



2011-2012
Annual Report

Department of
Health

2011-2012
Rapport annuel

Ministère de la
Santé

2011-12 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

December, 2012**Cover:**

Government Services, New Brunswick

Typesetting:

Department of Health

Printing and Binding:

Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-4605-0011-8
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2011-2012

Publié par le :
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Décembre 2012**Couverture**

Services gouvernementaux, Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page

Ministère de la Santé

Impression et reliure

Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-4605-0011-8
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick



2011-2012

Annual Report

Department of
Health

2011-2012

Rapport annuel

Ministère de la
Santé

The Honourable Graydon Nicholas
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2012.



Hugh J. Flemming, Q.C.
Minister

The Honourable Hugh J. Flemming, Q.C.
Minister of Health
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2012



Marc Léger
Deputy Minister

L'honorable Graydon Nicholas
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2012.



Hugh J. Flemming, c.r.
Ministre

L'honorable Hugh J. Flemming, c.r.
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

Je vous sou mets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2012.



Marc Léger
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart	5
Legislation	7
Core Business Area - Protection of Those Most at Risk	9
Mental Health Programs and Services	9
Child and Adolescent Mental Health Services.....	9
Psychiatric Patient Advocate Services.....	9
Youth Treatment Program.....	10
Public Health Programs and Services	10
Communicable Disease Prevention, Management and Control.....	11
• Immunization.....	11
• Respiratory Diseases.....	12
• Pandemic Influenza Planning.....	13
• Foodborne, Waterborne and Enteric Diseases.....	13
• Sexual Health.....	14
• Vectorborne & Zoonotic Diseases.....	18
Health Protection and Healthy Environments.....	18
• Food Safety.....	18
• Water Quality.....	21
• Environmental Health and Community Sanitation.....	22
• Tobacco Control.....	24
Public Health Practice and Population Health	26
Healthy Babies...Healthy Families.....	26
• Early Childhood Initiatives.....	26
• Baby-Friendly Initiative (BFI).....	28
• Healthy Nutrition.....	29
• Oral Health.....	30
• Healthy Learners in School Program.....	30
• Injury Prevention.....	31
Population Health Surveillance, Analysis, and Reporting	31
Core Business Area - Prevention/Education/Awareness	32
Mental Health Prevention/Promotion Initiatives	32
Youth and Community Engagement	34
Core Business Area - Provision of Care	36
Ambulance Services	36
Addiction, Mental Health, Primary Health Care and Extra-Mural Services	40
Addiction Services	40
Mental Health Services	41
Community Mental Health Centres (CMHC's)	42
Adult Community Mental Health Services	42
In-Patient Psychiatric Care	43
Primary Health Care	44
Community Health Centres	45
Chronic Disease Prevention and Management	46

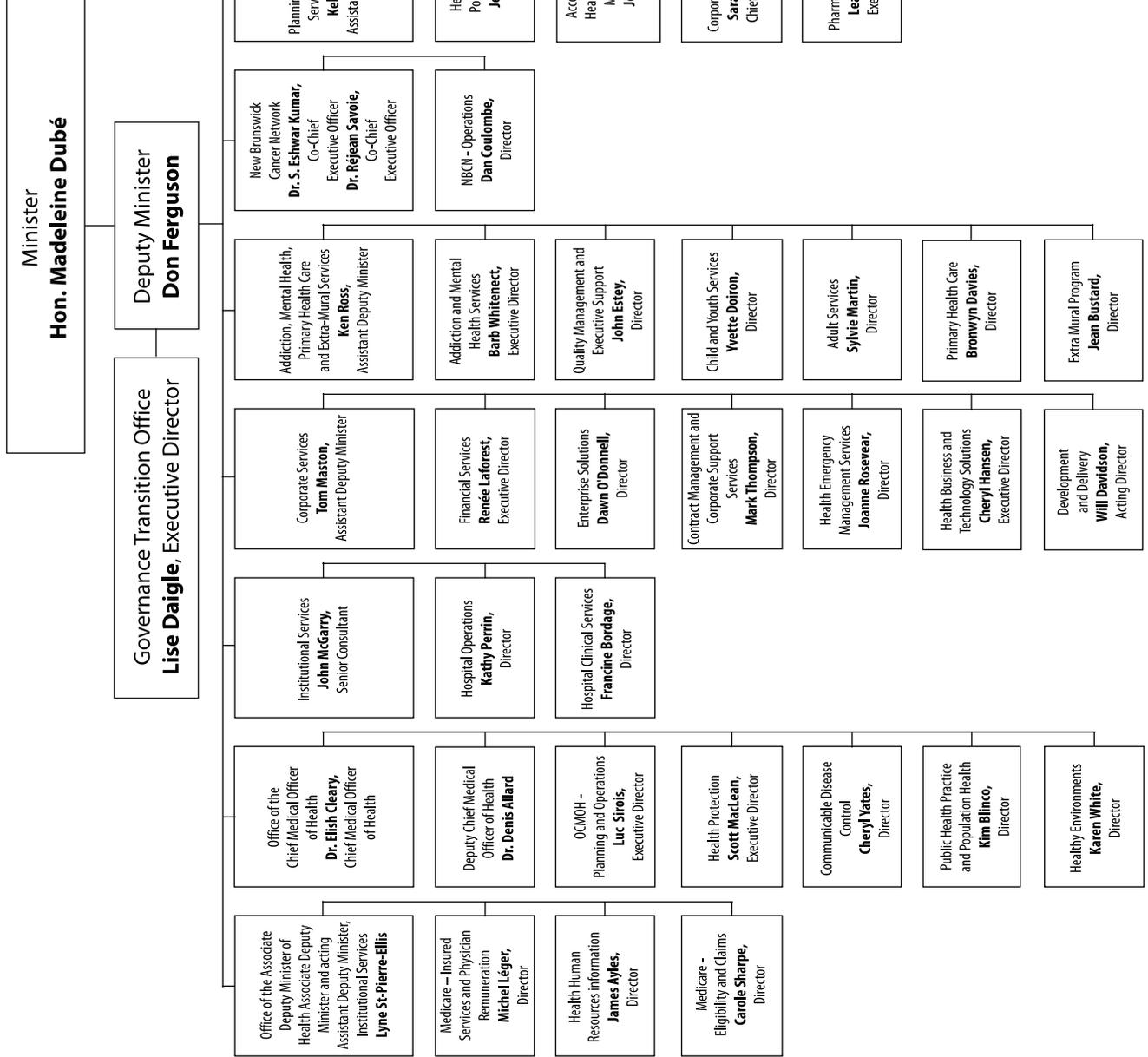
TABLE DES MATIÈRES

Organigramme	6
Législation	7
Secteur d'activité principal - Protection des personnes les plus à risque	9
Programmes et services de santé mentale	9
Services de santé mentale pour enfants et adolescents.....	9
Services de défense des malades psychiatriques.....	9
Programme de traitement pour les jeunes.....	10
Programmes et services de santé publique	10
Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles.....	11
• Immunisation.....	11
• Maladies respiratoires.....	12
• Planification en cas de pandémie d'influenza.....	13
• Maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique.....	13
• Santé sexuelle.....	14
• Maladies à transmission vectorielle et zoonoses.....	18
Protection de la santé et environnements en santé.....	18
• Salubrité des aliments.....	18
• Qualité de l'eau.....	21
• Écosalubrité et salubrité communautaire.....	22
• Lutte contre le tabagisme.....	24
Pratique en santé publique et santé de la population	26
Bébés en santé... Familles en santé.....	26
• Initiatives pour la petite enfance.....	26
• Initiative Amis des bébés (IAB).....	28
• Saine nutrition.....	29
• Hygiène dentaire.....	30
• Programme Apprenants en santé à l'école.....	30
• Prévention des blessures.....	31
Surveillance de la santé de la population, analyse et rapports	31
Secteur d'activité principal - Prévention, éducation and sensibilisation	32
Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale	32
Engagement de la jeunesse et de la communauté	34
Secteur d'activité principal - Prestation de soins	36
Services d'ambulance	36
Services de traitement des dépendances, de santé mentale, de soins de santé primaires et extra-muraux	40
Services de traitement des dépendances	40
Services de santé mentale	41
Centres de santé mentale communautaires (CSMC)	42
Services communautaires de santé mentale auprès des adultes	42
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés	43
Soins de santé primaires	44
Centres de santé communautaires	45
Prévention et gestion des maladies chroniques	46

My Choices My Health	48
Tele-Care 811	48
The New Brunswick Extra-Mural Program	49
Rehabilitation Services	51
Hospital Services	51
• Cardiac Care Program.....	57
• NB Trauma Program.....	57
• Mobile Lithotripsy Services.....	58
• Dialysis Services.....	58
• Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service.....	59
• Surgical Access Management.....	59
• Metabolic/Genetic Newborn Screening Services.....	63
• Universal Newborn Infant Hearing Screening Program.....	64
• Respiratory Syncytial virus (RSV) Infection Prevention.....	65
• Cochlear Implant Follow-Up Services.....	66
• PET-CT.....	66
• Canadian Blood Services.....	67
• Organ and Tissue Procurement.....	67
• Atlantic Blood Utilization Strategy.....	69
• Patient Safety.....	69
• Utilization Management.....	70
• Capital Construction.....	72
New Brunswick Cancer Network	73
Health Emergency Management Services	79
Pandemic Planning and Response	80
Communications	81
Health Business and Technology Solutions	81
Contract Management and Corporate Support Services	86
Official Languages	86
Office of Associate Deputy Minister of Health	88
• Medicare.....	88
• Health Human Resource Planning.....	91
• Physician Resource Strategy.....	91
• Medical Education.....	92
• Nursing Resource Strategy.....	92
• Allied Health Professionals Resource Strategy.....	93
• Francophone Services.....	95
Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division	95
• Health Planning, Policy and Legislation.....	96
• Pharmaceutical Services.....	98
• Corporate Privacy Office.....	99
• Accountability and Health Information Management.....	100
Financial Overview (Pie Chart)	102
Financial Overview (Itemized Totals)	103
Financial Overview (Variances)	105

Ateliers Mes choix–Ma santé!	48
Télé-Soins : 811	48
Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick	49
Services de réadaptation	51
Services hospitaliers	51
• Programme de soins cardiaques.....	57
• Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick.....	57
• Services mobiles de lithotritie.....	58
• Services de dialyse.....	58
• Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU).....	59
• Gestion de l'accès aux services de chirurgie.....	59
• Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.....	63
• Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons.....	64
• Prévention des infections au virus respiratoire syncytial (VRS).....	65
• Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires.....	66
• TEP-CT.....	66
• Société canadienne du sang.....	67
• Dons d'organes et de tissus.....	67
• Stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique.....	69
• Sécurité des patients.....	69
• Gestion de l'utilisation.....	70
• Projets d'immobilisations.....	72
Réseau cancer Nouveau-Brunswick	73
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	79
Planification et intervention en cas de pandémie	80
Communications	81
Solutions opérationnelles et technologies en santé	81
Gestion des contrats et services de soutien ministériels	86
Langues officielles	86
Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé	88
• Assurance-maladie.....	88
• Planification des ressources humaines en santé.....	91
• Stratégie des ressources médicales.....	91
• Formation médicale.....	92
• Stratégie en matière de ressources infirmières.....	92
• Stratégie en matière de ressources professionnelles en santé.....	93
• Services en français.....	95
Division de la planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée	95
• Planification des politiques et de la législation en matière de santé.....	96
• Services pharmaceutiques.....	98
• Bureau de la protection de la vie privée.....	99
• Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé.....	100
Aperçu financier (diagramme circulaire)	102
Aperçu financier (totaux détaillés)	104
Aperçu financier (écarts)	105

Organizational Chart Health 2011-12

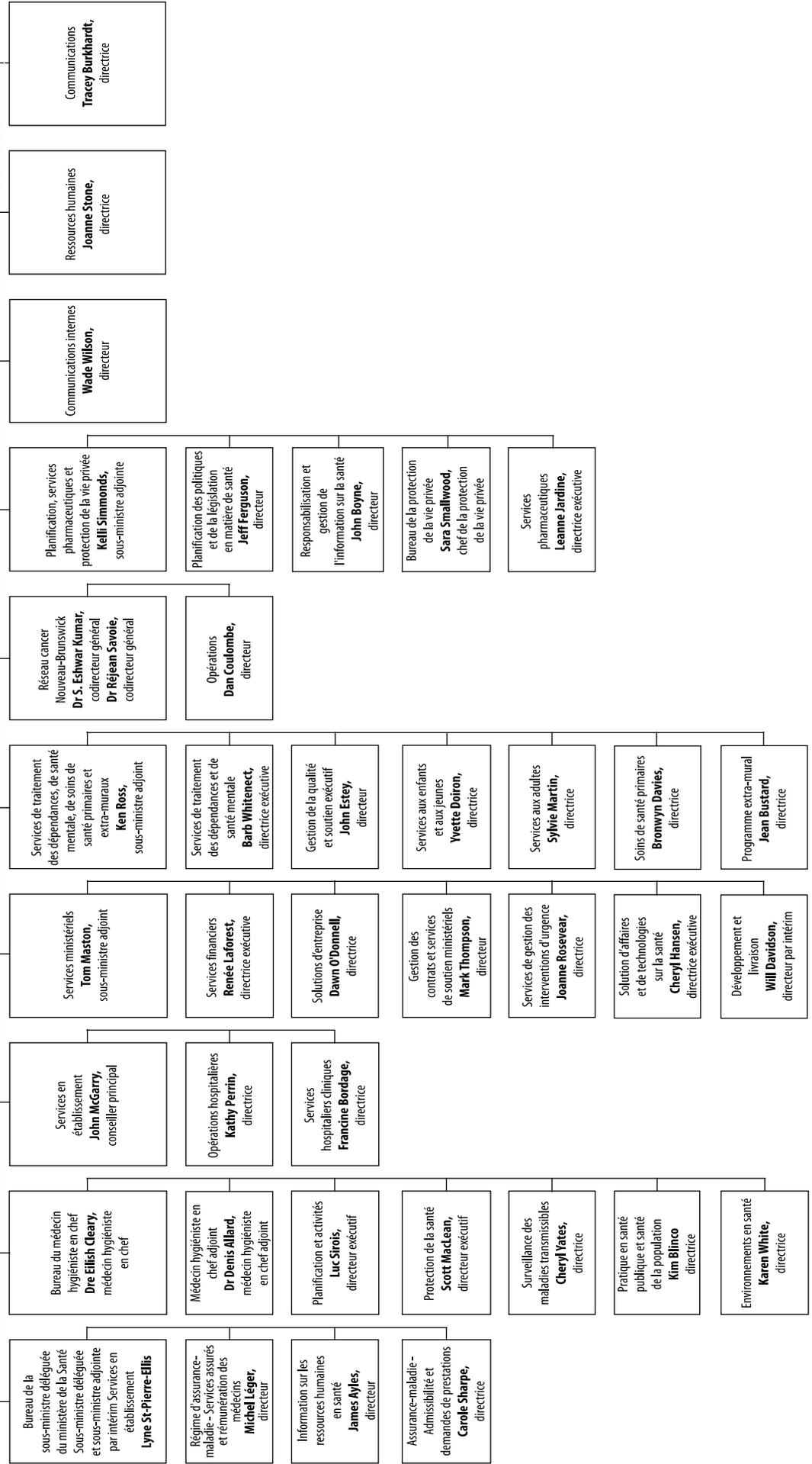


Organigramme Santé 2011-2012

Ministre
L'honorable Madeleine Dubé

Sous-ministre
Don Ferguson

Bureau de transition de la gouvernance
Lise Daigle, directrice exécutive



STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH

Ambulance Services
 Anatomy
 Automated Defibrillator
 Cemetery Companies
 Clean Air (paragraph 8(2)(a) and subsection 8(4))
 Clean Water (subsections 10(1), 12(3), 13(2), 13(3), (4), (5), (6) and (7) and 13.1(1), (3), (4), (9), (10) and (11))
 Health Services
 Hospital (except section 21)
 Hospital Services
 Human Tissue Gift
 Insurance (sections 242.1 to 242.4)
 Liquor Control (clause 69(1)(c)(i)(A))
 Medical Consent of Minors
 Medical Services Payment
 Mental Health
 Mental Health Services
 Motor Vehicle (paragraphs 84(12)(a) and 84(12.01)(b) and subsection 301(2))
 Municipalities (subsection 125(1))
 Personal Health Information Privacy and Access
 Pesticides Control (paragraph 8(1)(b))
 Prescription Drug Payment
 *Prescription Monitoring
 Public Health
 Regional Health Authorities
 Smoke-free Places
 Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery
 Tobacco Sales

STATUTES UNDER THE JURISDICTION OF THE MINISTER OF HEALTH AND ADMINISTERED BY A BOARD, COMMISSION, COUNCIL OR OTHER BODY

Statute	Administering Body
Hospital (section 21)	Department of Social Development
Midwifery	Midwifery Council of New Brunswick
New Brunswick Health Council	New Brunswick Health Council

* subject to proclamation

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Accès et protection en matière de renseignements personnels sur la santé
 Anatomie
 Assainissement de l'air [alinéa 8(2)a) et paragraphe 8(4)]
 Assainissement de l'eau [paragraphe 10(1), 12(3), 13(2), 13(3), (4), (5), (6) et (7) et 13.1(1), (3), (4), (9), (10) et (11)]
 Assurances (paragraphe 242.1 à 242.4)
 Compagnies de cimetières
 Consentement des mineurs aux traitements médicaux
 Contrôle des pesticides [alinéa 8(1)b)]
 Défibrillateur automatisé
 Dons de tissus humains
 Endroits sans fumée
 Gratuité des médicaments sur ordonnance
 Hôpitaux (sauf l'article 21)
 Municipalités [paragraphe 125(1)]
 Paiement des services médicaux
 Recouvrement de dommages-intérêts et du coût des soins de santé imputables au tabac
 Régies régionales de la santé
 Réglementation des alcools [division 69(1)c)(i)(A)]
 Services d'ambulance
 Services de santé
 Services hospitaliers
 Santé mentale
 Santé publique
 Services de santé mentale
 *Surveillance pharmaceutique
 Véhicules à moteur [(alinéas 84(12)a) et 84(12.01)b) et paragraphe 301(2)]
 Ventes de tabac

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR UNE COMMISSION, UN CONSEIL OU AUTRE

Loi	Organisme responsable de l'approbation
Hôpitaux (article 21)	Ministère du Développement social
Sages-femmes	Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick
Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé	Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé

* doit être promulguée

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services

Aligned with the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division, there are three program areas which provide service to individuals who are vulnerable due to mental illness.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of Community Mental Health Child and Adolescent Services is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues, and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. These services, delivered throughout the province by the regional health authorities, are provided to children, adolescents and their families when their level of functioning is such that professional intervention is required. Some examples of when intervention may be necessary are conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

Services provided include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based multidisciplinary teams, intervention may be provided on a short, medium or long-term basis as determined by clients' needs. The sharing of expertise, through consultations with the Departments of Education and Early Childhood Development, Public Safety, and Social Development, is promoted. In the 2011-12 fiscal year, Child and Adolescent Community Mental Health Services provided a total of 28,441 in-person services to 5,505 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services Program ensures consistent approaches regarding the right to admit patients for psychiatric treatment under an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. Psychiatric Patient Advocates meet with patients in order to clarify their status and their rights. These advocates also help patients and families in understanding processes and procedures relating to applications of the *Mental Health Act*, which allows psychiatrists to request that patients who risk harm to self or others be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to service providers and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and the *Mental Health Act*. In 2011-12, a total of 1,774 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 4.2 per cent from the previous year.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Programmes et services de santé mentale

En accord avec les Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires, il existe trois domaines de programmes qui offrent des services aux personnes vulnérables en raison d'une maladie mentale.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Les Services de santé mentale pour enfants et adolescents visent à aider les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. Ces services, assurés dans l'ensemble de la province par les régies régionales de la santé, sont offerts aux enfants, aux adolescents et à leurs familles lorsque leurs capacités fonctionnelles sont telles qu'une intervention professionnelle est requise. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou des problèmes connexes.

Les services offerts comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. L'intervention, assurée par des équipes communautaires multidisciplinaires, peut dispenser des services à court, à moyen ou à long terme, selon les besoins du client. Elle favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des ministères de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, de la Sécurité publique et du Développement social. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les Services de santé mentale pour enfants et adolescents ont offert 28 441 services personnalisés à 5 505 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement psychiatrique sur une base involontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Les défenseurs des malades psychiatriques rencontrent les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Ils aident également les patients et les familles à comprendre les processus et les procédures liés à l'application de la *Loi sur la santé mentale*, qui permettent aux psychiatres de demander qu'un patient qui risque de se faire du mal ou de faire du mal à autrui soit admis sur une base involontaire pour recevoir un traitement. Des séances de sensibilisation et de formation sont offertes aux fournisseurs de services ainsi qu'aux organismes communautaires pour promouvoir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2011-2012, 1 774 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 4,2 pour cent par rapport à l'année précédente.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education and Early Childhood Development, Public Safety, and Social Development, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 14 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2011-12, 268 youths were actively followed by the program, 22 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

The Youth Treatment program also oversees the provision of mental health clinical services within the New Brunswick Youth Facility in Miramichi. This ensures an integrated community-based and community-driven continuum of care service for youth in conflict with the law.

PUBLIC HEALTH

The mission of Public Health is to improve, promote and protect the health of people in New Brunswick.

The Office of the Chief Medical Officer of Health (OCMOH) is responsible for the overall direction of public health programs in the province and works collaboratively with Public Health staff in the regional health authorities.

In order to better fulfill the above mandate, legislative changes were proclaimed in November 2009 and are enforced progressively over a multi-year risk based approach to fully implement the new legislation in order to further protect the public from health hazards, environmental risks and communicable diseases. Specifically, the *Public Health Act* and six regulations were proclaimed: Food Premises Regulation, Reporting Disease Regulation, Abattoir Regulation, Dairy Plant and Transportation of Milk Regulation, Onsite Sewage Disposal System Regulation, Health Regions Regulation. The *Act* also strengthens the authority of the Medical Officers of Health to act in order to protect the health of the population.

Public Health Programs and Services

Public Health programs and services are provided by the department as well as the regional health authorities. The programs and services fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) health protection and healthy environments, and 3) public health practice and population health.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, de la Sécurité publique et du Développement social aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, quatorze équipes multidisciplinaires régionales et le Centre Pierre-Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire auxquelles participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, le programme a offert des services actifs à 268 jeunes, dont 22 ont dû être admis au Centre Pierre-Caissie, à Moncton.

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes coordonne aussi la prestation des services cliniques de santé mentale au sein de l'établissement pour jeunes du Nouveau-Brunswick, à Miramichi. On s'assure ainsi d'offrir aux jeunes qui ont des problèmes avec la justice un continuum de soins intégrés en milieu communautaire, axé sur la communauté.

SANTÉ PUBLIQUE

La Santé publique a pour mission d'améliorer, de promouvoir et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC) voit à l'orientation générale des programmes de santé publique dans la province et travaille en collaboration avec le personnel de la Santé publique dans les régies régionales de la santé.

Afin de mieux réaliser ce mandat, des modifications législatives ont été promulguées en novembre 2009. Elles sont progressivement appliquées selon une approche pluriannuelle fondée sur le risque afin de mettre pleinement en œuvre la nouvelle législation visant à protéger davantage le public des dangers pour la santé, des risques pour l'environnement et des maladies transmissibles. Plus particulièrement, la *Loi sur la santé publique* et six règlements ont été promulgués : le Règlement sur les locaux destinés aux aliments, le Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement, le Règlement sur les abattoirs, le Règlement sur les laiteries et le transport du lait, le Règlement sur les systèmes autonomes d'évacuation et d'épuration des eaux usées et le Règlement sur les régions sanitaires. La *Loi* renforce également la compétence des médecins-hygiénistes à agir pour protéger la santé de la population.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les régies régionales de la santé. Ils relèvent des trois domaines suivants : 1) la prévention, la gestion et le contrôle des maladies transmissibles; 2) la protection de la santé et les environnements en santé et 3) la pratique en santé publique et la santé de la population.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding becoming affected by communicable diseases.

