborant avec les

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

collectivités et les familles auxquelles ils sont destinés, tout en soutenant celles-ci;

- Il faut s'assurer que les Néo-Brunswickois ont accès à des services de prévention cliniques efficaces et appropriés, et qu'ils peuvent les utiliser;
- Il faut aider les Néo-Brunswickois à apprendre des modes de vie sains et à les mettre en pratique;
- Il faut faire de la recherche et s'en servir pour démontrer quels éléments contribuent à la santé et au mieux-être, quelles-sont les causes générales des maladies et des blessures, et de quelle façon intervenir pour les modifier.

La prévention de la maladie s'effectue à trois niveaux qui reflètent les étapes des maladies visées,<sup>4</sup> soit aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire<sup>4</sup> s'applique avant qu'une personne soit atteinte d'une maladie. Les méthodes de prévention visent un mode de vie sain, incluant l'activité physique, une bonne alimentation, du repos suffisant, la réduction du stress, des examens médicaux réguliers et éviter autant que possible les risques environnementaux et les substances dangereuses.

Actuellement, la promotion de la santé et la prévention au niveau de la santé de

la population relèvent principalement de la Santé publique. De plus, de nombreux groupes communautaires non gouvernementaux sont impliqués dans tous les secteurs des déterminants de la santé. Leurs activités contribuent de façon significative à l'objectif d'une province en meilleure santé, mais il ne semble pas y avoir une appréciation de la valeur de ces activités et de leurs incidences positives. La responsabilité du mieux-être relève du ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport qui soutient également la mobilisation communautaire par l'entremise de plusieurs réseaux.

La prévention au niveau secondaire<sup>4</sup> implique la détection des maladies et les interventions requises qui en découlent. Une large part des interventions se fait par les fournisseurs de soins de santé primaires dont les médecins, dentistes, ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, infirmières praticiennes, infirmières de santé publique, nutritionnistes, infirmières en soins familiaux et professionnels de santé mentale, pour ne nommer que ceux-là.

La prévention au niveau tertiaire<sup>4</sup> porte sur l'amélioration de la qualité de vie des malades et la diminution des symptômes dont ils souffrent. Il peut s'agir de maladies chroniques ou de soins spécialisés. Les Néo-Brunswickois ont accès à un certain nombre de programmes et de services, mais la coordination des services est parfois

## Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

difficile, et il peut être difficile de s’y retrouver dans le système. Ce type de prévention est offert dans un nombre d’hôpitaux et de centres communautaires.

Les investissements en promotion de la santé et en prévention au sein du système de santé, dont la prévention au niveau de la santé de la population, sont d’environ 58 millions de dollars, ce qui représente 1,9 % du budget total en santé (le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé, la partie concernant le mieux-être du ministère du Bien-être, de la Culture et du Sport).<sup>38</sup> Cependant, l’apport des groupes et des réseaux communautaires dans ce domaine n’est pas comptabilisé dans cette estimation.

Les coûts de tous les services communautaires, dont la prévention primaire, secondaire et tertiaire, sont intégrés dans de nombreuses composantes, dont les services ambulanciers, Télé-Soins, les centres de santé, les centres de santé communautaires, les bureaux de médecins, les centres communautaires de santé mentale, le programme extra-

mural, les services de réadaptation, les cliniques de soins ambulatoires ainsi que tous les autres programmes et services de santé mentale et de désintoxication. Il est très difficile, parfois même impossible, de déterminer à quel point une véritable prévention a lieu lors de la prestation de ces services.

Les Néo-Brunswickois ont leur santé à cœur. La promotion d’une bonne santé relève du simple bon sens. Pourtant, au niveau canadien, le Nouveau-Brunswick a le pire taux d’obésité, d’hypertension artérielle et de santé mentale perçue. Quant au taux de décès prématurés attribuables aux blessures accidentelles, le Nouveau-Brunswick se classe 9<sup>e</sup> sur 10 (tableau 4).

Il est évident que le Nouveau-Brunswick ne dispose pas d’une approche systématique et harmonisée de promotion de la santé et de prévention dans les domaines clés de la santé de la population.