Immunization

The New Brunswick Department of Health funds immunization programs against a wide range of vaccine preventable diseases. Publicly funded vaccines are provided through the routine childhood and adult schedules, targeted programs for high risk individuals and for communicable disease follow up. Vaccines recommended in the routine immunization schedule are delivered through a mixed model including Public Health nurses through pediatric immunization clinics and school-based immunization clinics and other health care providers throughout New Brunswick.

In the 2011-12 fiscal year, the following enhancements were made to the New Brunswick Immunization Program:

1. In April 2011, a combined Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis) vaccine was added to the New Brunswick Routine Immunization Schedule for adults requiring a pertussis booster and replacing one of the Td booster doses given every ten years.
2. In May 2011, a combined MMRV vaccine (measles, mumps, rubella and varicella vaccine) was introduced for use in the New Brunswick Routine Immunization Schedule.
3. In the fall of 2011, the MMR Grade 12 catch-up program was completed a year sooner than planned (2012-2013) as a result of a measles outbreak in Quebec in January 2011 and an increase in the number of cases occurring throughout Canada.
4. In March 2012, school aged children, adolescents and adults who did not receive a pertussis containing vaccine in the last five years and who were in close contact with infants under one year of age, were offered a pertussis vaccine as a part of the control measures in the New Brunswick Pertussis Outbreak. Pregnant women received counseling and were offered Tdap vaccination at the discretion of their physician.
5. Other developments in NB Immunization Program in 2011-12 included:
 - Completion of the 2012 New Brunswick Immunization program Guide, which replaces the New Brunswick Immunization Handbook, 2005.
 - Implementation of the Policy "Required Immunization for Children Attending Daycare" as per the New Brunswick Reporting and Diseases Regulations 2009-136 under the *Public Health Act*.

Prévention, gestion et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur bien-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Immunisation

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick finance les programmes de vaccination contre toute une série de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les vaccins financés par le secteur public sont fournis par l'entremise des programmes d'immunisation systématique qui s'adressent aux enfants et aux adultes et des programmes ciblés pour les personnes à risque élevé, ainsi que pour le suivi des maladies transmissibles. Les vaccins recommandés dans les calendriers d'immunisation systématique sont administrés selon un modèle mixte, regroupant notamment des infirmières de la Santé publique, lors de cliniques d'immunisation infantile et en milieu scolaire, ainsi que d'autres fournisseurs de soins de santé partout au Nouveau-Brunswick.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les améliorations suivantes ont été apportées au programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick :

1. En avril 2011, un vaccin combiné dcaT (contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos) a été ajouté au calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick pour les adultes nécessitant une injection de rappel contre la coqueluche; ce vaccin a remplacé l'une des injections de rappel contre le tétanos et la diphtérie administrées tous les dix ans.
2. En mai 2011, un vaccin combiné RROV (contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle) s'est ajouté au calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick.
3. À l'automne 2011, le programme de vaccination de rattrapage contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) pour les élèves de 12e année a été appliqué un an plus tôt (il était prévu en 2012-2013) à la suite d'une éclosion de rougeole au Québec, en janvier 2011 et d'une augmentation du nombre de cas partout au Canada.
4. En mars 2012, le vaccin contre la coqueluche, visant les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes qui n'avaient pas reçu ce vaccin au cours des cinq dernières années et qui étaient en contact étroit avec des nourrissons de moins d'un an, a été offert dans le cadre des mesures de contrôle de l'éclosion de cas de coqueluche au Nouveau-Brunswick. Les femmes enceintes ont reçu du counseling et le vaccin dcaT leur a été offert, assujetti à l'avis de leur médecin.
5. D'autres changements ont aussi été apportés au programme d'immunisation systématique en 2011-2012 :
 - Parachèvement du Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick 2012, remplaçant le Guide d'immunisation du Nouveau-Brunswick (2005).
 - Mise en œuvre de la politique « Vaccination requise pour les enfants qui fréquentent des garderies au Nouveau-Brunswick », selon le Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement du Nouveau-Brunswick 2009-136 en vertu de la *Loi sur la santé publique*.

Respiratory Diseases

The provincial respiratory communicable disease team is responsible for surveillance, policy and practice guideline development as well as managing situations that require provincial support, response and or leadership. Within the CDC Branch framework diseases that are transmitted through the respiratory route fall into this category. The majority of the diseases in this category are vaccine preventable and as such their epidemiology remains stable (Table A-1; A-2).

The main program area is the Influenza Program. It is comprised of a surveillance system; a laboratory system; an immunization program and a public reporting system. Partners supporting this structure include but are not limited to the RHA laboratories, regional public health, national Fluwatch, the Public Health Agency of Canada and other health care professionals practicing across all regions of the province.

Surveillance Data: Respiratory Diseases

Tables A-1 and A-2 illustrate the incidence of selected respiratory diseases that are reported in New Brunswick.

In January 2012, the largest pertussis outbreaks recorded in the province had begun and continued into the 2012-13 fiscal year. As of March 2012, most cases were observed in Health Regions 1 and 2, although cases were observed in all Health Regions and were above what was expected. A total of 166 cases were reported from January to March 31 2012 compared to 16 cases in the same time period in 2011. The highest increase in number of cases was within two age groups: 10-14 year olds and 5-9 year olds. Outbreak measures were implemented in the regions and will continue into the 2012-13 fiscal year. Public Health Measures in this outbreak have been focused on immunization and prophylaxis of close contacts of cases. In addition to promoting immunization according to the New Brunswick Routine Immunization Schedule, Tdap vaccine was offered to eligible expecting parents and individuals in close and regular contact with children less than one year of age. A spring school immunization campaign will be implemented to reduce the spread of pertussis in Health Regions 1 and 2.

Table A-1 - Respiratory Disease Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2007-2011

Disease	2007	2008	2009	2010	2011
Measles	0	0	0	0	0.1
Mumps	16.5*	0.1	0.1	0	0
Pertussis	3.1	3.1	3.2	5.5	22*
Rubella	0	0	0	0.1	0
Diphtheria	0	0	0	0	0
H. Influenzae type b	0	0	0	0.4	0.5

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch.
Note: the denominator use to calculate the 2011 rates are the 2011 preliminary post-censal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.
*Increased rates for these diseases during these years are related to outbreaks or clusters.

Maladies respiratoires

L'équipe provinciale de lutte contre les maladies respiratoires transmissibles est chargée de la surveillance et de la gestion des situations qui requièrent un soutien, une intervention ou un leadership provincial, ainsi que de l'élaboration de politiques et de directives à cet égard. Dans le cadre de travail de la Direction du contrôle des maladies transmissibles, les maladies qui sont transmises par voie respiratoire font partie de cette catégorie. Comme la majorité des maladies de cette catégorie peuvent être prévenues par la vaccination, leur épidémiologie demeure stable (tableaux A-1 et A-2).

Le principal secteur de programmes est le programme contre la grippe. Il comprend un système de surveillance, un réseau de laboratoires, un programme d'immunisation et un système de présentation de rapports destinés au public. Parmi les partenaires qui appuient cette structure, mentionnons notamment les laboratoires des régies régionales de la santé, les services de santé publique régionaux, le programme national Surveillance de l'influenza, l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres professionnels de la santé exerçant dans l'ensemble des régions de la province.

Données de surveillance : Maladies respiratoires

Les tableaux A-1 et A-2 illustrent l'incidence de certaines maladies respiratoires qui sont déclarées au Nouveau-Brunswick.

En janvier 2012, la province a connu la plus grande éclosion de coqueluche jamais enregistrée et la maladie a continué de sévir jusque dans l'exercice 2012-2013. En mars 2012, bien qu'on ait observé des cas dans toutes les régions sanitaires, et que leur nombre était plus élevé que prévu, la plupart se concentraient dans les régions 1 et 2. Au total, 166 cas ont été signalés entre janvier et le 31 mars 2012, comparativement à 16 pour la même période en 2011. La plus forte augmentation du nombre de cas a été enregistrée parmi deux groupes d'âge : de 10 à 14 ans et de 5 à 9 ans. Des mesures de contrôle ont été prises dans les régions et sont maintenues pendant l'exercice 2012-2013. Les mesures de santé publique relatives à cette éclosion ont été concentrées sur la vaccination et la prophylaxie des gens en contact étroit avec les personnes atteintes. En plus de promouvoir l'immunisation selon le calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick, le vaccin dcaT a été offert aux futurs parents et aux personnes admissibles en contact régulier avec des enfants de moins d'un an. Une campagne en milieu scolaire sera menée au printemps pour réduire la propagation de la coqueluche dans les régions sanitaires 1 et 2. Les communications se poursuivent

Tableau A-1 - Taux d'incidence des maladies respiratoires (par tranche de 100 000 habitants) par année, de 2007 à 2011

Maladie	2007	2008	2009	2010	2011
Rougeole	0	0	0	0	0,1
Oreillons	16,5*	0,1	0,1	0	0
Coqueluche	3,1	3,1	3,2	5,5	22*
Rubéole	0	0	0	0,1	0
Diphthérie	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0	0	0	0,4	0,5

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles.
Remarque : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2011 est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2011 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.
*L'augmentation des taux d'incidence de ces maladies au cours de ces années est liée à des éclosions ou à des groupes de cas.

**Table A-2 - Number of Cases of Respiratory Disease by Zones, 2011/
Tableau A-2 - Nombre de cas de maladies respiratoires par zone, 2011**

Disease / Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Measles/Rougeole	0	0	<5*	0	0	0	0	1
Mumps/Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis/Coqueluche	100	42	<5*	<5*	8	8	<5*	166
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Diphtheria/Diphthérie	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Influenzae type/H. influenzae type b	0	0	<5*	0	0	<5*	0	4

Source : OCMOH, Communicable Disease Control Branch. *"< 5" denotes a case count per zone less than 5/Bureau du médecin hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. *« < 5 » signifie un nombre de cas par zone inférieur à 5.

Communications with residents of New Brunswick (through media releases and the OCMOH website) and physicians, with regular updates on the outbreak and attention to immunization continue to take place.

Pandemic Influenza Planning

Provincial public health continues to plan for pandemic influenza through collaboration with the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, as well as working with partners such as First Nation Communities, Regional Health Authorities and federal/provincial/territorial colleagues across the country.

Provincial public health planning includes: procurement and distribution of pandemic vaccine and antivirals; developing messaging and policy for mitigation of the pandemic; and ongoing surveillance of disease-related data during all phases of the pandemic.

Foodborne, Waterborne and Enteric Diseases

The Communicable Disease Control Branch's (CDC) food, waterborne and enteric team works collaboratively with the Health Protection Branch to prevent disease as well as identify their sources, and thus prevent further spread of enteric diseases to ultimately decrease morbidity and mortality. Sporadic cases and outbreaks of food borne and waterborne communicable diseases are investigated by the regional Public Health teams, led by the Regional Medical Officers of Health. The provincial food, waterborne, and other enteric communicable disease team is responsible for overseeing surveillance, developing policy and guidelines and managing outbreaks that require provincial support and/or leadership.

Enteric diseases are normally associated with food, however cases have been linked to contaminated water, secondary transmission from humans, and direct contacts with animals, including exotic pets.

Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases

Incidence rates of selected enteric diseases have been generally stable or slightly decreasing over the last seven years. All of the incidence rates of selected diseases below have been stable except for Campylobacteriosis

avec la population néo-brunswickoise (par l'intermédiaire de communiqués de presse et du site Web du Bureau du médecin hygiéniste en chef) et avec les médecins, pour fournir des renseignements réguliers sur l'éclosion et sur l'immunisation.

Planification en cas de pandémie d'influenza

La Santé publique provinciale continue à se préparer à une pandémie d'influenza en travaillant en collaboration avec le Comité directeur provincial de préparation à la pandémie et en partenariat avec les communautés autochtones, les régions régionales de la santé et des collègues fédéraux, provinciaux et territoriaux d'un bout à l'autre du pays.

La planification de la santé publique à l'échelle de la province comprend la mise à disposition et la distribution d'un vaccin et d'antiviraux pandémiques, l'élaboration de messages et de politiques pour l'atténuation de la pandémie et la surveillance constante des données liées à la maladie durant toutes les phases de la pandémie.

Maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique

L'équipe de lutte contre les maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique de la Direction du contrôle des maladies transmissibles travaille en collaboration avec la Direction de la protection de la santé pour prévenir les maladies et déterminer la source de ces maladies, et ainsi prévenir toute propagation supplémentaire des maladies d'origine entérique pour en fin de compte réduire le taux de morbidité et de mortalité. Les cas sporadiques et les épidémies de maladies transmissibles d'origine alimentaire et hydrique sont étudiés par les équipes régionales de la Santé publique, qui sont dirigées par les médecins-hygiénistes régionaux. L'équipe provinciale de lutte contre les maladies d'origine alimentaire et hydrique et autres maladies entériques transmissibles est chargée de superviser la surveillance et la gestion des épidémies qui requièrent un soutien et un leadership provinciaux, ainsi que de l'élaboration de politiques et de directives à cet égard.

On associe généralement les maladies entériques à l'alimentation; cependant, on a établi un lien entre des cas et de l'eau contaminée, une transmission secondaire par des humains et des contacts directs avec des animaux, notamment des animaux exotiques.

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Les taux d'incidence des maladies entériques sélectionnées ont été généralement stables ou ont légèrement diminué au cours des sept dernières années. Tous les taux d'incidence des maladies indiquées ci-dessous ont été stables, sauf celui

which increased in 2011. The Salmonellosis incidence rate continued to increase in 2011. This increase is largely attributable to the increasing incidence of Salmonella Enteritidis which represents about one third of all reported salmonella cases; a trend also observed in other Canadian provinces. The incidence rate of E. coli 0157:H7 has decreased in 2011 compared to previous years.

Table A-3 - Enteric, Food and Waterborne Diseases Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2007 to 2011

Disease	2007	2008	2009	2010	2011
Campylobacteriosis	23.1	21.4	25.2	17.3	20.5
Giardiasis	11.8	14.6	14.1	15.3	12.3
E. coli 0157:H7	4.0	1.7	1.9	1.9	0.7
Salmonellosis	17.7	13.9	14.8	19.4	20.4
Shigellosis	0.5	0.9	1.2	0.8	0.9

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.

Notes

- The denominator use to calculate rates are the 2011 preliminary post-censal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.
 - Rates for 2008-2011 were reviewed according to new analysis algorithm and population estimates.

de la campylobactériose qui a augmenté en 2011. Celui de la salmonellose a continué de grimper en 2011, mais cette hausse est en grande partie attribuable à l'incidence croissante de la salmonella enteritidis, qui compte pour un tiers de tous les cas répertoriés, une tendance également observée dans les autres provinces canadiennes. Le taux d'incidence de la bactérie E. coli 0157:H7 a diminué en 2011 par rapport aux années précédentes.

Tableau A-3 - Taux d'incidence des maladies entériques, alimentaires et hydriques (par tranche de 100 000 habitants) par année, de 2007 à 2011

Maladie	2007	2008	2009	2010	2011
Campylobactériose	23,1	21,4	25,8	17,3	20,5
Giardiase	11,8	14,6	13,6	15,3	12,3
E. coli 0157:H7	4,0	1,9	2,0	1,9	0,7
Salmonellose	17,7	14,1	13,7	19,4	20,4
Shigellose	0,5	0,9	1,2	0,8	0,9

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, Unité du contrôle des maladies transmissibles.

Remarques

- Le dénominateur utilisé pour calculer les taux est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2011 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.
 - Les taux de 2008 à 2011 ont été révisés en fonction des nouvelles estimations démographiques et des nouveaux algorithmes analytiques.

Table A-4 - Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases by Zones, 2011-12/

Tableau A-4 - Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques par zone, 2011-2012

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Campylobacteriosis/Campylobactériose	49	26	26	14	<5	30	7	152 +/-5
Giardiasis/Giardiase	22	20	24	<5	10	10	<5	93
E. coli 0157:H7/E. coli 0157:H7	<5	0	<5	<5	0	0	0	5
Salmonellosis/Salmonellose	69	19	36	6	6	12	6	154
Shigellosis/Shigellose	<5	0	<5	0	<5	0	0	7

Sexual Health Program

Sexually transmitted and bloodborne infections (STBBI) and their serious consequences can be prevented and reduced through sexual health promotion, early detection, treatment and notification of sexual and drug use partners. Public Health provides comprehensive sexual health services to prevent and control STBBI. Most of public health programs are involved in the control of STBBI including the Communicable Disease team, Sexual Health Centres, HIV Testing Program as well as the Healthy Learners' in School Program, Early Childhood Initiative and the Immunization Program.

Using a comprehensive approach, the Sexual Health program aims to improve, support and maintain a healthy sexuality for the residents of New Brunswick. The goals of the program are to prevent and reduce unintended teen pregnancies and sexually transmitted and blood-borne infections in youth, young adults and adults, as directed by epidemiology and best practices.

Programme de santé sexuelle

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que leurs graves conséquences, peuvent être prévenues par la promotion de la santé sexuelle, la détection précoce, le traitement et le fait d'aviser les partenaires sexuels et de consommation de drogues. La Santé publique offre des services complets de santé sexuelle afin de prévenir et de contrôler les infections transmissibles sexuellement et par le sang. La plupart des programmes de la Santé publique participent au contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang, notamment l'équipe de lutte contre les maladies transmissibles, les centres de santé sexuelle, le Programme de dépistage du VIH ainsi que le programme Apprenants en santé à l'école, le programme Initiatives pour la petite enfance et le Programme d'immunisation.

Grâce à une approche globale, le Programme de santé sexuelle vise à améliorer, à soutenir et à maintenir la santé sexuelle des Néo-Brunswickois. Le programme a pour but de prévenir et de réduire les grossesses imprévues chez les adolescentes ainsi que les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes, les jeunes adultes et les adultes, comme le prescrivent l'épidémiologie et les pratiques exemplaires.

Sexual Health Clinics

The services offered in the sexual health clinics include sound, current and age-appropriate sexual health education, counseling and clinical services to youth 19 years and under. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through sexual health centers located in all zones along with outreach services as needed.

In fiscal year 2011-12, a total of 10 446 individual consultations for counseling, testing and treatment were provided by physicians, nurse practitioners and public health nurses. From this number, 69 per cent of consultations were provided to youth 16-19 years old. Males are under-represented in this clientele; they account for only 10 per cent of the consultations.

Education sessions are provided to public school students, post-secondary students, parents, professionals and others. This year there has been an increase in the number of education sessions (492) compared to 2010-11 (339) with a total of 14 527 individuals having participated. More than 50 per cent of participants were students in grade 9-12. A proportion of 22 per cent was in grade 6-8 and 7 per cent in postsecondary institutions.

The sexual health program is investing resources on population health promotion activities targeting the general population as well as groups at risk of harm such as youth, men having sex with men and aboriginals. Among these initiatives, Public Health is working towards decreasing stigma associated with HIV through normalizing HIV testing

Safer sex social marketing campaign

In January 2011, CDC launched a safer sex social marketing campaign. This campaign was planned in close collaboration with regional Public Health, community clinicians and community organisations such as AIDS service organisations, Gay Pride leaders, schools universities and colleges. The main objectives of the campaign were to raise awareness on STI (mainly Chlamydia and Syphilis), encourage those at risk to get tested and engage in safer sex behaviours. The campaign included various tools such as posters, condoms, T-shirts, video, online ads (Facebook, dating sites), pre-roll and theatre ads, newspaper ads, radio and TV interviews and presentation to specific groups such as, students, groups of clinicians.

Sexually Transmitted Infection Information Line

The Sexually Transmitted Infection (STI) Information Line (1-866-785-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other infections including HIV and Hepatitis C. New Brunswick residents have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2011-12, the STI Info line responded to 333 calls for advice, information and referral. Thirty per cent of calls were from females and 23 per cent, from males (46 per cent unspecified). The most frequent callers were 21-25 years

Cliniques de santé sexuelle

Les services offerts dans les cliniques de santé sexuelle comprennent de l'éducation sexuelle réfléchie, actuelle et appropriée, ainsi que du counseling et des soins pour les jeunes de 19 ans et moins. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à de l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont fournis par des centres de santé sexuelle situés dans toutes les zones, avec des services d'extension si nécessaire.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, un total de 10 446 consultations individuelles pour du counseling, des tests et des traitements ont été données par des médecins, des infirmières praticiennes et des infirmières en santé publique. De ce nombre, 69 pour cent touchaient des jeunes de 16 à 19 ans. Les hommes sont sous-représentés dans cette clientèle, car ils ne représentent que 10 pour cent des consultations.

Les séances éducatives ont lieu auprès des élèves des écoles publiques, des étudiants au postsecondaire, des parents, des professionnels et autres. Cette année, le nombre de séances a augmenté, à 492 par rapport à 339 en 2010-2011, et 14 527 personnes y ont participé. Plus de 50 pour cent des participants étaient des élèves de la 9e à la 12e année, 22 pour cent, des élèves de 6e à la 8e année et 7 pour cent, des étudiants des établissements postsecondaires.

Dans le programme de santé sexuelle, on investit dans les activités de promotion de la santé ciblant la population en général, de même que les groupes à risque, comme les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les Autochtones. Parmi ces initiatives, la Santé publique travaille à réduire la stigmatisation associée au VIH en normalisant son dépistage.

Campagne de marketing social sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires

En janvier 2011, l'Unité de contrôle des maladies transmissibles (CMT) lançait une campagne de marketing social sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires. Celle-ci a été préparée en étroite collaboration avec les services régionaux de Santé publique, des cliniciens et des organismes communautaires, notamment des organismes de services en matière de sida, des représentants de la fierté gaie, des écoles, des universités et des collèges. Les principaux objectifs de la campagne consistaient à conscientiser davantage la population sur les infections transmissibles sexuellement (particulièrement la chlamydia et la syphilis), à encourager les personnes à risque à subir des tests de dépistage et à adopter des comportements sexuels plus sécuritaires. La campagne comptait plusieurs éléments, comme des affiches, des préservatifs, des t-shirts, des vidéos, des publicités en ligne (Facebook, sites de rencontres), des annonces publicitaires en début de flux vidéos et au cinéma, dans les journaux, des entrevues à la radio et à la télévision, ainsi que des présentations à des groupes précis, comme des étudiants et des groupes de cliniciens.

Ligne d'information sur les infections transmissibles sexuellement

La ligne sans frais sur les infections transmissibles sexuellement (1 866 785-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les infections transmissibles sexuellement et d'autres infections, y compris le VIH et l'hépatite C. Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En 2011-2012, la ligne d'information sur les infections transmissibles sexuellement a répondu à 333 appels de personnes qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage.

old (16 per cent) followed by 16-20 years old and by 26-30 years old.

HIV Testing

The Department of Health is committed to provide services for people at risk for acquiring HIV. The goal of the sexual health program is to reduce the incidence rates of these infections through educating and counselling, early screening, and ensuring access to treatment for individuals infected with HIV. The success of this program is enhanced by the collaboration amongst Public Health, Correction Services Canada, and Public Safety as well as community partners such as AIDS service organizations.

Regional Public Health staff delivers the anonymous HIV Testing Program in the community and in federal and provincial correctional facilities in New Brunswick. The program includes primary and secondary prevention services such as, health promotion to groups and testing and counselling to individuals.

In 2011-12, Public Health HIV Testing Program provided testing and counselling services to 630 individuals in the community.

One hundred and nineteen (119) inmates were tested in Public Safety's correctional facilities in 2011-12. This number is comparable to 2010-11. The memorandum of understanding between the Department of Health and Correction Services Canada and Public Safety is currently under review.

Needle and Syringe Exchange Program

The Office of the Chief Medical Officer of Health is currently funding AIDS service organizations to deliver a needle/syringe exchange program. The goal of this harm reduction program is to reduce the risk of contracting bloodborne infections such as HIV and Hepatitis C. The department provides funding for the program coordination as well as needles, syringes and condoms to AIDS service organizations in Saint John, Fredericton and Moncton. In April 2012, AIDS New Brunswick plans to launch an outreach needle exchange program in Miramichi.

In 2011-12, a total of 3041 unique clients (66 per cent males) have accessed the needle exchange program.

Surveillance of Sexually Transmitted Bloodborne Infections (STBBI)

Table A-5 illustrates that the trend in STBBI is increasing in some areas however this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

Towards the end of 2009 a Syphilis outbreak began with the incidence rate of infectious syphilis quickly reaching the national rate. However, most of the increase occurred in 2009-10 fiscal year as there was a decrease in the case count during spring 2012 compared to the same period the previous last year. Although the number of cases is lower than other provinces, it is still important to closely monitor the situation through surveillance.

Parmi les appelants, 30 pour cent étaient des femmes et 23 pour cent, des hommes (46 pour cent n'étaient pas précisés). Les appels les plus fréquents se situaient dans le groupe des 21 à 25 ans (16 pour cent), suivis des 16 à 20 ans et des 26 à 30 ans.

Dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services aux personnes à risque de contracter le VIH. L'objectif du programme de santé sexuelle vise à réduire les taux d'incidence de cette infection, au moyen d'éducation et de counseling, de dépistage précoce et d'une garantie d'accès aux traitements pour les personnes atteintes. Le succès de ce programme est renforcé par la collaboration entre la Santé publique, le Service correctionnel Canada et la Sécurité publique, ainsi qu'avec d'autres partenaires communautaires tels que les organismes de services en matière de sida.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage anonyme du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux du Nouveau-Brunswick. Le programme inclut des services de prévention primaires et secondaires tels que des services de promotion de la santé qui sont offerts à des groupes et des services de dépistage et de counseling offerts aux particuliers.

En 2011-2012, le programme de dépistage du VIH de la Santé publique a fourni des services de dépistage et de counseling à 630 personnes au sein de la collectivité.

Au cours de l'exercice, 119 détenus ont subi un dépistage dans les établissements correctionnels de la Sécurité publique, un nombre comparable à 2010-2011. Le protocole d'entente entre le ministère de la Santé, Service correctionnel du Canada et le ministère de la Sécurité publique est en voie de révision.

Programme d'échange d'aiguilles et de seringues

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef finance actuellement les organismes de services en matière de sida pour déployer un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. Le but de ce programme de réduction des méfaits que causent les aiguilles et les seringues consiste à diminuer le risque de contracter des infections transmissibles par le sang, telles que le VIH et l'hépatite C. Le ministère finance le coût de coordination du programme, de même que les aiguilles, les seringues et les préservatifs pour les organismes de services en matière de sida à Saint John, à Fredericton et à Moncton. En avril 2012, le groupe SIDA Nouveau-Brunswick prévoit étendre le programme d'échange de seringues à Miramichi.

En 2011-2012, 3 041 personnes (66 pour cent d'hommes) ont bénéficié du programme d'échanges d'aiguilles.

Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Le tableau A-5 démontre que la tendance des infections transmissibles sexuellement et par le sang est en hausse dans certaines régions, sans que cette situation soit toutefois exclusive au Nouveau-Brunswick, puisque la plupart de ces taux sont inférieurs ou comparables aux taux nationaux.

Une éclosion de syphilis a commencé à la fin de 2009, ce qui a fait en sorte que le taux d'incidence de syphilis infectieuse atteigne rapidement le taux national. Cependant, la majeure partie de cette hausse est survenue pendant l'exercice 2009-2010 et on a observé une diminution du nombre de cas au printemps 2012 par rapport à la même période de l'exercice précédent. Bien que le nombre de cas soit inférieur à celui des autres provinces, il est néanmoins important de surveiller de près la situation.

Table A-5 - Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2007 to 2011

Disease	2007	2008	2009	2010	2011
Genital Chlamydia	164.3	200.3	214.0	257.2	258.4
Gonorrhoea	5.9	5.5	6.4	10.1	7.3
Syphilis - All	1.6	1.5	2.5	6.8	9.8
Infectious	0.5	0.9	1.7	6.0	6.8
HIV	1.6	1.7	0.3	0.9	1.2
AIDS	0.4	0.1	0.3	0.1	0.0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.

Notes

- The denominator use to calculate the 2011 rates are the 2011 preliminary post-censal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

- Rates for 2008-2011 were reviewed according to new analysis algorithm and population estimates.

Tableau A-5 - Taux d'incidence des infections transmissibles sexuellement ou des agents pathogènes transmissibles par le sang (par tranche de 100 000 habitants) par année, de 2007 à 2011

Maladie	2007	2008	2009	2010	2011
Chlamydirose génitale	164,3	200,3	214,0	257,2	258,4
Gonorrhée	5,9	5,5	6,4	10,1	7,3
Syphilis – toutes	1,6	1,5	2,5	6,8	9,8
Infectieuse	0,5	0,9	1,7	6,0	6,8
VIH	1,6	1,7	0,3	0,9	1,2
SIDA	0,4	0,1	0,3	0,1	0,0

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, Unité du contrôle des maladies transmissibles.

Remarques

- Le dénominateur utilisé pour calculer les taux est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2010 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.

- Les taux de 2008 à 2011 ont été révisés en fonction des nouvelles estimations démographiques et des nouveaux algorithmes analytiques.

Table A-6 - Number of Cases of Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens by Zones, 2011-12/

Tableau A-6 - Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement ou d'agents pathogènes transmissibles par le sang par zone, 2011-2012

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Genital Chlamydia/Chlamydirose génitale	691	336	592	56	53	134	90	1907
Gonorrhoea/Gonorrhée	21	20	7	<5	0	<5	<5	73
Syphilis - All/Syphilis – toutes	27	13	21	<5	<5	8	<5	74
Infectious/Infectieuse	19	11	18	<5	0	<5	<5	44
HIV/VIH	<5	0	5	<5	0	0	0	9
AIDS/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./Bureau du médecin hygiéniste en chef, Unité du contrôle des maladies transmissibles.

Vectorborne and Zoonotic Diseases

Vectorborne and zoonotic diseases are diseases capable of being transmitted from animals to humans. These include rabies, Lyme disease and West Nile virus. New Brunswick has sporadic notifications of human cases associated with these diseases. In fiscal 2011-12, the main components of the vectorborne and zoonotic disease program included the prevention of disease in people through public and professional awareness and education, surveillance of cases and specific interventions as appropriate, including prophylactic treatment of persons exposed to suspect rabid animals. In 2011, Grand Manan Island was identified as a Lyme disease endemic area (in addition to the Millidgeville area near Saint John, determined in 2009). Lyme disease awareness and education campaigns consisted of press releases, website content, toll-free information lines and community information sessions.

Health Protection and Healthy Environments

The applicable programs and services are designed and developed centrally by the Healthy Environment branch while the delivery is performed by Health Protection staff in the regions. Areas of focus include: food safety (including inspection/regulation of food premises and agri-food services), monitoring of water quality, air quality, on-site sewage disposal systems, public health emergency preparedness, institutional health, communicable disease investigation, tobacco control and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs and services is based on risk assessment criteria which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing the spread of communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities. In addition to the existing programs, a significant amount of research, advice and development has been driven by increased attention to environmental health issues globally such as: radon, fluoridation of water, shale gas, etc...

Specific activities carried out by Health Protection staff in regional offices in 2011-12 are described below.

Food Safety

Food Service Establishment Licensing

Food premises in New Brunswick must be licensed to operate. A condition of licensing requires that each establishment be inspected by a public health inspector who is responsible to enforce requirements of the *Public Health Act* for the operation of food premises.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance

Maladies à transmission vectorielle et zoonoses

Les maladies à transmission vectorielle et zoonoses sont des maladies pouvant être transmises par les animaux à l'homme. Celles-ci comprennent la rage, la maladie de Lyme et le virus du Nil occidental. Quelques cas humains sporadiques de ces maladies ont été déclarés au Nouveau-Brunswick. Pour l'exercice financier 2011-2012, les principaux volets du programme de lutte contre les maladies à transmission vectorielle et zoonoses comprenaient la prévention des maladies par des mesures de sensibilisation et d'information du public et des milieux professionnels, la surveillance des cas et les interventions spécifiques, le cas échéant, notamment le traitement prophylactique des personnes exposées aux animaux présumés enrégés. En 2011, l'île Grand Manan a été déclarée région endémique de la maladie de Lyme (s'ajoutant à celle de Millidgeville, près de Saint John, déclarée endémique en 2009). Les campagnes de sensibilisation et d'éducation à l'égard de la maladie de Lyme ont donné lieu à des communiqués de presse, à des renseignements dans le site Web, à des lignes téléphoniques d'information sans frais et à des séances d'information communautaires.

Protection de la santé et environnements en santé

La conception et l'élaboration des programmes et des services applicables en la matière sont centralisées à l'Unité des environnements en santé et le personnel de la Direction de la protection de la santé dans les régions est chargé de leur mise en œuvre. Parmi les domaines d'intérêt particulier, on compte la salubrité des aliments (notamment l'inspection et la réglementation des locaux destinés aux aliments et des services agroalimentaires), la surveillance de la qualité de l'eau et de l'air, des réseaux autonomes d'évacuation et d'épuration des eaux usées, la préparation en cas d'urgence liée à la santé publique, la santé en établissement, les enquêtes sur les maladies transmissibles, la lutte contre le tabagisme et la promotion de la santé.

La prestation des programmes et des services d'inspection du ministère est fondée sur les critères d'évaluation des risques qui ont un effet sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir la propagation des maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance. L'attention accrue portée à l'échelle mondiale sur les problèmes de salubrité de l'environnement, comme le radon, la fluoration de l'eau et le gaz de schiste, a mené à une quantité importante d'activités de recherche, de consultation et de conception, en plus des programmes existants.

Les activités précises menées par le personnel des bureaux régionaux de la Direction de la protection de la santé en 2011-2012 sont décrites ci-dessous.

Salubrité des aliments

Délivrance de permis d'exploitation d'un établissement de restauration

Les locaux destinés aux aliments au Nouveau-Brunswick doivent obtenir un permis d'exploitation. Une condition du permis précise que chaque établissement doit être inspecté par un inspecteur de la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé publique* relatives à l'exploitation des établissements de services alimentaires.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes

history and the population served. Establishments are categorized as high, medium or low risk with a corresponding frequency of three, two or one inspections per year, respectively.

In 2011-12, 4,059 licenses were issued to New Brunswick food premises, this is an increase of 521 licenses. This may be attributed to the beginning of the implementation of the new *Public Health Act* which was proclaimed in November 2009 and will require a greater number of facilities to be licensed as implementation is phased-in. Public health inspectors conducted 7,780 inspections of licensed establishments. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 847 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities. The Department of Health recognizes the importance of safe food handling education as a means of decreasing the incidence of foodborne illness.

de gestion de la salubrité des aliments, du dossier de conformité et de la population servie. Les établissements sont classés à risque élevé, moyen ou faible avec une fréquence correspondante de trois inspections, deux inspections ou une inspection par année, respectivement.

En 2011-2012, 4 059 permis ont été délivrés à des établissements de services alimentaires au Nouveau-Brunswick, ce qui représente une hausse de 521 permis. Cette hausse peut être attribuée au début de la mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur la santé publique* qui a été promulguée en novembre 2009 et elle nécessitera que davantage d'établissements obtiennent un permis au fur et à mesure de la mise en œuvre de la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique ont mené 7 780 inspections d'établissements titulaires. Outre ces activités d'inspection, les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 847 manipulateurs d'aliments dans le cadre de programmes de formation en salubrité des aliments faisant partie des activités continues de promotion de la santé. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance de la formation dans la manipulation sécuritaire des aliments comme un moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire.

Number of food service establishment inspections/Nombre d'inspections d'établissements de restauration

	2010-11	2011-12
High/Élevé	*1,056	1,269
Medium/Moyen	3,413	5,892
Low/Faible	579	626
Total	5,048	7,780
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	3,538	4,059
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	11	14
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	1,539	847

*The number of high risk food premises inspections increased from 1056 in 2010-11 to 1269 in 2011-12./Le nombre d'inspections dans des établissements de services alimentaires à risque élevé est passé de 1 056 en 2010-2011 à 1 269 en 2011-2012.

Agri-Food Services

Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provides the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy Producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality regulatory standards.

	2010-11	2011-12
Raw Milk Sampling		
Number of raw milk samples tested	2808	2733
Compliance:		
Bacteria Counts	98.11%	98.17%
Somatic Cell Count	97.44%	96.56%
Added Water	99.89%	99.85%
Number of inhibitor infractions	3	2

Dairy Farm Inspections

Approximately 226 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2010-11	2011-12
Number of routine dairy farm inspections	232	226
Number of follow-up, quality and other inspections	315	423
Number of Premise Penalties (new as of 2011)		2

Dairy Processors

Sample collection at licensed provincial dairies - product testing at the NB Dairy Laboratory

	2010-11	2011-12
Number of samples		
Cheese	135	143
Butter	7	9
Yogurt	5	5

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected provincially with follow-up visits as required. Milk Meter Calibrations are completed once per year.

	2010-11	2011-12
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	11	11
Milk Meter Calibrations	* 0	* 0

*The department has stopped attending Milk Meter Calibrations unless there are complaints or issues with milk shortages.

Services agroalimentaires

Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un niveau élevé de conformité avec les normes réglementaires de la qualité du lait cru.

	2010-2011	2011-2012
Échantillonnage du lait cru		
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	2 808	2 733
Conformité :		
Énumérations bactériennes	98,11 %	98,17 %
Énumération des cellules somatiques	97,44 %	96,56 %
Eau ajoutée	99,89 %	99,85 %
Nombre d'agents inhibiteurs	3	2

Inspections de fermes laitières

Environ 226 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	232	226
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	315	423
Nombre de pénalités imposées (nouveau à compter de 2011)		2

Transformateurs de produits laitiers

Prélèvement d'échantillons dans les fermes laitières détentrices d'un permis : analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'échantillons		
Fromage	135	143
Beurre	7	9
Yogourt	5	5

Inspection d'usine de transformation et étalonnage des compteurs à lait

Les usines de pasteurisation, qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci, sont inspectées à l'échelle provinciale et font l'objet de visites de suivi au besoin. L'étalonnage des compteurs à lait est effectué une fois par année.

	2010-2011	2011-2012
Inspections d'usine de fromage au lait cru et de pasteurisation	11	11
Étalonnages des compteurs à lait	* 0	* 0

*Le ministère a cessé de vérifier les étalonnages des compteurs à lait à moins qu'il n'y ait des plaintes ou des problèmes concernant des pénuries de lait.

Abattoir and Meat Shop Inspections

Last year premises were inspected twice or once a year with the implementation of a risk based inspection frequency. Each was inspected for sanitation and facility requirements with follow up as required.

At abattoirs there are four inspections required per year relating to Specified Risk Material (SRM) Removal in beef cattle.

	2010-11	2011-12
Number of licensed abattoirs	31	31
Number of abattoir inspections	158	150
Number of licensed Meat Shops	N/A	12
Number of Meat Shop Inspections	N/A	14

Note: Implementation of licensing meat shops commenced in April 2012, therefore there is no data for 2010-11.

Bulk Tank Milk Graders

Bulk Tank Milk Graders (BTMG) are individuals that are licensed to:

- sample and collect raw milk at the farm level
- deliver raw milk to dairy plants
- maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year and upon initial licensing.

	2010-11	2011-12
Number of BTMG inspections	32	32

Bulk Milk Tank Truck

Bulk tank milk trucks are inspected once per year with follow-up as required.

	2010-11	2011-12
Number of tanker inspections	24	31

Water Quality

Public Drinking Water Supplies

The Department of Health works in cooperation with the Department of Environment to regulate public drinking water supplies. Public health inspectors monitor the results of water samples taken by municipalities and crown owned systems to ensure the water does not exceed health advisory limits, a set of bacteriological and chemical criteria based on the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. To protect the public from adverse health consequences, Regional Medical Officers of Health may issue 'Boil Orders' or 'Do Not Consume Orders' where public supplies fail to meet the health advisory limits.

Inspections d'abattoirs et de boucheries

L'an dernier, avec l'adoption d'une fréquence d'inspection fondée sur le risque, les lieux ont été inspectés une ou deux fois. Les inspections ont porté sur les conditions sanitaires et les exigences liées aux installations pour chaque emplacement et un suivi a été effectué au besoin.

Dans les abattoirs, quatre inspections par année sont requises pour l'enlèvement des matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'abattoirs ayant un permis	31	31
Nombre d'inspections d'abattoir	158	150
Nombre de boucheries détentrices d'un permis	S.O.	12
Nombre d'inspections de boucherie	S.O.	14

Nota : La délivrance de permis pour les boucheries a commencé en avril 2012. C'est pourquoi il n'y a pas de données pour l'exercice 2010-2011.

Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

- à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;
- à livrer le lait cru aux usines laitières;
- à maintenir les conditions d'hygiène des camions-citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année et au moment de la délivrance du permis.

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'inspections des préposés au classement du lait en citerne	32	32

Camion-citerne de lait

Les camions-citernes sont inspectés une fois par année et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'inspections de camions-citernes	24	31

Qualité de l'eau

Sources publiques d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Environnement à la réglementation des sources d'approvisionnement en eau potable. Les inspecteurs de la Santé publique surveillent les résultats des échantillons d'eau prélevés par les municipalités et dans les réseaux de la Couronne afin de s'assurer que l'eau ne dépasse pas le niveau d'avis sanitaire, un ensemble de critères bactériologiques et chimiques établi selon les « Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada ». Afin de protéger le public contre les conséquences néfastes pour la santé, les médecins-hygiénistes régionaux peuvent donner des ordres de faire bouillir l'eau ou de s'abstenir de consommer l'eau lorsque les sources publiques d'approvisionnement en eau dépassent le niveau d'avis sanitaire.

In 2011-12, 26 boil orders were issued in 16 New Brunswick communities.

	2010-11	2011-12
Number of bacteriological tests monitored*	13,312	12,710
Boil Orders Issued	32	6
Do Not Consume Orders Issued	0	0

*Monitored at NB Analytical Services Laboratory.

Private Drinking Water Supplies

The Department of Health continue to report to homeowners results of tests conducted at the New Brunswick Analytical Services Laboratory which exceed the Total Coliform or E Coli Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. A series of free follow-up samples are provided.

	2010-11	2011-12
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	5,173	8,147*
Private well owners contacted	2,624	3,513

*The increase in number of samples submitted by private well owners may be due to flooding occurring in 2011-12 or increased awareness of the need for private water well water testing.

Recreational Water Quality

The department samples recreational swimming areas during summer months only to investigate complaints or specific health hazards. In some cases, municipalities, provincial park staff or watershed groups conduct testing and report results to the department. Swimming areas are assessed for environmental conditions including proximity to sewage outfalls and recreational use and are sampled for bacteriological water quality. Results of bacteriological tests are assessed against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, regional Medical Officers of Health may post an area as unsafe for swimming. Advisories regarding blue green algae blooms were issued in six lakes in 2011-12.

	2010-11	2011-12
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	467	48
Number of beaches closed	3	0

Environmental Health and Community Sanitation

On-Site Sewage Disposal System Applications and Assessments

Properties that do not have access to municipal services require an on-site sewage disposal system which consists of a septic tank and a disposal field. Public health inspectors assess applications to install on-site sewage disposal systems to ensure the proposed systems will not contaminate groundwater resources or cause nuisances.

En 2011-2012, 26 ordres de faire bouillir l'eau ont été donnés dans 16 localités du Nouveau-Brunswick.

	2010-2011	2011-2012
Nombre d'analyses bactériologiques surveillées*	13 312	12 710
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	32	26
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	0	0

*Surveillées au Laboratoire des services analytiques du Nouveau-Brunswick.

Sources privées d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé continue à communiquer aux propriétaires les résultats des analyses menées au Laboratoire des services analytiques du Nouveau-Brunswick qui dépassent les « Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada » relativement aux coliformes totaux ou aux bactéries E. coli. Une série d'échantillons de suivi gratuits sont fournis.

	2010-2011	2011-2012
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	5 173	8 147*
Propriétaires de puits privés contactés	2 624	3 513

*La hausse du nombre d'échantillons fournis par les propriétaires de puits privés peut être attribuable aux inondations survenues en 2011-2012 ou à une plus grande sensibilisation au besoin d'analyser l'eau.

Qualité de l'eau à des fins récréatives

Le ministère échantillonne les lieux de natation pendant les mois d'été seulement pour enquêter sur les plaintes ou des risques précis pour la santé. Dans certains cas, les municipalités, le personnel des parcs provinciaux ou les groupes de bassins versants ont mené des analyses et ont communiqué les résultats au ministère. Les lieux de natation sont évalués d'après les conditions environnementales, y compris la proximité des émissaires d'évacuation et l'utilisation récréative. Des échantillons sont prélevés afin de déterminer la qualité bactériologique de l'eau. Les résultats des analyses bactériologiques sont évalués en fonction des « Recommandations au sujet de la qualité des eaux utilisées à des fins récréatives au Canada ». Lorsqu'il est jugé nécessaire de protéger la santé du public, les médecins-hygiénistes régionaux peuvent poser une enseigne indiquant qu'un secteur n'est pas sécuritaire pour la baignade. En 2011-2012, on a émis des avis de sécurité pour six lacs concernant la prolifération des algues bleu-vert.

	2010-2011	2011-2012
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	467	48
Nombre de plages fermées	3	0

Écosalubrité et salubrité communautaire

Demandes de systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées et évaluations

Les biens-fonds non reliés aux services municipaux doivent être dotés d'un système autonome d'évacuation et d'épuration des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en

The design and location of the system and soil conditions of the property are evaluated to determine if sewage can be effectively treated to prevent the spread of communicable diseases.

Individuals installing on-site sewage disposal systems for others must be licensed by the department. Courses are offered by public health inspectors to train individuals on the regulatory requirements, technical specifications and proper installation of on-site sewage disposal systems. In 2011-12, there were 133 individuals trained to install on-site systems under the *Public Health Act*. In 2011-12, 525 individuals were licensed to install systems under the *Public Health Act*.

	2010-11	2011-12
On-Site Sewage Disposal System Application Assessments	2,107	2,468
Inspections	1,855	2,027

Subdivision Assessments

Individuals or companies wishing to subdivide land make an application to the appropriate planning authority. Should the land being subdivided require on-site sewage disposal, the planning authority used to ask the Department of Health to assess the land and make recommendation with respect to suitability for on-site sewage disposal. Until recently, Public health inspectors conducted the assessments to ensure the land meets the requirements of the *Health Act* which include size, dimension, soil quality and proximity of the land to lakes, streams or other bodies of water. New legislation passed in 2009 no longer requires Public Health Inspectors to conduct assessments on subdivisions. Therefore, we are no longer conducting subdivision assessments, rather assessments and recommendations for the Planning Commissions are being conducted by other groups such as the Land Surveyors.

	2010-11	2011-12
Subdivision Assessments	533	0

Air Quality

Public health inspectors provide assessments and advice related to indoor air quality and housing on a complaint basis. Complaints are investigated with referral to appropriate agencies such as the Office of the Rentalsman, when necessary.

	2010-11	2011-12
Indoor air quality investigations	134	241
Housing complaint investigations	757*	529

*There was a significant decrease in housing inspections in 2011-12, as there was a reduced flooding impact on residents compared to the previous year.

eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système, et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis du ministère. Les inspecteurs de la santé publique offrent aux particuliers des cours sur les normes réglementaires, les devis techniques et l'installation des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées. En 2011-2012, 133 personnes ont été formées à l'installation de réseaux autonomes en vertu de la *Loi sur la santé publique*. En 2011-2012, 525 personnes ont obtenu un permis pour l'installation de ces réseaux en vertu de la *Loi*.