Cela a des incidences directes sur l’obligation de rendre compte des ressources utilisées. Il serait important de clarifier cette situation, car cela

Tableau 3: La prévalence des maladies chroniques, du Nouveau-Brunswick par rapport au Canada, 2009<sup>30</sup>

		N.-B.	Canada
Prévalence des maladies chroniques	Ne se croient pas en très bonne ou en excellent santé mentale	45.0%	39.5%
	Adultes dont le poids est malsain (obèse)	28.5%	17.9%
	Hypertension artérielle	20.7%	16.9%
	Arthrite	17.8%	15.2%
	Asthme	7.6%	8.1%
	Diabète	6.6%	6.0%
	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	5.4%	4.2%
	Décès prématuré dû aux accidents (années potentielles de vie perdues selon l’âge par 10 000 de populations) <sup>39</sup>	88.9	62.0

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

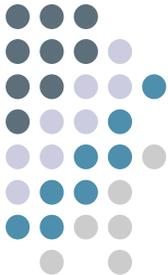
permettrait d'atteindre de meilleurs résultats en santé. À lui seul, le secteur de la santé au Nouveau-Brunswick ne peut être l'unique responsable de la santé et du bien-être des Néo-Brunswickois. La promotion de la santé requiert une action concertée de la part de tous les intervenants, dont les gouvernements, les secteurs de la santé, sociaux et économiques, les organismes non gouvernementaux et bénévoles, les autorités locales, l'industrie et les médias.

Les stratégies et programmes doivent être adaptés aux besoins locaux des collectivités. De plus, le personnel en santé, les professionnels et les groupes sociaux ont une responsabilité importante, celle d'encourager et de renforcer l'autonomie des personnes afin qu'elles deviennent plus responsables de leur propre santé.

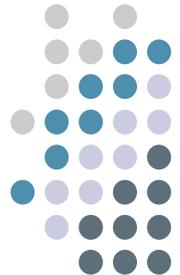
### 3<sup>e</sup> RECOMMANDATION

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

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



## Annexes



## Annexe A

### Membres du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

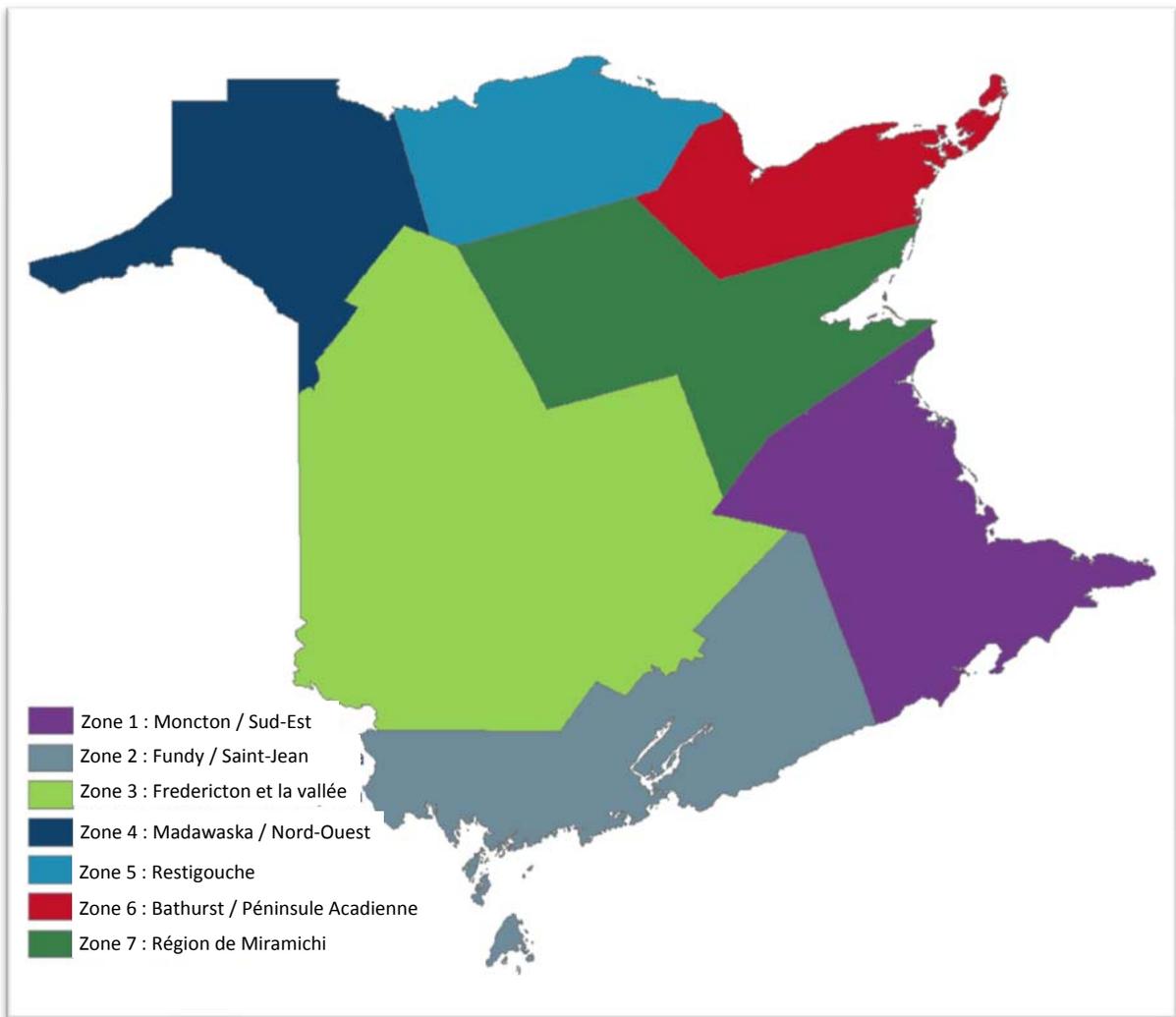
Pier Bouchard	Memramcook	
Christian Couturier	Fredericton	
Gisèle Daigle Michaud	Grand Sault	
Randy Dickinson	Fredericton	
Linda Duffett-Leger	Fredericton	
Charlene Hayes	Saint John	
Gwen Jones	Florenceville	
Colleen Knudson	Saint John	Vice-présidente du conseil
Barbara Losier	Landry Office	
Himu Mukherjee	Fredericton	
Anne-Marie Picone Ford	Moncton	
Daniel Savoie	Moncton	
Claudia Simon	Elsipogtog	
Lucien Sonier	Caraquet	
Norma Sugden	Miramichi	Secrétaire-trésorière du conseil