	2010-2011	2011-2012
Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place		
Évaluation des demandes	2 107	2 468
Inspections	1 855	2 027

Évaluation des lotissements

Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Auparavant, si le terrain loti devait être muni d'un réseau autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme devait demander au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation concernant la pertinence de l'installation d'un réseau autonome d'évacuation des eaux usées. Jusqu'à récemment, les inspecteurs de la Santé publique effectuaient les évaluations afin de s'assurer que le terrain était conforme aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau. En vertu d'une nouvelle législation, adoptée en 2009, les inspecteurs de la Santé publique ne sont plus tenus de procéder à une évaluation des lotissements. Par conséquent, on ne procède plus à des évaluations des lotissements, mais ce sont plutôt des évaluations qui sont effectuées et des recommandations qui sont formulées à l'intention des commissions d'aménagement par d'autres groupes tels que les arpenteurs-géomètres.

	2010-2011	2011-2012
Évaluation des lotissements	533	0

Qualité de l'air

Les inspecteurs de la Santé publique effectuent des évaluations et offrent des conseils sur la qualité de l'air intérieur et sur les logements lorsqu'ils reçoivent des plaintes. Les plaintes sont étudiées et transmises aux organismes responsables comme le Bureau du médiateur des loyers, si nécessaire.

	2010-2011	2011-2012
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	134	241
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	757*	529

*Une baisse considérable des inspections de logement a été observée en 2011-2012, en raison d'une incidence réduite des inondations sur les résidents comparativement à l'année précédente.

Institutional Health

The department provides recommendations for licensing to the Department of Social Development for daycares and special care facilities (Note: Daycares now fall under Education and Early Childhood Development). These recommendations are based on annual inspections conducted by public health inspectors who monitor compliance with standards established for the inspection of such facilities.

In 2011-12, public health inspectors conducted 1,576 institutional inspections.

	2010-11	2011-12
Special Care Home inspections	397	791
Daycares inspections	666	785

Tobacco Control

Data obtained from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, indicate the average number of cigarettes smoked per day in New Brunswick:

2006	2007	2008	2009	2010	2011
15.3	17	15.5	16.1	17.4	16.3

Data also indicate the percentage of smokers in New Brunswick over the age of 15:

2006	2007	2008	2009	2010	2011
23%	21%	20%	21%	19.2%	18.8%

Tobacco control initiatives continue to be a key component to improve population health. In October, 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act*. The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms. Additionally, as of January 1, 2010, it is prohibited to smoke in vehicles with children under the age of 16.

The *Act* is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Worksafe NB. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the *Act*. Since the introduction of the *Act*, the number of complaints has declined from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to nine for the entire 2009-10 fiscal year and increased to 18 complaints in 2010-11. Additionally, 30 calls were received this fiscal period regarding complaints of people smoking near doorways, entrances and windows to public buildings which is not currently covered by the *Act*.

Santé en établissement

Le ministère fournit au ministère du Développement social des recommandations sur la délivrance de permis aux garderies et aux foyers de soins spéciaux. (Nota : Les garderies relèvent maintenant du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance). Ces recommandations sont fondées sur les inspections annuelles effectuées par les inspecteurs de la Santé publique, qui surveillent la conformité aux normes établies pour l'inspection de tels établissements.

En 2011-2012, les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 1 576 inspections d'établissements.

	2010-2011	2011-2012
Inspection des foyers de soins spéciaux	397	791
Inspections de garderies	666	785

Lutte contre le tabagisme

Les données obtenues à l'issue de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indiquent le nombre moyen de cigarettes fumées par jour au Nouveau-Brunswick :

2006	2007	2008	2009	2010	2011
15,3	17	15,5	16,1	17,4	16,3

Les données indiquent également le pourcentage de fumeurs au Nouveau-Brunswick qui sont âgés de plus de 15 ans :

2006	2007	2008	2009	2010	2011
23 %	21 %	20 %	21 %	19,2 %	18,8 %

Les mesures de lutte contre le tabagisme demeurent un volet clé pour améliorer la santé de la population. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. La *Loi* comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs. De plus, depuis le 1er janvier 2010, il est interdit de fumer dans son véhicule en présence d'enfants âgés de moins de 16 ans.

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre la Santé publique, le ministère de la Sécurité publique et Travail sécuritaire N.-B. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler des infractions à la *Loi*. Depuis l'adoption de la *Loi*, le nombre de plaintes est passé de 156, au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005, à neuf pour la totalité de l'exercice 2009-2010, puis il a augmenté à 18 en 2010-2011. En outre, 30 appels de plainte ont été reçus au cours du présent exercice concernant des personnes fumant près des portes d'entrée, des entrées et des fenêtres des édifices publics, situation qui n'est actuellement pas couverte par la *Loi*.

Complaints under the *Smoke-free Places Act*/ *Plaintes déposées en vertu de la Loi sur les endroits sans fumée*

DEPARTMENT/ MINISTÈRE	Avril à mars April-March 2005-06	Avril à mars April-March 2006-07	Avril à mars April-March 2007-08	Avril à mars April-March 2008-09	Avril à mars April-March 2009-10	Avril à mars April-March 2010-11	Avril à mars April-March 2011-12
Public Health/Santé publique	41 (63%)	34 (69%)	20(77%)	14(64%)	7 (78%)	8 (44%)	9 (56%)
Public Safety/Sécurité publique	10 (15%)	6 (12%)	2(8%)	2(9%)	1 (11%)	4 (22%)	2 (12.5%)
Worksafe NB/Travail sécuritaire NB	14 (22%)	9 (19%)	4(15%)	6(27%)	1 (11%)	6 (33%)	5 (31%)
Total complaints/Total des plaintes	65	49	26	22	9	18	16

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. The *Act* is enforced by Public Safety Officers. In January, 2009, the *Tobacco Sales Act* was amended to prohibit the use of tobacco power walls. Inspection results show good compliance with this change in legislation.

In 2011-12 inspectors reported a total of 891 administrative/ enforcement checks and recorded a combined compliance rate of 92.5 per cent. This is down from 94 per cent reported in 2010-11.

As a result of information provided to the Department of Finance, during the past year, no tobacco retailers had their tobacco license suspended for a period of 30 days within this fiscal period.

Compliance rates vary from year to year and are usually dependent on frequency of visits and enforcement strategies that are in place. In order to address this reduction in compliance rate, the Department of Public Safety has recently implemented a new enforcement-oriented strategy for existing retailers that will concentrate on prosecutions and recommendations of license suspensions for those who sell tobacco products to minors.

Tanning Salons

Public Health developed guidelines for the tanning salon industry in 2010 and committed to a verification of compliance in 2011. A verification of the compliance in 150 tanning salons was carried out on October 12-13, 2011. Results vary, compliance with some sections of the guidelines were good, however, it was found through our verification processes that 55 per cent of the salons contacted would still allow individuals less than 18 year old to tan at their facilities.

La *Loi sur les ventes de tabac* réglemente la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être effectués pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. La *Loi* est appliquée par des agents de la Sécurité publique. En janvier 2009, la *Loi sur les ventes de tabac* a été modifiée en vue d'interdire l'usage d'étalages muraux pour les produits de tabac. Les résultats d'inspection indiquent une bonne conformité avec cette modification de la *Loi*.

En 2011-2012, les inspecteurs ont déclaré un total de 891 contrôles administratifs ou d'application de la *Loi* et ils ont enregistré un taux de conformité combiné de 92,5 pour cent, ce qui constitue une baisse par rapport à 94 pour cent en 2010-2011.

Selon l'information fournie au ministère des Finances, au cours de l'exercice financier, aucune suspension de permis de 30 jours n'a été infligée aux détaillants de produits du tabac.

Les taux de conformité varient d'une année à l'autre et dépendent généralement de la fréquence des visites et des stratégies d'application de la *Loi* qui sont en place. En réaction à cette réduction, le ministère de la Sécurité publique a récemment mis en œuvre une nouvelle stratégie orientée sur l'application de la loi visant les détaillants, qui mettra l'accent sur des poursuites et des recommandations de suspension de permis à l'endroit de ceux qui vendent des produits du tabac à des mineurs.

Salons de bronzage

En 2010, Santé publique a élaboré des lignes directrices concernant les établissements de bronzage et s'est engagée à faire une vérification de conformité en 2011. Celle-ci a été menée dans 150 établissements, les 12 et 13 octobre 2011. Les résultats sont variables : la conformité avec certaines parties des lignes directrices était bonne, cependant, lors du processus de vérification, on a découvert que 55 pour cent des établissements contactés permettaient toujours à des personnes de moins de 18 ans de s'y faire bronzer.

Public Health Practice and Population Health

The work of this branch falls under two broad themes; Healthy babies...healthy families and Population health surveillance, analysis and reporting.

Healthy Babies....Healthy Families

Early Childhood Initiatives (ECI)

Early childhood initiatives are a group of prevention-focused programs offering a variety of services that foster the health and development of young children. Client participation is voluntary in all ECI component programs and individual clients participate for various lengths of time.

In January 2010, Government accepted proposed changes to the Department of Health's Early Childhood Initiatives programs. Utilizing a phased-in approach, the revised programs are expected to be fully implemented during fiscal year 2012-13.

In 2011-12, as part of the phased-in approach, changes to the prenatal component of the ECI included: Revising the target group to young first-time mothers, adding an intensive public health nurse home visitation program, and implementing seven new assessment tools (Prenatal nursing assessment, psychosocial assessment: ALPHA, alcohol: T-ACE and CRAFFT, Edinburgh Postnatal Depression Scale, tobacco: Fagerstrom and Tobacco Algorithm, and food security assessment). In addition, a new developmental assessment tool was introduced: Ages & Stages Questionnaires® (ASQ-3™). The ASQ-3 will be used to monitor the development of infants and young children enrolled in ECI and to enhance the ability to compare the development of children on a regional and provincial level.

The regional health authorities are responsible for delivering the health-related programs of ECI. The Department of Education and Early Childhood Development is responsible for the social services components.

Prenatal Program

The goal of the ECI Prenatal Program is to promote healthy pregnancies and babies.. Expectant mothers eligible for the program are offered the services of a public health nurse and nutritionist. During 2011-12, 736 clients participated in the ECI Prenatal Program. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements, 88 per cent of the women participating in the program received supplements. Referrals to additional services are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

Postnatal Program

As part of the ECI Postnatal Program, public health nurses use the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool to assess newborns in the days following birth for factors that would place them at risk for developmental delay. Although not all parents choose to participate in the program, 37 per cent of the 6,752 babies assessed met

Pratique en santé publique et santé de la population

Le travail de cette direction cadre avec deux grands thèmes : « Bébés en santé... Familles en santé » et « Surveillance de la santé de la population, analyse et rapports ».

Bébés en santé... Familles en santé

Initiatives pour la petite enfance (IPE)

Les Initiatives pour la petite enfance sont composées d'un groupe de programmes axés sur la prévention offrant divers services qui favorisent la santé et le développement de jeunes enfants. La participation du client à tous les programmes est volontaire et la durée de la participation peut varier.

En janvier 2010, le gouvernement a accepté les propositions de modifications des Initiatives pour la petite enfance du ministère de la Santé. En utilisant une démarche graduelle, les programmes révisés devraient être complètement mis en œuvre au cours de l'exercice financier 2012-2013.

En 2011-2012, dans le cadre d'une démarche progressive, les changements au volet prénatal des Initiatives pour la petite enfance suivants ont été effectués : la révision du groupe cible des jeunes mères primipares, l'ajout d'un programme intensif de visites à domicile par des infirmières de la Santé publique et la mise en œuvre de sept nouveaux outils d'évaluation (évaluation par les infirmières en soins prénatals; évaluations psychosociales : questionnaire ALPHA [Antenatal Psychosocial Health Assessment]; alcool : questionnaires T-ACE et CRAFFT; échelle de dépression postnatale d'Édimbourg; tabagisme : Fagerstrom et algorithme tabac; évaluation de la sécurité alimentaire). En outre, un nouvel outil d'évaluation du développement a été lancé : les questionnaires Ages & Stages® (ASQ-3™). Les ASQ-3 seront utilisés pour surveiller le développement des nourrissons et des enfants inscrits au programme IPE et pour améliorer la capacité de comparer leur développement à l'échelle régionale et provinciale.

Les régions régionales de la santé sont chargées de la prestation des programmes de santé des Initiatives pour la petite enfance. Le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance est chargé des volets de services sociaux.

Programme prénatal

L'objectif du programme prénatal des Initiatives pour la petite enfance vise à encourager les grossesses et les bébés en santé. Les femmes enceintes admissibles au programme se voient offrir les services d'une infirmière et d'une nutritionniste de la Santé publique. En 2011-2012, 736 clientes ont participé au programme prénatal des Initiatives pour la petite enfance. Les clientes qui satisfont aux critères financiers reçoivent des suppléments nutritionnels; parmi les femmes participant au programme, 88 pour cent ont reçu ces suppléments. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme sera acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

Programme postnatal

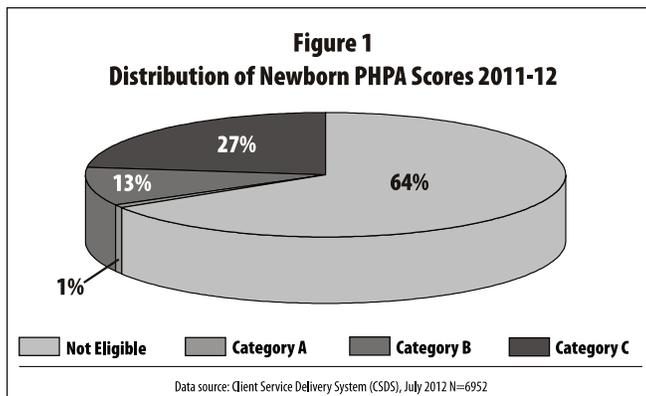
Dans le cadre du programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) pour évaluer chez les nouveau-nés, au cours des jours suivant leur naissance, des facteurs qui pourraient les mettre à risque de subir un retard du développement. Même si tous les parents ne choisissent

eligibility criteria. These results are consistent with those of previous years.

The PHPA uses a broad spectrum of weighted factors grouped within three main categories to determine risk of developmental delay:

- a) Congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;
- b) Known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;
- c) Family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Figure 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of its categories. Because an infant may score in one or more categories and numbers are rounded up, the total percentage varies slightly from the previously noted information.



The ECI Postnatal Program focuses on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Public Health postnatal services occur in a number of venues however the majority of visits take place in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or care giver in response to a particular need of the child.

During the fiscal year, 3,056 infants and young children received postnatal services and 901 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 5,712 client home visits and 892 office visits.

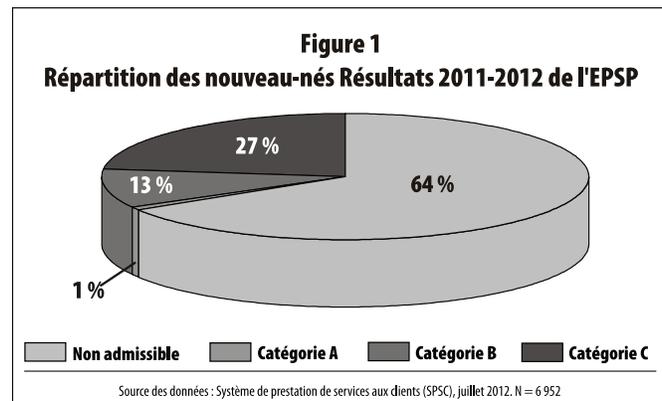
The Postnatal Benefit Program was implemented in April 2010. Under this program, new mothers are provided with financial assistance to encourage healthy lifestyles,

pas de participer au programme, 37 pour cent des 6 752 bébés évalués répondaient aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

L'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) tient compte d'une grande variété de facteurs pondérés faisant partie des trois catégories principales pour déterminer les risques de retard du développement :

- a) des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec-de-lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;
- b) des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;
- c) des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

La figure 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique pour chacune de leur catégorie. Puisqu'un nourrisson peut être évalué dans une catégorie ou plus et que les chiffres sont arrondis, le total du pourcentage varie légèrement par rapport à l'information susmentionnée.



Le programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnataux de la Santé publique peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur.

Durant l'exercice financier, 3 056 nourrissons et jeunes enfants ont reçu des services postnataux et 901 nouvelles clientes ont été inscrites au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 5 712 visites à domicile et 892 visites au bureau.

Le Programme de prestation postnatale a été lancé en avril 2010. Dans le cadre de ce dernier, les nouvelles mamans reçoivent une aide financière au cours des quatre premiers

including a wholesome diet in the first four months after giving birth. During the 2011-12 fiscal year, 1,390 families benefited from this program.

There were also referrals to other professionals and agencies for additional services including the Department of Education and Early Childhood Development ECI programs of early intervention, and integrated daycare. Public Health plays a role in supporting Child Protection Services, and public health nurses and child protection social workers worked collaboratively to deliver services to 945 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

In addition to the targeted component of the ECI described above, in 2011-12 the Office of the Chief Medical Officer of Health began distributing the Loving Care series of parenting booklets: Birth to 6 months, 6-12 months and Parents and Families. All parents receive these books following the birth of a child. Reproduced with permission from the province of Nova Scotia, these books are beautifully crafted and easy to read. They capture young children's developmental stages and provide parents with a wealth of information to support them in their parenting. These are a long awaited resource that parents and staff alike will enjoy using to help them work together in promoting the well-being of small children.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiatives complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers. Parents have the opportunity to discuss their child's growth and development with a public health nurse. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed.

During 2011-12 public health nurses saw 4,994 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 137 were referred to the ECI program and 25.1 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

The Baby-Friendly Initiative is a special program of the World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) that promotes informed decision making about breastfeeding; fosters practices that support mothers in establishing successful breastfeeding; and protects breastfeeding from activities that undermine its success. Implementing BFI standards improves the quality of care to mothers and their infants through integration of evidence-based practices in hospitals and in community health services.

Provincially, the Baby Friendly Initiative is led by the Office of the Chief Medical Officer of Health. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. A number of projects were undertaken to build upon activities and successes of past years. Efforts

mois suivant l'accouchement pour les encourager à adopter un mode de vie sain, y compris une saine alimentation. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, 1 390 familles ont bénéficié de ce programme.

Des aiguillages ont également été faits vers d'autres professionnels et organismes pour des services supplémentaires, notamment dans le cadre des programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés des Initiatives pour la petite enfance du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 945 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme Initiatives pour la petite enfance.

En plus des éléments ciblés par les Initiatives pour la petite enfance décrits ci-dessus, en 2011-2012, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a entrepris la distribution de la série de guides destinés aux parents Tendres soins : de la naissance à 6 mois, de 6 à 12 mois et parents et familles. Tous les parents reçoivent ces livres à la naissance d'un enfant. Reproduits avec la permission du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, ces livres sont très bien conçus et faciles à lire. Ils regroupent les stades de développement des jeunes enfants et fournissent aux parents une mine de renseignements pour les soutenir dans leur rôle. Nous attendions ces ouvrages depuis longtemps; les parents tout comme le personnel apprécieront de pouvoir les utiliser ensemble pour favoriser le bien-être des tout-petits.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Les parents ont l'occasion de discuter de la croissance et du développement de leur enfant avec une infirmière de la Santé publique. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels.

En 2011-2012, les infirmières de la Santé publique ont évalué 4 994 enfants à la clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi. De ceux-ci, 137 ont été aiguillés vers le programme Initiatives pour la petite enfance et 25,1 pour cent ont été orientés vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Initiative Amis des bébés (IAB)

L'Initiative Amis des bébés est un programme spécial de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui encourage une prise de décision éclairée sur l'allaitement, favorise les pratiques qui soutiennent les mères dans l'établissement d'un allaitement fructueux, et protège l'allaitement des activités qui entravent sa réussite. La mise en œuvre des normes de l'Initiative Amis des bébés améliore la qualité des soins aux mères et à leurs nourrissons en intégrant des pratiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et les services de santé communautaires.

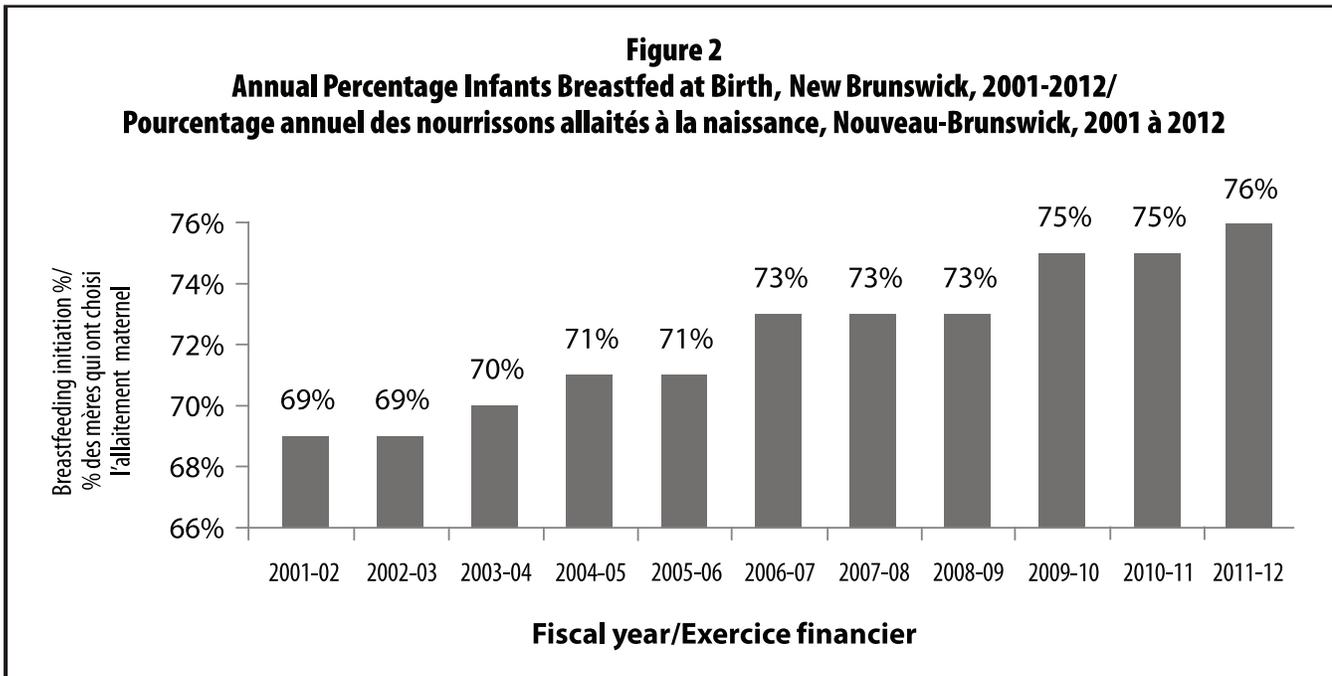
À l'échelle provinciale, l'Initiative Amis des bébés est dirigée par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef. La Santé publique dirige cette initiative en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative Amis des bébés du Nouveau-Brunswick. Divers projets ont été entrepris pour tirer parti des activités et des succès réalisés ces dernières années.

targeted supporting facilities in their progress towards BFI designation; building a knowledgeable work force of health professionals to assist breastfeeding mothers and infants; and developing educational and monitoring tools that promote consistent approaches across the province.

Les efforts ont été ciblés pour soutenir les installations dans leur progression vers la désignation Initiative Amis des bébés, créer un effectif de professionnels de la santé expérimentés qui aident les mères qui allaitent et leur nourrisson, et mettre au point des outils éducatifs et de surveillance qui favorisent des approches uniformes dans toute la province.

Figure 2 depicts the annual percentage of babies being breastfed at birth among those born in New Brunswick, 2001-2012. In 2011-12, 76 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding.

La figure 2 illustre le pourcentage annuel de bébés nés au Nouveau-Brunswick entre 2001 et 2012 qui ont été allaités à la naissance. En 2011-2012, 76 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement naturel.



Healthy Nutrition

The Office of the Chief Medical Officer of Health is developing a Public Health Nutrition Framework for Action to establish a co-ordinated approach that will guide nutrition practice across the Public Health system in New Brunswick over the next four years. A working group of staff from the office of the Chief Medical Officer of Health, the two regional health authorities, the Department of Culture, Tourism and Healthy Living, and the Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick have been working on developing the framework using a participatory leadership process to develop this framework. The framework will be completed in 2012-13.