### *Anciens membres du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick*

Rino Volpé	Saint-Jacques	2008 à 2011	Président du conseil
Jeannot Castonguay	Edmundston	2008 à 2010	
Nathalie Godbout	Saint John	2008 à 2010	

## Annexe B

Carte des zones de santé au Nouveau-Brunswick



## Annexe C

1. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Notre Santé. Nos Perspectives. Nos Solutions. Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick - octobre 2010* (2010), [en ligne], de < [http://www.nbhc.ca/engagement\\_citoyen.cfm](http://www.nbhc.ca/engagement_citoyen.cfm) >.
2. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Comprendre les coûts et la capacité de prestation des services de soins de santé au Nouveau-Brunswick : le lien entre les soins de santé et la viabilité* (2010), [en ligne], de < <http://www.nbhc.ca/viabilite.cfm> >.
3. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Portrait de la santé de la population, document technique automne 2010* (2010), [en ligne], de < <http://www.nbhc.ca/carte.cfm> >.
4. Santé Canada, *Le système des soins de santé du Canada* (2005), ISBN : 0-662-70601-3, [en ligne], de < <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H21-261-2005F.pdf> >.
5. La Commission Royale sur la finance et la taxation municipale, *Livre blanc sur les responsabilités du gouvernement* (1965), [en ligne], de < [http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/ES81F/byrne\\_1F.html](http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/ES81F/byrne_1F.html) >.
6. Ministère de la Santé, *Hospital Services of the Department of Health and Welfare 1970* (1970).
7. Ministère de la Santé, *Des soins de santé sans murs - Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick* (juillet 2006), [en ligne], de < <http://www.gnb.ca/0051/0384/pdf/1985f.pdf> >.
8. Institut Canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, (2010), [en ligne], de < [www.icis.ca](http://www.icis.ca) >.
9. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *CHAPITRE H-6.1 Loi hospitalière* (NB : GNB, Sanctionnée le 20 mai 1992).
10. Ministère de la Santé, *New release- Ambulance New Brunswick to operate all ambulance services* (07 Juin 2007) [online], from < <http://www.gnb.ca/cnb/news/he/2007e0751he.htm> >.
11. Times and Transcript, *Tories outline health-care reform; NB's eight new Regional Health Authorities, which take over from existing Regional Hospital corporations April 1, is first step in move toward 'one-stop health care'*, (15 Dec 2001), [en anglais seulement].
12. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Communiqué - *Le nouveau Plan provincial de la santé place les besoins des patients en premier* (01 avril 2008), [en ligne], de < <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2008.04.0384.html> >.
13. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *CHAPITRE N-5.105 Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé* (NB : GNB, 2008), [en ligne], de < <http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/n-05-105.pdf> >.