Saine nutrition

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef travaille à l'élaboration d'un cadre d'action de la Santé publique en nutrition, visant à établir une approche coordonnée qui guidera la pratique en matière de nutrition dans tout le système de santé publique au Nouveau-Brunswick, au cours des quatre prochaines années. Un groupe de travail, composé de membres du personnel du Bureau du médecin-hygiéniste en chef, des deux régions régionales de la santé, du ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine, ainsi que de la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique du Nouveau-Brunswick, a travaillé à l'élaboration du cadre au moyen d'une approche participative. Ce cadre de travail sera achevé en 2012-2013.

Public health dietitians provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canada Prenatal Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Department of Social Development (Prenatal Benefit Program), Department of Education and Early Childhood Development, Provincial Baby Friendly Initiative (BFI) Advisory Committee, Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC), the New Brunswick Food Security Action Network (NBFSAN) and the Department of Culture, Tourism and Healthy Living.

Les diététistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les habitudes alimentaires saines à l'aide d'un vaste éventail d'activités et de milieux, notamment la sensibilisation du public, l'information aux professionnels de la santé, les groupes d'action communautaires et les services de consultation. L'établissement de partenariats et d'entente de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires suivants participent à ces initiatives : le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP), le Programme de prestations prénatales du ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, le Comité consultatif de l'Initiative Amis des bébés, la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique (CSAAP), le Réseau d'action sur la sécurité alimentaire du Nouveau-Brunswick (RASANB) et le ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine.

Public health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School Program as well as the Vegetable and Fruit Grants Program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick Public Schools. Public health nutritionists also provided support to the Department of Education's Policy 711 – Healthier Foods and Nutrition in Public Schools helping schools and school districts implement the policy. Public health nutritionists supported the implementation of NutriSTEP®; a nutrition risk screening tool for children aged 3-5 years.

The Department of Health supports two programs addressing medically based nutritional supplementation. The Specialized Infant Formula Program provides hydrolyzed infant formulas for formula fed infants demonstrating a medical need for a formula designed to treat cow's milk protein allergy. There were 381 admissions to this program during the fiscal year. This program was transferred to the Department of Social Development in November of 2011. The Tube and Supplemental Feeding Program provides specialized nutritional products to children and youth up to the age of 19 with medical conditions requiring a specialized nutritional product to enable them to meet 50 per cent or more of their energy and nutritional needs. Seventy nine (79) children and youth were admitted to this program.

Oral Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventive dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. Fluoride mouth rinse is an effective measure to prevent tooth decay as it helps strengthen the tooth enamel. The Fluoride Mouthrinse Program is a voluntary program that requires parental consent. It is conducted on a weekly basis to students in Grades 1 to 5.

Healthy Learners in School

The Healthy Learners in School Program was jointly developed by the Departments of Health and Education and Early Childhood Development to foster health promotion and prevention initiatives for improved student health, wellness and learning. Regional health authorities have responsibility for delivering the program within the school setting.

The program originally targeted kindergarten to grade 5 students but was expanded to include grade 6-8 students in some schools and students at the high school level in four school districts. Public Health nurses work with District or School Health Committees to identify health priorities, develop comprehensive action plans and implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive healthy school environments.

In 2011-12, a wide range of activities and services took place in school communities addressing issues such as healthy eating, physical activity, tobacco prevention, sexual health, emotional well-being and injury prevention. Public Health nurses also contributed to the Roots of Empathy program delivered in a number of schools across the province.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi apporté leur soutien à la politique 711 du ministère de l'Éducation sur la nutrition et l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, et ils ont aidé les écoles et les districts scolaires à la mettre en œuvre la politique. Les nutritionnistes de la Santé publique ont appuyé la mise en œuvre de NutriSTEPMD, un outil de dépistage des risques en matière de nutrition pour les enfants âgés de trois à cinq ans.

Le ministère de la Santé soutient deux programmes traitant des suppléments alimentaires médicaux. Le Programme relatif aux préparations lactées spéciales pour nourrissons fournit des laits maternisés hydrolysés aux nourrissons démontrant un besoin médical en matière de préparations lactées visant à traiter l'allergie aux protéines que contient le lait de vache. Au cours de l'exercice, 381 personnes en ont bénéficié. Ce programme a été transféré au ministère du Développement social en novembre 2011. Le Programme d'alimentation par sonde et de supplémentation alimentaire fournit des produits nutritionnels spécialisés aux enfants et aux adolescents, jusqu'à l'âge de 19 ans, dont l'état de santé nécessite un produit nutritionnel spécialisé afin de leur permettre de répondre à 50 pour cent ou plus de leurs besoins énergétiques et nutritionnels. Un total de 79 enfants et adolescents ont bénéficié de ce programme.

Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un programme de rinçage buccal au fluorure aux écoles élémentaires de la province du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Le rinçage buccal au fluorure est une mesure efficace pour prévenir les caries dentaires et renforcer l'émail des dents. Il s'agit d'un programme volontaire qui exige le consentement des parents et il est appliqué une fois par semaine parmi les élèves de la 1^{re} à la 5^e année.

Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école a été élaboré conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, afin d'encourager les initiatives de promotion et de prévention visant à améliorer la santé des élèves, ainsi que leur bien-être et leur apprentissage. Les régies régionales de la santé sont responsables de l'exécution du programme en milieu scolaire.

Au départ, le programme ciblait les enfants de la maternelle à la 5^e année, mais il a été étendu afin d'inclure les élèves de la 6^e à la 8^e année dans certaines écoles et les élèves du niveau secondaire de quatre districts scolaires. Les infirmières de la Santé publique travaillent avec des comités de la santé des districts ou des écoles pour déterminer les priorités en matière de santé, élaborer des plans d'action exhaustifs et mettre en œuvre des stratégies visant à encourager des modes de vie sains et des milieux scolaires solidaires et sains.

En 2011-2012, un vaste éventail d'activités et de services ont été déployés dans les collectivités scolaires pour aborder des questions telles qu'une alimentation saine, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme, la santé sexuelle, le bien-être émotionnel et la prévention des blessures. Les infirmières de la Santé publique ont également contribué au programme « Roots of Empathy » mis en place dans plusieurs écoles de la province.

Injury Prevention

The Office of the Chief Medical Officer of Health is developing a framework for the prevention of unintentional injury in collaboration with the New Brunswick Trauma Program. Unintentional injury is one of the leading causes of hospitalization, disability and mortality among children, youth and seniors in New Brunswick. The underlying aim of the framework is to promote seamless integration of injury prevention initiatives in alignment with population health approaches to improve the health of the entire population and reduce health inequities among population groups, as supported by data and evidence.

The OCMOH works closely with many injury prevention stakeholders, including the NB Trauma Program, the Regional Health Authorities, other government departments and non-government stakeholders as well as through participation in the Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP).

Population Health Surveillance

Within the Office of the Chief Medical Officer of Health, professionals with expertise in epidemiology, biostatistics and health research collate data, conduct analyses and report on the health of New Brunswick's population to support evidence-informed decision making for public health policies and programs. In 2011-12, the OCMOH collaborated with the Public Health Agency of Canada (PHAC) to better monitor chronic non-communicable health conditions both provincially and nationally. It supplied provincial standardized data on diabetes, hypertension, asthma, chronic obstructive pulmonary disease and mental illness to populate the Canadian Chronic Disease Surveillance System. Preparatory work was undertaken to support expanded national surveillance and understanding of other conditions, including ischemic heart disease, acute myocardial infarction, heart failure, arthritis and osteoporosis. Additionally, the OCMOH produced three issues of "New Brunswick Health Indicators", an information bulletin that reports on selected topics regarding the health of the population. Topics covered included mental health, neurodegenerative diseases, and mortality in New Brunswick.

A First Nation Environmental Public Health Working Group has been established. Partners include First Nation Inuit Health Branch, First Nation Health Directors, Health Protection Branch, Healthy Environments Branch and Regional Health Authorities. To promote healthy environments and health protection with respect to the delivery of Environmental Public Health programs and services, a shared work plan has been created to establish an ongoing process of collaborative work and communication, and to enhance the delivery of equitable, effective, and sustainable EPH service for First Nation communities.

Prévention des blessures

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef travaille à l'élaboration d'un cadre de travail visant la prévention des blessures non intentionnelles en collaboration avec le programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick. La blessure non intentionnelle constitue l'une des premières causes d'hospitalisation, d'invalidité et de mortalité parmi les enfants, les jeunes et les aînés au Nouveau-Brunswick. L'objectif sous-jacent de ce cadre consiste à promouvoir l'intégration en douceur d'initiatives de prévention des blessures dans les approches visant la santé de la population qui permettront d'améliorer son état et de réduire l'iniquité en la matière entre les divers groupes, comme l'indiquent les données et les preuves à l'appui.

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef travaille en étroite collaboration avec un grand nombre d'intervenants en prévention des blessures, notamment le programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick, les régies régionales de la santé, d'autres ministères et des intervenants non gouvernementaux de même, en plus de prendre part à l'initiative Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB).

Surveillance de la santé de la population

Au sein du Bureau du médecin-hygiéniste en chef, des professionnels qui possèdent une expertise en épidémiologie, en biostatistique et en recherche en santé, rassemblent des données, effectuent des analyses et produisent des rapports sur la santé de la population du Nouveau-Brunswick qui viennent à l'appui des décisions en matière de politiques et de programmes fondées sur des données probantes. En 2011-2012, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a collaboré avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) pour assurer une meilleure surveillance d'états de santé chroniques non contagieux, tant à l'échelle provinciale que nationale. Il a fourni des données provinciales normalisées sur le diabète, l'hypertension, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la maladie mentale, afin d'alimenter le Système national de surveillance des maladies chroniques. Des travaux ont été entrepris pour préparer l'élargissement de la surveillance nationale et mieux comprendre d'autres états de santé, comme la cardiopathie ischémique, l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque, l'arthrite et l'ostéoporose. En outre, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick a publié trois bulletins intitulés « Indicateurs de la santé », qui font rapport sur certains sujets relatifs à la santé de la population. Ceux-ci ont porté sur la santé mentale, les maladies neurodégénératives et la mortalité au Nouveau-Brunswick.

Un groupe de travail sur la santé publique environnementale des Premières nations a été formé. À ce groupe participent des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations, des directeurs de la santé des Premières nations et des Inuits ainsi que les régies régionales de la santé. Afin de promouvoir la protection de la santé et des environnements sains dans le cadre des programmes et des services partagés, un plan de travail commun a été élaboré pour mettre en place un processus continu de travail coopératif et de communications ainsi que pour améliorer la prestation de services équitables, efficaces et durables en matière de santé publique environnementale aux collectivités des Premières nations.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Mental Health Prevention/ Promotion Initiatives

Several programs that are managed and/or supported by the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division have a focus on prevention and promotion activities. These include activity centres that are located throughout the province and run by, and for, persons living with mental illness. These centres engage in a variety of activities, according to local needs and interests, and promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2011-12 fiscal year, the activity centres received 1,831 distinct attendees, which represent a 4.5 per cent increase in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

The prevention and promotion component also includes a Critical Incident Stress Response Program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2011-12, the 13 regionally-based Critical Incident Stress Management Teams responded to 72 critical incidents and participated in 37 education sessions/meetings throughout the province. These services have consisted of 16 meetings, 34 defusing, 38 debriefing and 21 in-service education sessions for 672 Emergency Services personnel and citizens of New Brunswick. The majority of calls for defusing or debriefing were related to motor-vehicle accidents and violence.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's main components are prevention, intervention, and post-vention. Community Suicide Prevention Committees are strategically located throughout the province in fourteen communities as well as one First Nations Suicide Prevention Task Force (comprised of representatives of New Brunswick's 15 First Nation communities).

Efforts are also being made to ensure that regional committees throughout the province promote empowerment and belonging by organizing regional community gatherings and leveraging on existing community activities. Various meetings have been held with target groups to gather feedback about how to best reach people who might be struggling with feelings of hopelessness.

In addition, to ensure that local suicide prevention committees are truly inclusive and that New Brunswickers impacted by suicide have a representative voice, New Brunswick's regional suicide prevention committees are encouraging the participation of those directly impacted by suicide.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires sont axés sur les activités de prévention et de promotion. Ceux-ci comprennent des centres d'activités situés dans toute la province et dirigés par et pour des personnes atteintes d'une maladie mentale. Ces centres sont engagés dans différentes activités, en fonction des besoins et des intérêts locaux, et ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de défense des intérêts. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les centres d'activités ont reçu 1 831 participants distincts, ce qui représente une augmentation de 4,5 pour cent du nombre de participants individuels par rapport à l'exercice financier précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les clients de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et préprofessionnelles structurées et valables.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique lors d'un événement tragique. En 2011-2012, les 13 équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont répondu à 72 incidents critiques et participé à 37 séances ou réunions de formation dans l'ensemble de la province. Ces services ont consisté en 16 réunions, 34 désamorçages, 38 séances de bilan et 21 séances de formation en cours d'emploi pour 672 membres du personnel des services d'urgence et citoyens du Nouveau-Brunswick. La majorité des appels concernaient un désamorçage ou un bilan liés à des accidents impliquant des véhicules à moteur et à de la violence.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend les volets suivants : la prévention, l'intervention et la postvention. Les comités communautaires de prévention du suicide, ainsi qu'un groupe de travail des Premières Nations sur la prévention du suicide (constitué de représentants des 15 communautés de Premières Nations du Nouveau-Brunswick) sont situés de façon stratégique dans toute la province, au sein de 14 collectivités.

Des efforts sont également déployés pour veiller à ce que les comités régionaux dans l'ensemble de la province favorisent la prise en charge et le sentiment d'appartenance en organisant des rassemblements communautaires et en misant sur les activités déjà existantes dans la collectivité. Différentes réunions se sont tenues avec des groupes cibles afin de recueillir des commentaires sur la meilleure façon de communiquer avec les personnes en proie à des sentiments de désespoir.

En outre, pour s'assurer que les comités locaux de prévention du suicide sont véritablement inclusifs et que les Néo-Brunswickois touchés par le suicide puissent faire entendre leur voix, les comités régionaux du Nouveau-Brunswick en la matière encouragent la participation de ces personnes.

Collaboration also continues with other government departments to allow for more stringent and consistent monitoring, not only of provincial trends of death by suicide, but also to continue to address systemic gaps.

Provincial and territorial ministers of Health and Wellness have also met to discuss common issues and challenges and share best practices when it comes to dealing with the complexity of suicide prevention. The importance of engaging all levels of government to align suicide prevention initiatives was set as a national priority.

The program includes a Provincial Trainers Network; a provincial surveillance project in collaboration with the Office of the Chief Coroner; intervention and post-vention services, a provincial and public suicide prevention resource library and a training and information web site.

Also, as the provincial government strides to encourage better collaboration among partners to reduce fragmentation, continued efforts are being made by regional suicide prevention coordinators to engage the full participation of First Nations' representatives in their regional committee meetings. First Nations' representatives are also encouraged to engage with the regional coordinators to allow for leveraging and more integrated suicide prevention messaging and activities.

In 2011-12, activities related to suicide prevention included:

- Public education and awareness initiatives to coincide with the annual suicide prevention awareness month (February)
- Annual general meeting of the Community Suicide Prevention Committees (September);
- Life promotion activities, i.e. motivational speakers/authors were sponsored by the Suicide Prevention Committees in various communities to offer free presentations to the public; educational workshops, and general awareness sessions delivered in communities, schools, etc;
- Training for suicide prevention and intervention, and suicide awareness initiatives for all professionals and the general public. Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) is a hands-on, practice-oriented suicide intervention training for caregivers and professionals. It was delivered 50 times to a total of 1004 participants throughout the province. Safe Talk helps persons over the age of 15 who have thoughts of suicide by connecting them to resources; five sessions had a total of 56 participants. SuicideCare, which was rolled out in September, 2010, is a one-day, clinically oriented exploration of the challenges presented to and the competencies required of the helper who works with persons at risk of suicide on a longer-term basis. A mentorship opportunity for senior clinicians to become SuicideCare facilitators has been planned for October, 2012.
- Suicide awareness presentations and activities in schools and communities at large were coordinated

La collaboration se poursuit aussi avec d'autres ministères provinciaux afin de permettre une surveillance plus rigoureuse et cohérente, non seulement des tendances de décès par suicide, mais également de la poursuite des efforts visant à remédier aux écarts systémiques.

Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et du Bien-être se sont également rencontrés pour discuter de questions et de défis communs, ainsi que pour partager les meilleures pratiques lorsqu'il s'agit de faire face à la complexité de la prévention du suicide. L'importance de faire participer tous les ordres de gouvernement dans le but d'harmoniser les initiatives en matière de prévention du suicide, a été définie comme une priorité nationale.

Le programme comprend un réseau provincial de formateurs, un projet provincial de surveillance en collaboration avec le Bureau du coroner en chef, des services d'intervention et de postvention, une bibliothèque publique provinciale de ressources en prévention du suicide ainsi qu'un site Web de formation et de renseignements.

Étant donné que le gouvernement provincial s'efforce d'encourager une meilleure collaboration entre les partenaires pour réduire la dispersion, les coordonnateurs régionaux de prévention du suicide déploient des efforts constants en vue d'obtenir la pleine participation des représentants des Premières Nations aux réunions du comité régional. Les représentants des Premières Nations sont également invités à collaborer avec les coordonnateurs régionaux, afin de tirer parti de messages et d'activités mieux intégrés sur la prévention du suicide.

En 2011-2012, les activités liées à la prévention du suicide étaient les suivantes :

- Des initiatives d'information et de sensibilisation du public coïncidant avec le mois de la sensibilisation à la prévention du suicide (février).
- Une assemblée générale annuelle des comités communautaires de prévention du suicide (septembre).
- Des activités de promotion de la vie, c'est-à-dire des conférenciers et des auteurs motivateurs ont été parrainés par les comités de prévention du suicide pour donner gratuitement des conférences publiques dans différentes collectivités, pour animer des ateliers éducatifs ainsi que des séances de sensibilisation générale offertes dans les collectivités, les écoles, etc.
- Une formation relative à la prévention du suicide et aux techniques d'intervention face au suicide, ainsi que des initiatives de sensibilisation au suicide à l'intention du grand public et de tous les professionnels. La formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) est une formation pratique en techniques d'intervention face au suicide destinée aux prestataires de soins et aux professionnels. Elle a été offerte 50 fois à 1 004 participants au total dans l'ensemble de la province. La formation Safe Talk aide les personnes de plus de 15 ans qui ont des pensées suicidaires en leur permettant d'accéder à des ressources; les cinq séances comptaient 56 participants au total; SuicideCARE, qui a été lancé en septembre 2010, est un programme d'une journée sur l'exploration clinique des défis auxquels font face les aidants qui travaillent auprès de personnes à risque de se suicider et des compétences requises par ces aidants à plus long terme. Une occasion d'offrir à des cliniciens chevronnés de servir de mentors en devenant animateurs dans le programme SuicideCARE a été prévue pour octobre 2012.
- Les présentations et les activités de sensibilisation au suicide dans les écoles et les collectivités en général ont été

by Regional Community Suicide Prevention Committees;

- The First Nations' Suicide Prevention Task Force continued working to identify and implement strategies that meet the needs of New Brunswick's First Nation population.

Youth and Community Engagement

The Division remains committed to promoting youth and community engagement in the province of New Brunswick and has continued its efforts to promote the implementation of the New Brunswick Youth Engagement Initiative. This youth led / adult supported initiative attempts to meaningfully engage youth in community-based activities that contribute to the development of protective factors that prevent or reduce problem substance use, bullying, criminal activity, violence, etc. and promote resiliency and positive mental health among all youth.

The goals of the initiative are to:

- Increase recognition of youth as valued partners in promoting positive change
- Increase connectedness among youth, their families, and the wider community
- Increase participation of youth as leaders in setting direction for positive change

The intent of the NB Youth Engagement Initiative is to promote the physical and psychological wellness of youth through enhancing adult and youth connectedness, drawing on the collective strengths of these relationships and providing youth with leadership opportunities in the community.

Youth create change by identifying the root causes of problems specific to their own communities. They also suggest strategies to combat their problems through youth-led, adult-supported discussions. These discussions result in community action plans focused on creating healthier and safer environments for all community members.

In the fiscal year 2011-12, the department has supported the implementation of the NB Youth Engagement Initiative and/or provided on-going follow-up support services in 14 communities across the province. In addition, concerted efforts have been made over the last year to work closely with those involved with the implementation of the Integrated Services Delivery (ISD) Pilot Project. Multiple presentations were provided to both professionals and community members in the Charlotte County and Acadian Peninsula regions. Discussions surrounding the viability of having the NB Youth Engagement Initiative as part of the ISD framework are on-going.

Added financial assistance provided by Health Canada's Drug Strategy Community Initiatives Fund has enhanced the Youth and Community Engagement portfolio by helping to support the implementation of the NB Youth Engagement Initiative. Final deliverables for this federally

coordonnées par les Comités communautaires régionaux de prévention du suicide.

- Un groupe de travail des Premières Nations sur la prévention du suicide a continué à travailler pour définir et mettre en œuvre des stratégies qui répondent aux besoins de la population des Premières Nations du Nouveau-Brunswick.

Engagement de la jeunesse et de la communauté

La division poursuit son engagement à promouvoir l'engagement de la jeunesse et des communautés du Nouveau-Brunswick et ses efforts pour mettre en valeur la mise en œuvre de l'Initiative d'engagement jeunesse du Nouveau-Brunswick. Dirigée par des jeunes et appuyée par les adultes, elle vise à faire participer de façon significative les jeunes à des activités communautaires qui contribuent à l'établissement de facteurs de protection pour notamment prévenir ou réduire la consommation problématique de drogues, l'intimidation, les activités criminelles et la violence, et qui favorisent la résilience et une bonne santé mentale chez tous les jeunes.

Les objectifs de cette initiative sont les suivants :

- accroître la reconnaissance des jeunes à titre de précieux partenaires de la promotion de changements positifs;
- intensifier l'interdépendance entre les jeunes, leurs familles et l'ensemble de la collectivité;
- faire en sorte d'augmenter la participation des jeunes pour qu'ils deviennent des chefs de file qui établissent l'orientation des changements positifs.

L'objectif de l'Initiative d'engagement jeunesse du Nouveau-Brunswick consiste à promouvoir le bien-être physique et psychologique des jeunes, par le tissage de liens entre eux et les adultes, tirant avantage des forces collectives de ces relations et offrant aux jeunes des occasions de faire preuve de leadership au sein de la collectivité.

Ceux-ci amorcent le changement en cernant les causes fondamentales des problèmes propres à leurs collectivités. Ils proposent aussi des stratégies pour affronter ces problèmes dans le cadre de discussions menées par les jeunes et appuyées par les adultes. Ces discussions se traduisent en plans d'action communautaires qui mettent l'accent sur la création d'environnements sains et sécuritaires pour tous les membres de la collectivité.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, le ministère a appuyé la mise en œuvre de l'Initiative d'engagement jeunesse au Nouveau-Brunswick et a offert des services de suivi continu au sein de 14 collectivités partout dans la province. En outre, des efforts concertés ont été déployés au cours de la dernière année pour travailler en étroite collaboration avec les personnes concernées par la mise en œuvre du projet pilote de prestation intégrée des services (PIS). Plusieurs présentations ont été faites tant aux professionnels qu'aux membres de la collectivité dans les régions du comté de Charlotte et de la Péninsule acadienne. Des discussions entourant la viabilité de l'Initiative d'engagement jeunesse au Nouveau-Brunswick dans le cadre du modèle de la prestation intégrée des services sont en cours.

L'aide financière supplémentaire fournie par le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue de Santé Canada a rehaussé le portefeuille de l'initiative d'engagement de la jeunesse et de la communauté en aidant à soutenir la mise en œuvre de l'Initiative d'engagement jeunesse au Nouveau-Brunswick. Parmi

funded initiative included the creation of a framework for supporting youth engagement activities, a final project evaluation report and a web-based eBook.

The eBook has been created to assist communities which are interested in bringing about positive change in their area. It has a variety of information on working with youth in general, and the New Brunswick Youth Engagement Initiative. This includes a general overview of what youth engagement means, information on building positive relationships between youth and adults, a list of useful practices to help guide your community's efforts, a list of steps for implementation of the New Brunswick Youth Engagement Initiative, along with testimonials, quotes from past participants, and lessons learned from previous projects.

In addition to assisting communities in initiating the NB Youth Engagement Initiative, the Youth and Community Engagement Coordinator maintains an active role in promoting and enhancing strong collaborative partnerships that will work towards substance use and abuse prevention.

les résultats finaux de cette initiative fédérale de financement, on compte la création d'un cadre de travail pour soutenir les activités d'engagement des jeunes, un rapport final d'évaluation du projet ainsi qu'un livre électronique dans Internet.

Le livre électronique a été conçu pour aider les collectivités qui sont intéressées à opérer un changement positif dans leur région. Le livre contient une multitude de renseignements sur le travail avec les jeunes et l'Initiative d'engagement jeunesse du Nouveau-Brunswick. Il fournit notamment une définition générale de l'engagement jeunesse, de l'information sur la création de liens positifs entre les jeunes et les adultes, une liste de conseils utiles pour orienter les travaux des collectivités, les étapes à suivre pour mettre en œuvre l'Initiative d'engagement jeunesse ainsi que des témoignages, des citations de participants à des activités antérieures et les leçons tirées des projets réalisés dans le passé.

En plus d'aider les collectivités à lancer leur Initiative d'engagement jeunesse du Nouveau-Brunswick, le coordonnateur de l'engagement de la jeunesse et de la communauté joue un rôle actif afin de promouvoir et de favoriser de solides partenariats de collaboration ayant pour but de prévenir la consommation et l'abus d'alcool ou d'autres drogues.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible to plan, fund, monitor, set standards and provide medical direction for ambulance services. These responsibilities fall within the mandate of the Health Emergency Management Services branch. The branch is responsible for managing the contract with a single company to operate ambulance services. The single-operator, integrated, high performance, province-wide ambulance services system continued to focus on the following in 2011-12:

- management of a performance based contract between ANB and NB EMS to operate the provincial ambulance system
- engagement of regional medical oversight physicians to support the provincial medical director in overseeing the clinical and patient care aspects of the ambulance system
- enhancement of paramedic training and quality monitoring
- detailed review of the evidence-based clinical protocols, policies and procedures
- addition of on-site hours; and
- integration of the technologically upgraded air and land dispatch systems

Land Ambulance

Ambulance New Brunswick (ANB), a company established under Part III of the provincial Public Service, is responsible for the delivery of ambulance services. ANB has entered into an agreement with New Brunswick EMS Inc. (NB EMS) for the on-going, day-to-day management of the system.

Ambulance New Brunswick employs approximately 1,000 clinical personnel as paramedics and flight nurses who provide patient care. Currently the system operates with these personnel as well as 134 ambulances in 65 stations and four Clinical Support vehicles.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers in 2011-12 was 94,399 calls, representing an increase of 344 calls from the previous fiscal year.

Central Dispatch System

A centralized ambulance dispatch system, Medical Communication Management Centre (MCMC), based in Moncton, dispatches all ambulances throughout New Brunswick. The Medical Communication Management Centre is a highly advanced dispatch centre capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de planifier, de financer et de surveiller les services d'ambulance. Il doit aussi veiller à donner une orientation médicale à ces services et à établir des normes. Ces responsabilités s'inscrivent dans le mandat de la Direction des services de gestion des interventions d'urgence en santé. La direction est chargée de gérer le contrat comportant une seule entreprise qui dirige les services d'ambulance.

Le système provincial de services d'ambulance intégrés et de haut rendement à opérateur unique a continué à mettre l'accent sur les mesures suivantes en 2011-2012 :

- gestion d'un contrat axé sur le rendement entre Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) concernant l'exploitation du système d'ambulance provincial;
- embauche de médecins de surveillance médicale régionale pour appuyer le directeur médical provincial chargé de surveiller les aspects de soins cliniques et des soins aux patients du système d'ambulance;
- amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux et contrôle de la qualité;
- examen en profondeur des protocoles fondés sur l'expérience clinique, des politiques et des procédures;
- ajout d'un nombre d'heures sur place;
- intégration des systèmes de répartition des ambulances aériennes et terrestres améliorés sur le plan technique.

Ambulance terrestre

Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), une société constituée en vertu de la partie III des services publics provinciaux, est chargée de la prestation de services d'ambulance. ANB a conclu une entente avec les Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) pour la gestion quotidienne permanente du système.

La société emploie environ 1 000 personnes dans le milieu clinique, comme travailleurs paramédicaux et personnel infirmier navigant pour prodiguer des soins aux patients. À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi qu'avec 134 ambulances, réparties dans 65 postes, et quatre véhicules de soutien clinique.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués au service 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour des interventions du 911 et des transferts entre hôpitaux étaient de 94 399 en 2011-2012, ce qui représente une hausse de 344 appels par rapport à l'exercice financier précédent.

Système centralisé de répartition

Un système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de gestion des communications médicales (CGCM), situé à Moncton, s'occupe de la répartition de tous les services d'ambulance pour l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Le Centre de gestion des communications médicales est un centre de répartition extrêmement avancé pouvant offrir un service de répartition coordonné et de tri rapide des ambulances dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités

to know precisely where the caller is calling from when using a land-line, and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing a Computer Aided Dispatching (CAD) system and triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Air Ambulance Service

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

- 1) to augment land ambulance inter-facility transports
- 2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports
- 3) to return patients from inter-provincial services; and
- 4) to negate the necessity of relying on external air carriers to perform these functions

The Air Ambulance Service also provides a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Ambulance Procurement

Currently, on an annual basis, between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet is replaced on a scheduled basis to ensure the fleet is completely refreshed on a four year cycle. As well, a Research and Development project was funded for the purpose of identifying and developing potential improvements to ambulance vehicles.

During 2011-12, research and development was conducted to study alternative interior designs for the ambulance fleet. The objective was to improve ergonomics as well as occupant safety and to reduce overall vehicle weight. Some important features incorporated in the proposed design included increased cab space, the ability to secure supplies currently stowed behind and between the seats, as well as the ability for the paramedic to sit "forward facing" at the patient's side in the patient compartment of the ambulance to render the majority of care to the patient from a seated and belted position.

As well, the proposed design would provide for two portable sets of "first-in" kits for multiple patient scenes and ergonomically enhanced storage solutions for frequently used items in the patient compartment of the ambulance. A "mock up" of the proposed design resulting from the research and development project has been built for user evaluation.

Quality Assurance

The Quality Assurance (QA) Unit is responsible for ensuring that Ambulance New Brunswick complies with the Act, Regulations and Standards. This unit is also charged with the responsibility of monitoring and working with ANB and NB EMS Inc. to ensure compliance with their contractually required performance targets.

améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre et aviser le véhicule le plus près afin de répondre à une urgence plus rapidement.

Grâce à un système de répartition assistée par ordinateur et à un logiciel de tri, les appels du service 911 sont traités et acheminés aux ambulances en moins de 90 secondes.

Service d'ambulance aérienne

Le Service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

- 1) accroître le transport terrestre entre les établissements;
- 2) assurer le transport intraprovincial et interprovincial des patients en phase critique;
- 3) transporter les patients ayant reçu des services interprovinciaux;
- 4) supprimer le besoin de compter sur des transporteurs aériens externes pour exécuter ces fonctions.

Le Service d'ambulance aérienne fournit aussi un programme de transport d'urgence des nouveau-nés ayant besoin de soins critiques.

Achat d'ambulances

À l'heure actuelle, entre 20 et 25 pour cent du parc d'ambulances terrestres est remplacé par année, conformément à un calendrier établi qui vise un remplacement complet au cours d'un cycle de quatre ans. Par ailleurs, un projet de recherche et de développement a été financé dans le but de déterminer et d'élaborer des améliorations potentielles aux ambulances.

En 2011-2012, les activités de recherche et de développement ont été menées pour étudier d'autres conceptions intérieures des ambulances. L'objectif consistait à améliorer l'ergonomie ainsi que la sécurité des occupants, en plus de réduire le poids du véhicule dans son ensemble. Parmi certaines caractéristiques importantes comprises dans la conception proposée, on comptait une augmentation de l'espace de la cabine, la capacité de ranger en toute sécurité les fournitures se trouvant actuellement derrière et entre les sièges, ainsi que la capacité de l'ambulancier de s'asseoir dans le compartiment du patient de l'ambulance, face à l'avant aux côtés de la personne à traiter, pour qu'il puisse prodiguer la plupart des soins assis et la ceinture de sécurité bouclée.

Ainsi, la conception proposée fournirait deux troussees portatives d'intervention des premiers arrivants sur des scènes à multiples blessés et des solutions améliorées de rangement en matière d'ergonomie pour les articles fréquemment utilisés dans le compartiment du patient de l'ambulance. Une maquette de la conception proposée résultant du projet de recherche et de développement a été construite pour évaluation.

Assurance de la qualité

L'Unité de contrôle de la qualité, ou d'assurance de la qualité (AQ), est chargée de s'assurer qu'Ambulance Nouveau-Brunswick respecte toutes les exigences de la Loi, des règlements et des normes. L'unité est aussi chargée de surveiller Ambulance Nouveau-Brunswick et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick pour s'assurer qu'ils respectent leurs objectifs de rendement stipulés dans leur contrat.

The inspection process conducted by the Quality Assurance Unit is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Quality Assurance Officers also conduct random inspections of in-service ambulances which are completed un-announced at hospitals or roadside locations. Although not defined as an ambulance, the Officers also inspect the Clinical Support Unit vehicles operated by Ambulance New Brunswick. A similar auditing process is conducted to ensure safe, adequate and consistent condition of all ambulance stations.

An administrative audit is conducted to ensure compliance with the Act, Regulations and Standards with regards to operational policies, paramedic recertification of advanced life support skills, vehicle maintenance, quality assurance reporting, etc. Further auditing is completed to ensure compliance to contractual performance deliverables.

During the administrative inspection completed in December, 2011 the Quality Assurance Unit conducted a random audit of records to confirm sound processes were being exercised to ensure ANB met their contractual obligations. The Quality Assurance Unit working with the Medical Direction structure also performed random audits respecting patient care to ensure clinical care compliance was met and/or remedial actions implemented where warranted.

All non-compliant issues identified during initial inspections are monitored for corrective action through follow-up inspections.

Inspections conducted in 2011-12:

New Ambulance Inspections.....	42
Annual Ambulance Inspections.....	113
Random Ambulance Inspections.....	112
Follow-up Ambulance Inspections.....	160
Clinical Support Unit Inspections.....	4
Facility Inspections.....	71
Follow-Up Facility Inspections.....	86
Administrative Inspection.....	1
Follow-up Administrative Inspection.....	0

Ambulance Radio Enhancements

The Department of Health continues to work with the Department of Transportation and Infrastructure as well as Ambulance New Brunswick to improve ambulance base station capabilities. This work entails installing improved antennas, and in some cases amplifiers and additional speakers in the garage areas of the ambulance stations.

Paramedic Skill Enhancement

The majority of providers are licensed as Primary Care Paramedics (PCPs), trained to provide quality emergency health services including symptom relief for cardiac, respiratory and diabetic conditions.

L'inspection menée par l'Unité de contrôle de la qualité vise à veiller à ce que l'ambulance et le matériel médical durable et jetable soient conformes aux Normes des services d'ambulance du Nouveau-Brunswick. Les agents de contrôle de la qualité procèdent également à des inspections aléatoires sans préavis des ambulances internes dans les hôpitaux ou des emplacements en bordure de la route. Bien qu'ils ne soient pas considérés comme des ambulances, les agents procèdent également à l'inspection des véhicules de l'Unité de soutien clinique exploités par Ambulance Nouveau-Brunswick. Un processus de vérification similaire est mis en marche pour s'assurer de l'état sécuritaire, adéquat et conforme des postes d'ambulance.

Une vérification administrative est effectuée pour vérifier la conformité avec la Loi, les règlements et les normes relativement aux politiques opérationnelles, au renouvellement du certificat des travailleurs paramédicaux en techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, à l'entretien des véhicules, aux rapports d'assurance de la qualité, etc. D'autres vérifications sont effectuées pour vérifier la conformité avec les résultats visés contractuels en matière de rendement.

Durant l'inspection administrative effectuée en décembre 2011, l'Unité d'assurance de la qualité a effectué une vérification aléatoire des dossiers afin de confirmer qu'ANB avait recours à des processus rigoureux et respectait ses obligations contractuelles. Pour sa part, l'Unité d'assurance de la qualité travaillant sur la structure de la direction médicale a également effectué des vérifications aléatoires concernant les soins aux patients pour vérifier la conformité avec les soins cliniques et si les mesures correctives étaient mises en place, où elles se justifiaient.

Tous les cas de non-conformité dépistés pendant les premières inspections sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices par des inspections de suivi.

Inspections réalisées en 2011-2012 :

Inspections des nouvelles ambulances.....	42
Inspections annuelles des ambulances.....	113
Inspections aléatoires des ambulances.....	112
Inspections de suivi des ambulances.....	160
Inspections de l'Unité de soutien clinique.....	4
Inspections des installations.....	71
Inspections de suivi des installations.....	86
Inspection administrative.....	1
Inspection administrative de suivi.....	0

Modernisation des radios dans les ambulances

Le ministère de la Santé continue de collaborer avec le ministère des Transports et de l'Infrastructure ainsi qu'avec Ambulance Nouveau-Brunswick pour améliorer les capacités radio des postes ambulanciers. Ce travail nécessite l'installation de meilleures antennes et, dans certains cas, d'amplificateurs et de haut-parleurs supplémentaires dans le garage des postes ambulanciers.

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

La majorité des prestataires de soins ont un diplôme de travailleur paramédical en soins primaires; ils sont formés pour fournir des services de santé d'urgence de qualité, notamment le soulagement des symptômes liés aux problèmes cardiaques, respiratoires et diabétiques.

The PCP scope of practice for Ambulance New Brunswick paramedics is enhanced to include administration of fluids and medications, the use of an advanced airway device and Magill Forceps for removal of foreign body airway obstruction. The paramedics are certified in these E-skills (Enhanced skills) by the Provincial Medical Director.

The National Occupational Competency Profile for Paramedics was revised in early 2012 to expand the Primary Care Paramedic scope of practice, which includes all of the New Brunswick E-skills with the exception of Magill Forceps. It is anticipated the new scope of practice will be adopted in New Brunswick in April, 2012.

During fiscal 2011-12, training was provided to paramedics for the provincial medical protocols, policies and procedures as these were updated to remain current with evidence-based practice. Additional training was provided to support the new CPR guidelines as well as updates to the Field Trauma Triage Guidelines and trauma management.

La portée du champ d'activité des travailleurs paramédicaux en soins primaires d'Ambulance Nouveau-Brunswick a été élargie afin d'inclure l'administration de fluides et de médicaments, l'utilisation d'un appareil respiratoire de pointe et de pinces de Magill pour l'enlèvement de corps étrangers obstruant les voies respiratoires. Les travailleurs paramédicaux sont agréés dans ces compétences accrues par le directeur médical provincial.

Le profil national de compétence professionnelle pour les travailleurs paramédicaux a donc été révisé au début de 2012, afin d'élargir le champ d'activité des travailleurs paramédicaux des soins primaires au Nouveau-Brunswick, qui comprend toutes les compétences accrues à l'exception des pinces de Magill. Il est prévu que le nouveau champ d'activité sera adopté au Nouveau-Brunswick en avril 2012.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les travailleurs paramédicaux ont suivi une formation à l'égard des protocoles médicaux ainsi que des politiques et procédures de la province puisque ceux-ci ont fait l'objet d'une mise à jour visant à les actualiser à la pratique factuelle. Une formation supplémentaire a été fournie à l'égard des nouvelles lignes directrices en matière de réanimation cardiopulmonaire, de la mise à jour des lignes directrices relatives au triage sur place des cas de traumatismes et à la gestion des traumatismes.

Addiction, Mental Health, Primary Health Care and Extra-Mural Services

There are three branches in this division of the Department of Health: Addiction and Mental Health, Primary Health Care and the Extra-Mural Program. The division has the responsibility to plan, fund and monitor addiction, mental health, primary health care, and extra-mural services within the province. Divisional staff continues to work collaboratively towards closer integration of these service delivery areas and support the regional health authorities in doing the same. Strategies and action plans have been developed by the division to assist with greater integration of services that are needed to promote a healthier population (e.g. the Comprehensive Diabetes Strategy, The Action Plan for Mental Health). For improved continuity of care and sustainable healthcare, integration from a primary healthcare perspective is necessary. Staff is also involved in the direct organization and / or delivery of selective services where appropriate e.g. services of a provincial nature, or in the early stages of development.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through the two regional health authorities in seven zones throughout the province, providing prevention and treatment services. The overall goal of the Addiction Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families, employers and community partners.

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all zones. Within the fiscal year, a total of 2,004 individuals accessed detoxification services.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Zones 2 (English) and 5 (bilingual); 194 individuals accessed these services in 2011-12.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Zone 2. This residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 121 individuals within the fiscal year

The Departments of Health, Public Safety, Education and Early Childhood Development and Social Development have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intensive in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred through Addiction Services or by the Department of Public Safety's Probation Services. There were 52 new

Services de traitement des dépendances, de santé mentale, de soins de santé primaires et extra-muraux

Il existe trois directions dans cette division du ministère de la Santé : les services de traitement des dépendances et de santé mentale, les services de soins de santé primaires et le Programme extra-mural. La division a pour responsabilités la planification, le financement et la surveillance des dépendances, de la santé mentale, des soins de santé primaires et du programme extra-mural au sein de la province. Le personnel de la division continue à travailler de manière concertée en vue d'atteindre une intégration plus étroite de ces domaines de services et de soutenir les régies régionales de la santé pour qu'elles en fassent de même. Elle a élaboré des stratégies et des plans d'action pour aider à assurer une meilleure intégration des services qui sont nécessaires pour promouvoir une meilleure santé de la population (p. ex. la Stratégie globale sur le diabète et le Plan d'action pour la santé mentale). Pour améliorer la continuité des soins et assurer des soins de santé viables, l'intégration d'un point de vue des soins de santé primaires est nécessaire. Le personnel participe aussi à l'organisation et à la prestation directes de services sélectifs, le cas échéant, par exemple les services de nature provinciale, ou aux prémices de leur élaboration.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de deux régies régionales de la santé dans sept zones de la province. Chaque régie offre des services de prévention et de traitement. L'objectif général du modèle de prestation des Services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive de substances et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les zones. Au cours de l'exercice financier, 2 004 personnes au total ont accédé aux services de désintoxication.

Les personnes qui sont désintoxiquées peuvent accéder à des services de réadaptation à court terme, qui offrent des séances de thérapie de groupe, d'éducation, de gestion du stress et d'autosensibilisation dans un milieu thérapeutique pour les clients admis. Ce programme est d'une durée de trois à quatre semaines et est offert dans la zone 2 (en anglais) et la zone 5 (bilingue); 194 personnes se sont prévaluées de ces services en 2011-2012.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la zone 2. Ce programme résidentiel est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a été offert à 121 personnes au cours de l'exercice financier.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et du Développement social ont conclu un partenariat avec Portage Atlantique pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intensif en établissement. Portage Atlantique, un organisme sans but lucratif, gère un établissement résidentiel de traitement des adolescents de longue durée pour les jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les patients entrent à l'établissement après y avoir été aiguillés par les Services de traitement des dépendances, ou par les Services de probation

admissions and 15 readmissions to the Portage facility in 2011-12.

For clients not requiring admission, each zone provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2011-12, preliminary data showed that 1,541 persons aged 19 years or less and 2,598 persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 1,357 distinct individuals in 2011-12. The following is a breakdown of persons served:

- Zone 1 (Moncton area) served 338 people
- Zone 2 (Saint John area) served 268 people
- Zone 3 (Fredericton area) served 520 people
- Zone 7 (Miramichi area) served 231 people

In addition, the Uptown Methadone Clinic, which falls under the Internal Medicine Unit within the Horizon Health Network in Zone 2 (Saint John), served 315 people.

Mental Health Services

The Action Plan for Mental Health 2011-2018 was released during Mental Health week in May 2011. It embodies a "whole of government" approach within seven thematic areas :

- Transforming Service Delivery Through Collaboration
- Realizing Potential Through an Individualized Approach
- Responding to Diversity
- Collaborating and Belonging: Family, Workplace and Community
- Enhancing Knowledge
- Reducing Stigma By Enhancing Awareness
- Improving the Mental Health of the Population

Some of the progress realized in 2011-12 was:

- Development of guidelines and indicators to monitor the performance of early psychosis intervention services; allocation of funding to Regional Health Authorities to begin implementation;
- The establishment and placement of youth in community-based beds at the Pierre Caissie Centre for those youth who have a non-criminal designation to provide treatment closer to home and community;
- Introduction of two Integrated Service Delivery sites in schools, one in the Acadian Peninsula and one in Charlotte County, to promote the positive development of children and youth and to enhance system integration and efficiencies to provide earlier access to services;

du ministère de la Sécurité publique. En 2011-2012, 52 nouveaux cas ont été admis et 15 cas ont été réadmis à l'établissement de Portage.

Pour les clients qui n'ont pas besoin d'être admis, chaque zone offre des services externes, y compris des évaluations, des consultations et du counseling. En 2011-2012, les données préliminaires indiquent que 1 541 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 598 personnes âgées de plus de 19 ans ont reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 1 357 participants distincts en 2011-2012. Voici une répartition de ces clients :

- La zone 1 (région de Moncton) a servi 338 personnes.
- La zone 2 (région de Saint John) a servi 268 personnes.
- La zone 3 (région de Fredericton) a servi 520 personnes.
- La zone 7 (région de Miramichi) a servi 231 personnes.

De plus, l'Uptown Methadone Clinic, qui relève de l'Unité de médecine interne du Réseau de santé Horizon, dans la zone 2 (Saint John), a servi 315 personnes.

Services de santé mentale

Le Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018 a été publié lors de la Semaine de la santé mentale en mai 2011. Il traduit une approche « d'intervention gouvernementale dans son ensemble » dans sept domaines thématiques :

- Transformer la prestation de services grâce à la collaboration
- Réaliser le potentiel grâce à une approche individualisée
- S'adapter à la diversité
- Collaborer et appartenir : famille, milieu de travail et collectivité
- Accroître les connaissances
- Réduire les stigmates grâce à la sensibilisation
- Améliorer la santé mentale de la population

Parmi les progrès réalisés en 2011-2012, on note :

- Élaboration de lignes directrices et d'indicateurs pour surveiller le rendement des services d'intervention précoce en cas de psychose; affectation de fonds aux régies régionales de la santé afin d'entreprendre leur mise en œuvre;
- établissement de lits communautaires au Centre Pierre-Caissie pour le placement de jeunes n'ayant fait l'objet d'aucune condamnation criminelle afin de les traiter plus près de leur domicile et de leur collectivité;
- mise en place des deux sites de prestation intégrée de services dans les écoles, l'un dans la Péninsule acadienne et l'autre dans le comté de Charlotte, afin de favoriser le développement positif des enfants et des jeunes et d'améliorer leur intégration dans le système et l'efficacité pour offrir l'accès aux services plus tôt;
- participation du ministère de la Santé au comité sur le

- The Department of Health joined the Department of Social Development's Housing and Homelessness committee to address the 40 per cent of homeless individuals struggling with addictions and mental health issues;
- The Regional Health Authorities re-established several community advisory committees, and are working to re-establish them around the province, to give community partners the opportunity to provide feedback and direction on service delivery;
- The Department of Health is working with the Provincial Economic and Social Inclusion Corporation to ensure challenges faced by persons living with mental illness with respect to housing and income are considered in policy development.