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

14. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé*, (2008), [en ligne], de < <http://www.gnb.ca/cnb/promos/php/PHP-f.pdf> >.
15. Ministère de la Santé, *Rapport Annuel 1997-1998* en combinaison avec le *Rapport Annuel 2009-2010*, ainsi que l' Institut Canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, (2010), [en ligne], de < [www.icis.ca](http://www.icis.ca) >.
16. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Bureau des ressources humaines*
17. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2010* (2010) [en ligne], de < [http://www.nbhc.ca/experience\\_soins.cfm](http://www.nbhc.ca/experience_soins.cfm) >.
18. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *CHAPITRE R-5.05 Loi créant les régies régionales de la santé* (NB : GNB, 2002), [en ligne], de < <http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/r-05-05.pdf> >.
19. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *États des comptes publics du Nouveau-Brunswick pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 - États financiers vérifiés* (2010)[en ligne], de < <http://www.gnb.ca/0087/pubacct/PA10v1f.pdf> >.
20. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, *Sondage 2011 sur les soins de santé primaires* (2011) [en ligne], de < [http://www.nbhc.ca/sondage\\_soins\\_primaire\\_nb.cfm](http://www.nbhc.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm) >.
21. Ministère de la Santé, *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick* (2010), [en ligne], de <[http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011Document\\_de\\_discussion\\_sur\\_les\\_soins\\_de\\_santé\\_primaires.pdf](http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011Document_de_discussion_sur_les_soins_de_santé_primaires.pdf) >.
22. Statistique Canada, *Série de documents de travail de la recherche sur la santé, Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins* (2010) ISBN : 978-0-662-04248-8, [en ligne], de < [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) >.
23. Statistique Canada, *Tableau CANSIM 109-5012*, [en ligne], de < [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) >.
24. Bibliothèque du Parlement, *La couverture des médicaments onéreux au Canada* (2009), [en ligne], de < <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0906-f.pdf> >.
25. Institut canadien d'information sur la santé, *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada* (2009), [en ligne], de < [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca) >.
26. Agence de la santé publique du Canada, *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité* (2011) [en ligne], de < <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php> >.
27. Ministère de la Santé, Présentation interne donnée à une conférence organisé par Santé Canada, à Ottawa le 24 et 25 février 2011- *Cost-Effectiveness of Diabetes Management Programs*, [en anglais seulement] (2011).
28. Saskatchewan Health Quality Council, *Quality of Diabetes Management in Saskatchewan* (2006), [en anglais seulement] [en ligne], de < <http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?ufjZy5DBM1FaqXU/qP03CTBzBf0QfLQkUwK4QBZaJsE2TmgEoiHRFVvI5thiwzu> >.

Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens

---

29. NHS – The Information Centre for health and social care, *Quality and outcomes framework Online GP practice results database (2009/10)* [en anglais seulement] [online], from < <http://www.qof.ic.nhs.uk/index.asp> >.
30. Statistique Canada, *Tableau CANSIM 105-0501*, [en ligne], de < [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) >.
31. Ministère de la Santé, *Rapport Annuel des Services Hospitaliers Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2010*. (2010)
32. Calculé par l'auteur sur la base d'informations internes (2011).
33. Calculé par l'auteur sur la base d'informations internes (2011).
34. Institut canadien d'information sur la santé, *Demandes de remboursement de médicaments par les personnes âgées : Analyse de l'utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués, de 2000 à 2006* (2007) [en ligne], de < [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca) >.
35. Institut canadien d'information sur la santé, *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* (2010) [en ligne], de < [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca) >.
36. Ministère de la Santé, *Information interne – Statistiques des salles d'urgences* (2009/10).
37. National Priorities in Disease Prevention, *J. Micheal McGinnis*, [en ligne en anglais seulement], from < <http://www.issues.org/19.4/updated/mcginnis.pdf> >.
38. Calculé par l'auteur sur la base d'informations internes (2011).
39. Statistique Canada, *Tableau CANSIM 102-4309*, [en ligne], de < [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) >.





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

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