Community Mental Health Centres (CMHC's)

The regional health authorities are responsible for delivering community-based mental health services. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and other service points located throughout the province. Crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2011-12 fiscal year, there were 16,479 new referrals, of which 28 per cent were self-referral, and 34 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

Community Mental Health Centres provide assistance to two key client groups: children and adolescents, and adults. In the 2011-12 fiscal year, a total of 23,499 distinct individuals were served by CMHC's for screening, assessment, treatment or follow-up. This represents 34.1 individuals for every 1,000 population.

Adult Community Mental Health Services

Within CMHCs, Adult Community Mental Health Services provides short- and long- term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who need help dealing with their situation.

Requests for services vary in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and others because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that often have existed for some time such as mood disorders, anxiety

logement et l'itinérance du ministère du Développement social pour chercher des solutions à la situation des 40 pour cent de sans-abri aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale;

- réactivation par les régies régionales de la santé de plusieurs comités consultatifs communautaires et efforts à les rétablir partout dans la province, afin d'offrir aux partenaires communautaires l'occasion de fournir des commentaires et de l'orientation sur la prestation de services;
- collaboration du ministère de la Santé avec la Société d'inclusion économique et sociale afin de s'assurer que les défis que doivent relever les personnes aux prises avec une maladie mentale sont pris en considération dans l'élaboration des politiques en matière de logement et de revenu.

Centres de santé mentale communautaires (CSMC)

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des régies régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population néo-brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de 14 centres de santé mentale communautaires et d'autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Les services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex. un hôpital, la cour, Développement social, etc.). Au cours de l'exercice 2011-2012, on a dénombré 16 479 nouveaux aiguillages, dont 28 pour cent autodirigés et 34 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un médecin spécialiste.

Les centres de santé mentale communautaires offrent une assistance à deux principaux groupes de patients : les enfants et les adolescents, ainsi que les adultes. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, ces centres ont fourni des services de dépistage, d'évaluation, de traitement ou de suivi à 23 499 personnes distinctes au total. Cela représente 34,1 personnes par 1 000 habitants.

Services communautaires de santé mentale auprès des adultes

Au sein des centres de santé mentale communautaires (CSMC), les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes offrent des interventions à court et à long terme aux Néo-Brunswickois ayant des troubles mentaux qui ont besoin d'aide pour gérer leur situation.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres clients manifestent des problèmes plus graves, souvent depuis un bon moment déjà (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles

disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc.

In response to diverse client needs, community-based, multidisciplinary teams provide a variety of services: screening; assessment; crisis intervention; short-term therapy; treatment; case management; vocational and rehabilitation services; prevention; consultation; and, service delivery coordination. These services may prevent deterioration in clients' mental health state by providing short term and early supports. For clients who are experiencing long-standing functional disorders or serious mental health problems, for example schizophrenia, the services provide ongoing support and assist individuals with mental illness to avoid social isolation and disconnection from their natural environments.

Using a client-centered approach, Adult Community Mental Health Services work to meet needs as perceived by clients. The sharing of expertise through consultations and the establishment of links with community resources is promoted, ensuring maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. This helps clients obtain the means to reduce or eliminate the functional, interpersonal, and environmental barriers created by their disabilities, to rebuild their social networks and to develop the skills they need to lead independent and productive lives in society.

During the 2011-12 fiscal year, the Adult Community Mental Health program provided a total of 130,667 in-person services to 18,051 adults.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide: 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and Community Mental Health Centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2011-12 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 49,441 days (in-patient days).

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in the Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents who need serious psychiatric treatment. In the 2011-12 fiscal year, this unit had 1,613 in-patient days.

Two psychiatric hospitals, Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton, provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to long-term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre (RHC) also provides specialized observation and assessment for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services;

relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.).

En réponse à différents besoins des clients, des équipes communautaires multidisciplinaires offrent toute une gamme de services : dépistage, évaluation, intervention en cas de crise, thérapie à court terme, traitement, gestion des cas, services de formation professionnelle et de réadaptation, prévention, consultation, et coordination de la prestation de services. Ces services peuvent empêcher la dégradation de l'état mental des patients en leur offrant un soutien rapide à court terme. Pour les patients qui ont des troubles fonctionnels de longue date ou de graves problèmes de santé mentale, par exemple la schizophrénie, les services offrent un soutien continu et aident les personnes atteintes d'une maladie mentale à éviter l'isolement social et l'exclusion de leur milieu naturel.

À l'aide d'une démarche axée sur le patient, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes travaillent en vue de répondre aux besoins perçus par les patients. Ils favorisent le partage des connaissances par l'entremise de consultations et la création de liens avec la collectivité, dans le but d'assurer au patient une autonomie maximale avec un minimum d'interventions professionnelles. Ils aident les patients à obtenir le moyen de réduire ou d'éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps, à reconstruire leurs réseaux sociaux et à perfectionner les compétences nécessaires pour mener une vie autonome et productive au sein de la société.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes ont offert 130 667 services personnalisés à 18 051 adultes.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pendant une période totale de 49 441 jours (jours-patients hospitalisés).

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant un besoin urgent de soins psychiatriques. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, cette unité a enregistré 1 613 jours-patients hospitalisés.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit le Centracare de Saint John et le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche (CHR) offre également des services d'observation spécialisés des cas médico-légaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation

support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. During the 2011-12 fiscal year, Centracare and Restigouche Hospital Centre had 16,999 and 58,621 in-patient days, respectively, for a total of 75,620.

Hospital patients who no longer need intensive hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment. In the 2011-12 fiscal year, psychiatric units registered a total of 3,455 discharges, while Child and Adolescent Psychiatric Unit had 47. Centracare and Restigouche Hospital Centre registered 6 and 280 total discharges respectively.

Primary Health Care

The Government of New Brunswick is committed to renewing and strengthening primary health care. The Department of Health recognizes the importance of a strong foundation in primary health care in the development of a self-sufficient and sustainable health care system for New Brunswickers.

In March 2011, the Minister of Health, in collaboration with the Primary Health Care Steering Committee released a dialogue paper, *Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick*. This document served as a platform for extensive provincial consultation and exploration from April – August that culminated in a Primary Health Care Summit in October 2011. The goal of the summit was to ignite change in primary health care by producing a shared vision and commitment to improve primary health care access and service delivery across the province. This two-day event was attended by a range of stakeholders including policy and decision makers in government, primary health care practitioners, health care-related organizations, academics, and community leaders. There were three, clear areas of focus that emerged from the summit:

- Reviewing the governance model;
- Creating primary health care teams; and
- Implementing electronic medical records.

The Primary Health Care Branch provides on-going leadership for primary health care reform. The branch supports the provincial development and implementation of new models of care in addition to established ones such as community health centres (CHCs), health service centres and collaborative practices (i.e. Gibson Health Clinic). The branch is also responsible for developing and providing training models for primary health care providers as well as developing patient engagement opportunities. Additionally, the branch developed and continues to lead the province's Chronic Disease Prevention and Management Strategy (including the Comprehensive Diabetes Strategy) and manages the provincial Tele-Care Service.

Resources are invested in a number of innovative pilot projects. These projects focus on development of skilled

en santé mentale, et de fournisseurs de services de consultations par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 16 999 et 58 621 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 75 620 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins intensifs réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale. Au cours de l'exercice 2011-2012, les unités psychiatriques ont enregistré 3 455 congés et l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, 47. Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 6 et 280 congés respectivement.

Soins de santé primaires

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'est engagé à renouveler et à renforcer les soins de santé primaires. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance d'une base solide en matière de soins de santé primaires dans l'établissement d'un système de soins de santé autosuffisant et viable pour les Néo-Brunswickois.

En mars 2011, le ministre de la Santé, en collaboration avec le Comité directeur sur les soins de santé primaires, publiait un document de travail intitulé « Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick ». Ce document a servi de base à une vaste opération de consultation et d'exploration à l'échelle provinciale entre avril et août qui a ensuite mené à un sommet sur les soins de santé primaires en octobre 2011. Son but consistait à mettre en œuvre des changements par l'adoption d'une vision et d'un engagement communs visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires et à leur prestation partout au Nouveau-Brunswick. De nombreux intervenants ont participé à ce sommet de deux jours, notamment des responsables de politiques et des décideurs au gouvernement, des praticiens dans le domaine des soins de santé primaires, des organismes liés aux soins de santé, des universitaires et des dirigeants communautaires. Trois éléments clés se sont dégagés :

- l'examen du modèle de gouvernance;
- la création d'équipes de soins de santé primaires;
- la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques.

La Direction des soins de santé primaires fournit un leadership constant en matière de réforme des soins de santé primaires. Elle appuie l'élaboration et la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins à l'échelle provinciale en plus de ceux déjà établis, comme les centres de santé communautaires (CSC), les centres de services de santé et des cabinets d'exercice en collaboration (p. ex. le Centre de soins de santé Gibson). La direction est également chargée d'élaborer et de fournir des modèles de formation aux fournisseurs de soins de santé primaires ainsi que d'élaborer des moyens de mobiliser les patients. En outre, la direction a établi et continue de diriger la stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques (y compris la stratégie globale sur le diabète); elle gère également les services provinciaux de Télé-Soins.

Des ressources sont investies dans un certain nombre de projets pilotes innovateurs. Ces projets visent à mettre sur pied des

teams of providers and improving access to primary health services. In a collaborative effort between Primary Health Care Branch, the Office of the Chief Medical Officer of Health, and Department of Culture Tourism and Healthy Living, the 3-Minute Empowerment pilot project was launched province-wide in December 2010. The focus of the 3-Minute Empowerment program, delivered in 90-minute training sessions, is to help healthcare professionals engage in effective partnerships with their patients to support positive behaviour changes. As of March 2012, more than 780 trained providers have increased their capacity to help patients to increase motivation and overcome barriers to change through the use of practical and efficient strategies.

The pilot project Integration of Mental Health Care into Primary Health Care Service, introduced in March 2010, produced positive results and has been extended beyond 2012 to include primary health care providers in additional primary health care sites. The project strives to integrate mental health care into general health care delivery, enabling broader and more continuous care provision from primary health care service providers and avoiding the need for "out-referral" to specialty mental health services. The current phase of the project has a stronger focus on addressing barriers to the seamless integration of mental health care in primary health care and on supporting a more effective use of specialty mental health services.

Community Health Centres

There are currently seven established community health centres (CHCs) in New Brunswick located in Dalhousie, Lamèque, Riverside-Albert, Saint John, Minto, Doaktown, Plaster Rock, and one collaborative practice, the Gibson Health Clinic in Fredericton. The community health centres play an integral role in improving access to primary health care in New Brunswick. CHCs provide locations where people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living and prevention of illness. Three satellite community health center sites help improve access to francophone primary health care services. Médisanté in Saint John and the Noreen Richard Centre in Fredericton are located in the francophone community centers of Samuel de Champlain and Centre Communautaire Sainte Anne, respectively. A third satellite in Saint-Isidore provides improved rural access to primary health care service. These satellite sites are helping to ensure efficient and effective access to primary care resources.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of community health centres. The citizen groups in all communities that are supported by a CHC assist in facilitating an understanding of the health and wellness issues in their respective communities and in developing solutions that leverage local strengths and resources to create sustainable change.

In addition to accommodating unscheduled primary care appointments, the community health centres provide group services ranging from arthritis self-management classes to diabetic teaching and healthy living initiatives. Although each CHC develops a unique service profile to fit

équipes qualifiées de fournisseurs et à améliorer l'accès aux services de soins primaires. Résultat d'un effort concerté entre la Direction des soins de santé primaires, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef, le ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine, le projet pilote Motivez vos patients en trois minutes était lancé dans toute la province en décembre 2010. Le point de mire de programme de formation, en séances de 90 minutes, consiste à aider les professionnels des soins de la santé à collaborer efficacement avec leurs patients pour les aider à adopter des changements positifs. En mars 2012, plus de 780 fournisseurs de soins formés à ce programme avaient amélioré leur capacité d'aider les patients à accroître leur motivation et à surmonter les obstacles au changement, grâce à des stratégies pratiques et efficaces.

Le projet pilote Intégration des soins de santé mentale aux services de soins de santé primaires, lancé en mars 2010, a donné des résultats positifs; il a été prolongé au-delà de 2012 pour inclure les fournisseurs de soins de santé primaires provenant d'autres établissements. Le projet s'efforce d'intégrer les soins de santé mentale dans la prestation des soins de santé généraux, permettant ainsi une prestation des soins élargie et plus continue de la part des fournisseurs de soins de santé primaires et évitant d'avoir à effectuer un « aiguillage à l'extérieur » vers des services de santé mentale spécialisés. La phase actuelle du projet met davantage l'accent sur les obstacles à franchir pour intégrer sans heurts les soins de santé mentale dans la prestation des soins de santé primaires et à soutenir un recours plus efficace aux services de santé mentale spécialisés.

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement sept centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Lamèque, Riverside-Albert, Saint John, Minto, Doaktown, Plaster Rock, ainsi qu'un cabinet d'exercice en collaboration, le Centre de soins de santé Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Trois centres de santé communautaires satellites contribuent à améliorer l'accès des francophones aux services de soins de santé primaires. Médisanté, à Saint John, et le Centre de santé Noreen-Richard, à Fredericton, sont situés dans les centres communautaires francophones de Samuel-de-Champlain et du Centre communautaire Sainte-Anne, respectivement. Un troisième centre de santé satellite à Saint-Isidore permet d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires en milieu rural. Ces centres satellites contribuent à assurer un accès efficace et pratique aux ressources de soins de santé primaires.

Le partenariat communautaire est demeuré une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes de citoyens dans les collectivités qui sont appuyés par les centres de santé communautaires contribuent à faciliter la compréhension des questions touchant à la santé et au mieux-être dans leurs collectivités respectives et à mettre au point des solutions reposant sur les forces et les ressources locales afin d'opérer des changements viables.

En plus d'accepter des rendez-vous de soins primaires non prévus, les centres de santé communautaires offrent des services de groupe, que ce soit des cours d'autogestion de l'arthrite, d'enseignement aux diabétiques ou des initiatives sur les habitudes de vie saines. Même si chaque centre de

the needs of the community, there is a common “basket of services”. Providers in community health centers include physicians, nurse practitioners, nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, community development workers, respiratory therapists, and dietitians as well as addiction and mental health workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management, and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 49,287 New Brunswickers received care from the seven CHCs, the satellite CHCs and one collaborative practice. The following table provides a breakdown of the number of individual clients served by each facility.

santé communautaire établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la collectivité, un panier commun de services est offert. Plusieurs fournisseurs travaillent au sein des centres de santé communautaires : médecins, infirmières praticiennes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens sont en mesure de consulter le fournisseur de soins le plus apte à répondre à leurs besoins.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux centres de santé communautaires. Les méthodes exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des centres de santé communautaires. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la collectivité, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvements. Au total, 49 287 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des sept centres de santé communautaires, des centres de santé communautaires satellites et d'un cabinet d'exercice clinique en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition du nombre de clients servis dans chaque établissement.

Community Health Centre Preliminary Statistics 2011-12/Données préliminaires sur les centres de santé communautaires 2011-2012

Zone	Facility/Établissement	Clients Served/Clients desservis
Vitalité Zone 5	Centre de santé communautaire St-Joseph	10,154
Vitalité Zone 6	Centre de santé communautaire de St-Isidore	1,344
	Centre de santé communautaire de Lamèque	7,856
Vitalité Health Network/Réseau de santé Vitalité		19,354
Horizon Zone 1H	Albert County Health and Wellness Centre/ Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert	2,042
Horizon Zone 2	MediSanté	1,124
Horizon Zone 3	St-Joseph's Community Health Centre/Centre de santé communautaire St Joseph	8,575
	Centre de santé Noreen-Richard Health Centre ⁽⁴⁾ / Centre de santé Noreen-Richard ⁽⁴⁾	1,315
	Central Miramichi Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Miramichi-Centre	2,551
	Tobique Valley Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Tobique Valley	2,916
	Queens North Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Queens-Nord	5,453
	Gibson Health Clinic/ Centre de soins de santé Gibson	5,957
Horizon Health Network/Réseau de santé Horizon		29,933
Totals/Totaux		49,287
Notes/Nota:		
(1) Visits include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician/ Les visites incluent les visites aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux médecins.		
(2) Statistics are considered preliminary until completion of year end process with Regional Health Authorities/ Les statistiques sont considérées comme étant préliminaires jusqu'à l'achèvement du processus de fin d'exercice avec les régions régionales de la santé		

Chronic Disease Prevention and Management

In June 2011, the Minister released “A Comprehensive Diabetes Strategy for New Brunswickers 2011-15”. With the strategy release, the Chronic Disease Prevention and Management Unit (CDPM Unit) was formally established within the Primary Health Care Branch. The CDPM Unit will be responsible for the planning, funding and monitoring of programs related to chronic disease prevention and management. The unit will focus activity on those chronic conditions associated with high burden of care within the health care system and where it has been shown that improved care management is associated with significant cost reduction and improved

Prévention et gestion des maladies chroniques

En juin 2011, la ministre a publié un document intitulé Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015. Avec le lancement de la stratégie, l'Unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique a été officiellement formée au sein de la Direction des soins de santé primaires. Elle sera responsable de la planification, du financement et de la surveillance des programmes liés à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Elle concentrera ses activités sur les conditions associées à un fardeau de soins élevé au sein du système de la santé et où il a été démontré qu'une meilleure gestion se traduit par une importante réduction de coûts et une amélioration de l'état de santé. L'objectif

health status. The immediate work focus is to lead the rollout and implementation of the Comprehensive Diabetes Strategy.

The Comprehensive Diabetes Strategy provides a roadmap of key actions to be implemented over the four years. These actions, which cross the domains of prevention, detection and management, will develop into the integrated strategy targeting the optimal management of blood pressure, blood sugar, lipids and early management of foot-related problems.

This also respects the government direction to:

- Implement a Comprehensive Diabetes Strategy focused on three key components: detection, prevention and disease management
- Ensure that the plan improves affordable access to medication supplies and devices such as test strips and insulin pumps
- Support diabetes research and innovation centres of excellence building on the excellent research already being done in the province.

There has been significant progress within a number of key actions which were implemented in 2011-12:

- Pediatric Insulin Pump Program (PIPP) – was officially launched in November and started accepting applications in February 28. The family is responsible for a portion of the equipment and supplies, based on family income. The Vitalité Regional Health Authority manages the program provincially. A full description of the program is available on the www.gnb.ca/health website (click on Diabetes). By the end of the fiscal year, 16 children were approved.
- Chronic Disease Self Management Portal – was officially launched in December. This bilingual portal is designed to help NBers “Learn to live well with diabetes”. On the portal, citizens can:
 - Read, watch and learn about living with type 2 diabetes
 - Use tools to apply what they have learned
 - Record blood sugar, blood pressure, weight, activity and other health factors
 - Set goals and track success
 - Access links to websites with more information.The website can be accessed through www.gnb.ca/health website (click on Diabetes) or directly through <https://santenb.nbhealth.ca>. By the end of the fiscal year, 193 citizens had accessed the site.

Much activity focuses on strengthening primary care. A number of tools have been developed and released. New Brunswick is the first province to provide all fee-for-service family physicians with an individualized Practice Profile of their patients with diabetes. This detailed report enables the physician to group their patients with diabetes and flag those who may be at higher risk. Other office tools include flow sheets to support patient examinations

immédiat de son travail consiste à déployer et à mettre en œuvre la stratégie globale sur le diabète.

Cette stratégie est accompagnée d'un plan pour les principales mesures clés à prendre sur une période de quatre ans. Les mesures, qui touchent aux domaines de la prévention, du dépistage et de la gestion, s'intégreront dans la stratégie intégrée visant la gestion optimale de la pression artérielle, de la glycémie et des lipides de même que le traitement précoce des problèmes liés aux pieds.

La stratégie est également conforme à l'orientation du gouvernement de :

- mettre en place une stratégie globale sur le diabète axée sur trois composantes clés : le dépistage, la prévention et la gestion de la maladie;
- s'assurer que le plan améliore l'accès abordable aux médicaments, aux fournitures et aux appareils, tels que les languettes et les pompes à insuline;
- soutenir des centres d'excellence sur la recherche et l'innovation sur le diabète, reposant sur la recherche exceptionnelle déjà en cours dans la province.

On a noté d'importants progrès à l'égard d'un certain nombre des mesures ayant été mises en œuvre en 2011-2012 :

- Le Programme de pompes à insuline à usage pédiatrique a été officiellement lancé en novembre et on a commencé à accepter les demandes le 28 février. La famille est responsable d'une partie de l'équipement et des fournitures en fonction de son revenu familial. Le Réseau de santé Vitalité gère le programme à l'échelle provinciale. Sa description complète se trouve sur le site Web www.gnb.ca/0051/index-f.asp (cliquer sur Diabète). À la fin de l'exercice, 16 enfants avaient été acceptés dans le programme.
- Le portail sur l'autogestion des maladies chroniques était officiellement lancé en décembre. Bilingue, il est conçu pour aider les Néo-Brunswickois à « apprendre à vivre avec le diabète ». Les citoyens peuvent :
 - se documenter et en apprendre toujours davantage sur la gestion du diabète de type 2;
 - utiliser des outils pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris;
 - consigner diverses données, y compris la glycémie, la tension artérielle, le poids et les activités;
 - fixer des objectifs et suivre les progrès;
 - accéder à une liste de liens vers des sites de référence.On peut accéder au site Web par l'adresse : <http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp> (cliquer sur Diabète) ou directement à : <https://santenb.nbhealth.ca>. À la fin de l'exercice, 193 citoyens avaient visité ce site.

Une bonne partie des activités se concentre sur le renforcement des soins primaires. Un certain nombre d'outils ont été élaborés et rendus publics. Le Nouveau-Brunswick est la première province à offrir à tous les médecins de famille rémunérés à l'acte un profil de pratique de leurs patients atteints de diabète. Ce rapport détaillé permet au médecin de grouper de tels patients et d'identifier ceux qui sont à risque plus élevé. Parmi les autres outils à leur disposition, on compte des fiches de suivi pour aider aux examens

and insulin prescription forms. The forms are available for downloading through www.gnb.ca/health website click on Diabetes. The province also launched a bursary to encourage health care providers to become certified diabetes educators. Two bursaries were awarded in this fiscal year.

My Choices My Health

The program My Choices My Health is in its fourth year. This free support workshop is offered across the province in both official languages. The province of New Brunswick is the first jurisdiction to offer this program in French.

The workshop is designed to help individuals develop the skills needed to better self manage the daily life challenges of living with chronic disease. Classes are led by individuals that have experienced these challenges, and/or certified professionals. Between April, 2011 and March, 2012 a network of over 55 trained leaders delivered approximately 20 workshops in both official languages throughout the province. To date, over 1000 New Brunswickers have completed the 6-week program.

Tele-Care 811

Tele-Care 811 has been available in both official languages, toll-free, province-wide, 24 hours a day, seven days a week, since February 1997. Tele-Care continues to grow and expand services adding other toll-free lines to support citizens. To date Tele-Care 811 provides public information lines for Rabies, West Nile and Avian Influenza viruses, gambling support, sexually transmitted infections, and chronic diseases (My Choices My Health).

In March 2010, 811 was launched as a new toll-free, easy-to-remember number that provides easy access to New Brunswick citizens for Tele-Care services. A Teletypewriter (TTY) service was added in November, 2010 to enable people who are deaf or hard of hearing to use the telephone to communicate with nurses by typing messages.

Tele-Care 811 improves access to health services, helps citizens navigate the healthcare system and promotes self-care. Nurses using standardized Canadian clinical guidelines, accessible through computer software, provide health care. They can rapidly identify callers' needs, triage symptoms, and provide health advice, information, and referral to the appropriate level of care.

Tele-Care 811 refers citizens to over 350 service providers and supports 550 physicians across the province, and the network continues to expand yearly.

Tele-Care 811 provided advice and information to one in five NB households for 83,000 health situations in 2011-12. Of particular note was the frequency of callers (40 per cent) who were able to self-care at home without seeking an elevated level of primary care through physicians' office, clinics or emergency departments. The care provided reduced intended emergency department visits by over 15,000 last year.

des patients et des formulaires de prescription d'insuline. On peut télécharger ces documents à partir du site Web <http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp> en cliquant ensuite sur Diabète. La province a également lancé un programme de bourses pour encourager les fournisseurs de soins de santé à obtenir le titre d'éducateur agréé en diabète. Deux bourses ont été attribuées au cours de cet exercice.

Ateliers Mes choix- Ma santé!

Le programme Mes choix- Ma santé en est à sa quatrième année. Cet atelier d'aide est offert gratuitement dans l'ensemble de la province, dans les deux langues officielles. La province du Nouveau-Brunswick est la première province à offrir ce programme en français.

L'atelier est conçu pour aider les gens à acquérir les aptitudes nécessaires pour mieux gérer les difficultés de la vie quotidienne qu'entraîne une maladie chronique. Les séances sont menées par des personnes qui ont elles-mêmes vécu de telles difficultés ou par des professionnels agréés. Entre avril 2011 et mars 2012, un réseau de plus de 55 animateurs formés a donné environ 20 ateliers dans les deux langues officielles dans l'ensemble de la province. À ce jour, plus de 1 000 Néo-Brunswickois ont complété le programme de six semaines.

Télé-Soins 811

Les services de Télé-Soins 811 sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, depuis février 1997. Ces services continuent de prendre de l'ampleur et d'autres lignes d'aide sans frais aux citoyens ont été ajoutées. À ce jour, Télé-Soins offre des lignes d'information publique sur la rage, le virus du Nil occidental et de la grippe aviaire, pour de l'aide sur la dépendance au jeu, les infections transmissibles sexuellement et les maladies chroniques (Mes choix-Ma santé).

En mars 2010, le 811, un numéro facile à retenir et sans frais, était lancé pour offrir aux citoyens du Nouveau-Brunswick un accès rapide aux services de Télé-Soins. Un service d'appareil de télécommunication pour les sourds (ATS) a été lancé en novembre 2010 pour permettre aux personnes sourdes ou malentendantes d'utiliser le téléphone pour communiquer avec le personnel infirmier en tapant leurs messages.

Les services de Télé-Soins 811 constituent une amélioration à l'accès aux services de soins de santé; il aide les citoyens à se diriger dans le système et favorise les soins autoadministrés. Le personnel infirmier utilise des lignes directrices cliniques canadiennes normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel, pour fournir des soins de santé. Elles peuvent déterminer rapidement les besoins de l'appelant et les symptômes de triage, donner des conseils et de l'information en matière de santé, et diriger l'appelant vers le niveau de soins approprié.

La ligne Télé-Soins 811 permet de diriger les citoyens vers plus de 350 fournisseurs de services et de soutenir 550 médecins partout dans la province, un réseau qui continue de s'étendre chaque année.

Grâce à Télé-Soins 811, un ménage sur cinq a reçu des conseils et des renseignements dans 83 000 situations de santé en 2011-2012. Il est intéressant de souligner que le nombre d'appelants qui ont été en mesure de se soigner à la maison, sans devoir recourir à un autre niveau de soins primaires en s'adressant au bureau du médecin, à la clinique ou aux services d'urgence, s'est élevé à 40 pour cent. Les soins fournis ont permis de réduire de plus 15 000 le nombre de visites à l'urgence l'an dernier.

Tele-Care 811 continues to grow and develop partnerships and to leverage services that will help people navigate the health system and seek out appropriate levels of care. Current areas of focus include mental health, support for new parents and chronic disease management.

The New Brunswick Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program. Its mission is "to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."

This mission is accomplished by providing services which include acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The Extra-Mural Program professional service providers include registered dietitians, registered nurses, licensed practical nurses, respiratory therapists, social workers, occupational therapists, physiotherapists, speech language pathologists and rehabilitation support personal. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

The Extra-Mural Program has the broad mandate to provide an alternative to hospital admissions, facilitate early discharge from hospitals, provide an alternative to, or postponement of, admission to nursing homes, provide long term care, provide palliative care, provide rehabilitation services, and to facilitate the coordination and provision of support services.

The EMP services are provided using a collaborative client-driven process, as outlined in the provincial guidelines for care coordination, palliative care and preferred practices documents for all EMP care providers. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments; rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately 4.9 per cent of the EMP provincial caseload.

Currently, approximately 56 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 15 per cent; 75-84 years – 21 per cent; and over 85 years – 20 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 22 per cent of client services and adults (19-64 years) 22 per cent.

The EMP has 804 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2011-12*, 19,624 clients were discharged from the program and 476,433 visits (315,404 nursing visits, 110,822 rehabilitation service visits, and 50,207 other clinical service visits) were carried out along with 176,425 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 26.1 discharges per 1,000 population estimate.

Télé-Soins 811 continue de se développer et de créer des partenariats, ainsi que de miser sur des services qui aideront la population à s'orienter dans le système de santé afin de rechercher les niveaux de soins appropriés. Les secteurs d'intérêt actuels sont notamment la santé mentale, l'aide aux nouveaux parents et la gestion des maladies chroniques.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) offre des services de soins communautaires à domicile aux résidents de la province. Sa mission consiste à «offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort.»

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins actifs, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les fournisseurs de services professionnels du Programme extra-mural sont les diététistes professionnels, les infirmières immatriculées, les infirmières auxiliaires autorisées, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les orthophonistes et le personnel de soutien en réadaptation. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du PEM en plus d'autres services de santé communautaires et en établissement.

Le vaste mandat du Programme extra-mural est de proposer une solution de rechange à l'hospitalisation, de faciliter le congé anticipé de l'hôpital, de proposer une autre solution qu'une admission dans un foyer de soins ou, du moins, de la remettre à plus tard, de fournir des soins de longue durée, des soins palliatifs et des services de réadaptation en plus de faciliter la coordination et la prestation des services de soutien.

Les services du Programme extra-mural sont offerts en employant un processus de collaboration axé sur le client, comme il est décrit dans les lignes directrices provinciales visant les documents sur la coordination des soins, les soins palliatifs et les pratiques privilégiées préparés en fonction des fournisseurs de soins du Programme extra-mural. Les enfants et les adolescents reçoivent des services de réadaptation essentiellement en milieu scolaire et à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux résidents des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ 4,9 pour cent des cas du PEM à l'échelle provinciale.

À l'heure actuelle, environ 56 pour cent des clients qui ont reçu des services du Programme extra-mural sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 15 pour cent, de 75 à 84 ans – 21 pour cent et de plus de 85 ans – 20 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 22 pour cent des clients recevant des services et les adultes (de 19 à 64 ans) constituent 22 pour cent des clients.

Le Programme extra-mural emploie dans la province plus de 804 équivalents temps plein financés. En 2011-2012*, 19 624 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites a atteint 476 433 (315 404 visites par des infirmières, 110 822 visites par le service de réadaptation et 50 207 visites par d'autres services cliniques) et 176 425 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a recensé 26,1 congés d'hôpital pour 1 000 habitants.

New Brunswick Extra-Mural Program

		2008-09	2009-10	2010-11	2011-12*
Nursing Services	Visits	303,597	310,339	308,613	315,404
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	106,268	115,849	112,931	112,842
Rehabilitation Services⁽²⁾	Visits	94,225	93,967	96,799	110,822
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	31,447	34,714	36,192	38,527
Other Clinical Services⁽³⁾	Visits	47,670	49,209	47,750	50,207
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	21,837	25,471	24,989	25,056
Total Contacts		605,044	629,549	627,274	652,858
FTE's		777	789	792	804
Discharges		20,355	19,159	19,416	19,624
Expenditures related to Visits (\$M)		\$50	\$55	\$59	\$60
Direct Cost per Visit		\$123.98	\$127.37	\$130.88	\$125.74
Gross Expenditures (\$M)		\$71	\$73	\$74	\$77
Cost per Discharges		\$3,466	\$3,814	\$3,832	3,911

* Preliminary Data

(1) Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families.

(2) Expenditures used to calculate cost per visit exclude Administrative costs, Early Language Services Program and EMP Aide/Personal Care contracted services expenses as these areas do not capture visits.

(3) Expenditures used to calculate cost per discharge exclude Early Language Services Program as they do not capture discharges.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

		2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-12*
Services infirmiers	Visites	303 597	310 339	308 613	315 404
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	106 268	115 849	112 931	112 842
Services de réadaptation⁽²⁾	Visites	94 225	93 967	96 799	110 822
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	31 447	34 714	36 192	38 527
Autres services cliniques⁽³⁾	Visites	47 670	49 209	47 750	50 207
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	21 837	25 471	24 989	25 056
Total des contacts		605 044	629 549	627 274	652 858
ETP		777	789	792	804
Congés		20 355	19 159	19 416	19 624
Dépenses liées aux visites (M\$)		50 \$	55 \$	59 \$	60 \$
Coût direct par visite ⁽⁴⁾		123,98 \$	127,37 \$	130,88 \$	125,74 \$
Dépenses brutes (M\$)		71 \$	73 \$	74 \$	77 \$
Coût par congé		3 466 \$	3 814 \$	3 832 \$	3 911 \$

* Données préliminaires

(1) Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients ou à leur famille.

(2) Les dépenses employées dans ce calcul ne comprennent pas les frais administratifs, de même que les sommes liées au développement précoce du langage et aux services contractuels de soutien/soins personnels dans le cadre du PEM, puisque ces montants ne sont pas associés aux visites.

(3) Le montant des dépenses ayant servi à calculer le coût par congé exclut celles des Services de développement du langage, car ces dernières ne tiennent pas compte des congés d'hôpital.

Rehabilitation Services

Rehabilitation services provide opportunities for New Brunswickers to prevent or adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration, and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client-centered philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre; through both regional health authorities via in-patient and outpatient services; and in the home and community by the New Brunswick Extra-Mural Program.

Hospital Rehabilitation Services 2011-12¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Audiology	26,529	2,133
Occupational Therapy	114,800	3,719
Physiotherapy	327,906	5,926
Speech Language Pathology	41,978	4,333

¹ Source: MIS Preliminary data

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2011-12¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Occupational Therapy	6,155	520
Physiotherapy	6,815	266
Speech Language Pathology	1,413	133

¹ Source: MIS Preliminary data

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan
- approval of new or enhanced hospital services
- funding and monitoring of the operational needs of the Regional Health Authorities

Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the two regional health authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities

Services de réadaptation

Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir ou d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'indépendance optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie de service axé sur le client. Ils sont offerts par le Centre de réadaptation tertiaire provincial Stan-Cassidy, par l'intermédiaire des régies régionales de la santé, tant des services aux patients hospitalisés que des services aux patients externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Services hospitaliers de réadaptation 2011-2012¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Audiologie	26 529	2 133
Ergothérapie	114 800	3 719
Physiothérapie	327 906	5 926
Orthophonie	41 978	4 333

¹ Source : données préliminaires du SIG.

² Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Centre de réadaptation Stan Cassidy 2011-2012¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Ergothérapie	6 155	520
Physiothérapie	6 815	266
Orthophonie	1 413	133

¹ Source : données préliminaires du SIG.

² Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

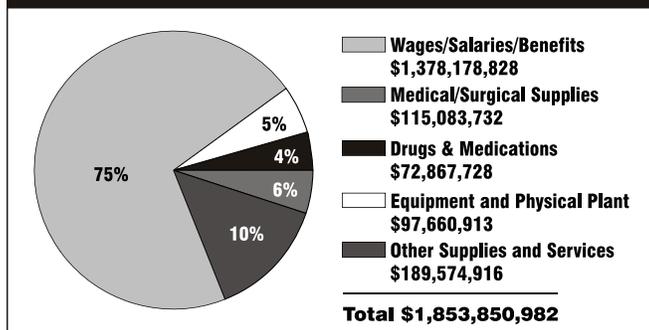
Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- le financement et la surveillance des besoins opérationnels des régies régionales de la santé.

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les deux régies régionales de la santé. Les services sont offerts dans 51 établissements dans l'ensemble de la province. Les services hospitaliers englobent habituellement les services de soins suivants aux patients, lesquels peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les services de soins actifs aux patients hospitalisés, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires en clinique externe, les services d'urgence, la médecine de laboratoire,

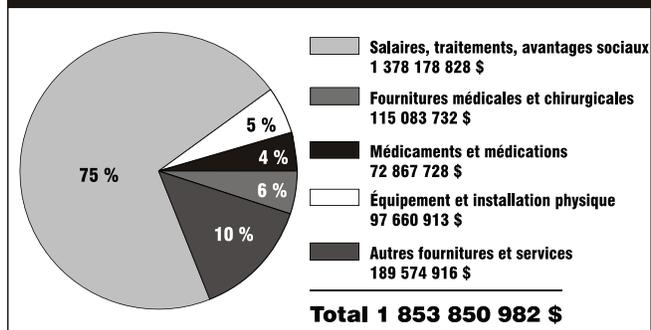
Distribution of RHA Expenditures 2011-12



– Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the regional health authorities and function as an integral component of health care.

Répartition des dépenses des RRS 2011-2012



l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques. Le tableau « Établissements hospitaliers – données variées » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux patients hospitalisés ainsi que les services de soins chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts conjointement avec d'autres services de soins de santé au sein des régies régionales de la santé et ils font partie intégrante des soins de santé.

Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	Post Audit 2009-10 ¹¹	Post Audit 2010-11 ¹¹	Preliminary Data 2011-12
Staffing			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	15,037	15,244	15,194
Hospital Inpatient Separations			
Separations ⁸	92,402	93,595	93,489
Number of Separations/1,000 Population⁹	123.7	124.9	124.4
Total Length of Stay	1,023,012	1,125,124	1,084,562
Average Number of Days per Hospital Stay	11.1	12.0	11.6
Number of In-Hospital Deaths ¹⁰	3,878	3,852	3,816
Surgical Episodes			
Surgical Episodes ¹ - Inpatients	24,808	24,632	23,213
Surgical Episodes ¹ - Day Surgery	44,972	42,722	43,164
Total Surgical Episodes	69,780	67,354	66,377
Percent of Surgical Episodes – Inpatient	35.6%	36.6%	35.0%
Percent of Surgical Episodes - Day Surgery	64.4%	63.4%	65.0%
Obstetrics			
Number of Deliveries	7,367	7,278	7090
Number of Deliveries/1,000 Population⁹	9.9	9.7	9.4
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation ^{2,3,4}	2,605	2,600	2600
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs ²	2,568	2,575	2,573
Average Daily Census ²	2,381	2,387	2,364
Average Occupancy per Day ²	92.7%	92.7%	91.9%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population⁹	3.2	3.2	3.1
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits ⁵	610,220	618,855	610,537
Number of ER Visits/1,000 Population⁹	817.0	825.9	812.1
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	755,874	784,799	879,817
Dialysis Visits	75,312	81,398	83,023
Oncology Clinic Visits	73,179	83,983	86,875
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population⁹	1,012.01	1,047.34	1,170.35
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (# tests performed) ⁶	20,611,573	20,890,740	21,207,461
Laboratory Procedures – Inpatient	4,303,868	4,432,932	4,417,654
Laboratory Procedures – Outpatient	16,307,705	16,457,808	16,789,807
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	21%	21%	21%
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	79%	79%	79%
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures ⁷	1,236,386	1,155,908	1,132,632
CT (computerized tomography) Scan Exams	148,607	147,565	142,964
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	34,711	37,204	38,063
Population estimates⁹	746,902	749,324	751,755

- Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections and cataract surgery performed in ambulatory care at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital and The Moncton Hospital.
- Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and inpatients located in ER.
- Includes 2 palliative beds at Queens North Health Complex that closed Feb 2009 due to staff shortages.
- Maximum beds in Operation reflect the corrected number for Upper River Valley Hospital and Hotel-Dieu of St. Joseph in 2009.
- Emergency Room visits exclude scheduled clinic visits conducted in ER.
- Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.
- Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA 2 Cardiac Catheterization Lab.
- Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
- Population – 2008-09 rate based on the 2008 population estimates, 2009-10 rate based on the 2009 population estimate and 2010-11 rate based on the 2010 population estimate prepared by Statistics Canada in February 2011, all of which are based on the 2006 census.
- Includes deaths of patients who may have been non-residents of the Province of New Brunswick because they were hospitalized in one of our facilities. Excludes stillborns and patients who died in any ambulatory care setting.
- Previous years data have been restated to reflect post audit data and the adjusted population estimates.

Données variées des établissements hospitaliers

Établissements hospitaliers	Postvérification 2009-2010	Postvérification 2010-2011 ¹¹	Données préliminaires 2011-2012
Dotation en personnel Personnel (ETP) – Comprends hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	15 037	15 244	15,194
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés Congés de l'hôpital ⁸	92 402	93 595	93 489
Nombre de congés pour 1 000 personnes⁹	123,7	124,9	124,4
Durée totale du séjour à l'hôpital	1 023 012	1 125 124	1 084 562
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	11,1	12,0	11,6
Nombre de décès à l'hôpital ¹⁰	3 878	3 852	3 816
Interventions chirurgicales Interventions chirurgicales ¹ – Patients hospitalisés	24 808	24 632	23 213
Interventions chirurgicales ¹ – Chirurgie d'un jour	44 972	42 722	43 164
Nombre total d'interventions chirurgicales	69 780	67 354	66 377
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	35,6 %	36,6 %	35,0 %
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	64,4 %	63,4 %	65,0 %
Obstétrique Nombre d'accouchements	7 367	7 278	7 090
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes⁹	9,9	9,7	9,4
Occupation des lits Nombre maximal de lits disponibles ^{2,3,4}	2 605	2 600	2 600
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les régies régionales de la santé ²	2 568	2 575	2 573
Recensement quotidien moyen ²	2 381	2 387	2 364
Occupation moyenne par jour ²	92,7 %	92,7 %	91,9 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes⁹	3,2	3,2	3,1
Nombre de visites en salle d'urgence Nombre de visites en salle d'urgence ⁵	610 220	618 855	610 537
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes⁹	817,0	825,9	812,1
Nombre de visites en soins ambulatoires Nombre de visites à la clinique externe	755 874	784 799	879 817
Nombre de visites au service de dialyse	75 312	81 398	83 023
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	73 179	83 983	86 875
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes⁹	1 012,01	1 047,34	1 170,35
Tests de diagnostic Analyses de laboratoire (nombre de tests effectués) ⁶	20 611 573	20 890 740	21 207 461
Analyses de laboratoire – Patients hospitalisés	4 303 868	4 432 932	4 417 654
Analyses de laboratoire – Patients externes	16 307 705	16 457 808	16,789,807
Pourcentage d'analyses de laboratoire – Patients hospitalisés	21 %	21 %	21 %
Pourcentage d'analyses de laboratoire – Patients externes	79 %	79 %	79 %
Imagerie diagnostique - Total des examens/analyses ⁷	1 236 386	1 155 908	1 132 632
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	148 607	147 565	142 964
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	34 711	37 204	38 063
Estimations démographiques⁹	746 902	749 324	751 755

- Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes et la chirurgie de la cataracte effectuée en soins ambulatoires au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et au Moncton Hospital.
- Comprend les lits pour soins de réadaptation immédiats et chroniques. Exclut les berceaux, les établissements d'Anciens Combattants Canada, de psychiatrie et les centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) ainsi que les patients hospitalisés en salle d'urgence.
- Comprend deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health, qui a fermé en février 2009 en raison d'une pénurie de personnel.
- Le nombre maximal de lits disponibles reflète le nombre corrigé pour l'hôpital du Haut de la Vallée et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph en 2009.
- Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
- Les analyses en laboratoire incluent les examens dirigés vers la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les analyses dirigées vers une source externe.
- Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la Régie régionale de la santé 2.
- Congés de l'hôpital – comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires, les établissements d'ACC et les établissements de psychiatrie.
- Population – le taux de 2008-2009 est basé sur les estimations démographiques de 2008; le taux de 2009-2010 est basé sur les estimations démographiques de 2009, le taux de 2010-2011 est basé sur les estimations démographiques de 2010 préparées par Statistique Canada en février 2011 et dont toutes sont fondées sur le recensement de 2006.
- Inclut les décès de patients qui étaient peut-être des non-résidents de la province du Nouveau-Brunswick et qui étaient hospitalisés dans un de nos établissements. Exclut les bébés mort-nés et les patients qui sont décédés dans un contexte de soins ambulatoires.
- Les données des années précédentes ont été recalculées pour refléter les données de postvérification et les estimations démographiques rajustées.

Ten Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2011-12	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Days Stay	Average Length of Stay
1	Live born infants	4,947	10,334	2.1
2	Chronic obstructive lung disease	2,993	30,693	10.3
3	Acute myocardial infarction (heart attack)	2,598	11,750	4.5
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	2,243	55,853	24.9
5	Heart failure	1,755	21,820	12.4
6	Pneumonia	1,714	12,445	7.3
7	Perineal laceration during delivery	1,547	3,471	2.2
8	Care involving use of rehabilitation procedures	1,532	59,991	39.2
9	Pain in throat and chest	1,511	4,719	3.1
10	Gonarthrosis (arthritis of knee)	1,377	7,975	5.8
		22,217		
Percentage of Total Separations		23.8%		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Exercice 2011-2012	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N ^{bre} total de cas	N ^{bre} total de jours de séjour	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	4 947	10 334	2,1
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2 993	30 693	10,3
3	Infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)	2 598	11 750	4,5
4	Autres soins médicaux (p. ex. : soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	2 243	55 853	24,9
5	Insuffisance cardiaque	1 755	21 820	12,4
6	Pneumonie	1 714	12 445	7,3
7	Lacération du périnée durant l'accouchement	1 547	3 471	2,2
8	Soins nécessitant des processus de réadaptation	1 532	59 991	39,2
9	Douleur à la gorge et à la poitrine	1 511	4 719	3,1
10	Gonarthrose (arthrose du genou)	1 377	7 975	5,8
		22 217		
Pourcentage du total de congés de l'hôpital		23,8 %		

Ten Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2011-12	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	1,943
2	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	1,417
3	Excision total, uterus (hysterectomy)	1,186
5	Implantation of prosthesis - hip joint (hip replacement)	1,167
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	1,057
6	Excision total, appendix (appendectomy)	770
7	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	598
8	Excision partial, prostate (prostatectomy)	507
9	Fusion, spinal vertebrae	494
10	Excision partial, large intestine (colectomy)	490
		9,139
Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients		39.4%

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Exercice 2011-2012		Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	Nbre total de cas
1	Césarienne		1 943
2	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)		1 417
3	Excision totale, utérus (hystérectomie)		1 186
4	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)		1 167
5	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)		1 057
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)		770
7	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)		598
8	Excision partielle, prostate (prostatectomie)		507
9	Fusion de vertèbres de la colonne vertébrale		494
10	Excision partielle, gros intestin (colectomie)		490
			9 139
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés			39,4 %

Ten Most Frequent Surgeries in Day Surgery

Fiscal Year 2011-12		Top 10 Principle Surgical Episodes - Day surgery	Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)		10,460
2	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)		2,076
3	Inspection bladder (cystoscopy)		1,847
4	Implantation of tubes - tympanic membrane		1,314
5	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)		1,239
6	Repair, knee joint		1,229
7	Excision partial, uterus (dilation and curettage)		866
8	Excision total, tonsils and adenoids		783
9	Release, nerve(s) of forearm and wrist (carpal tunnel)		780
10	Excision partial, breast		765
			21,359
Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery			49.5%

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Exercice 2011-2012		Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	Nbre total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)		10 460
2	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)		2 076
3	Examen de la vessie (cystoscopie)		1 847
4	Insertion de tubes – membrane tympanique		1 314
5	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)		1 239
6	Arthroplastie – genou		1 229
7	Excision totale, utérus (dilatation et curetage)		866
8	Excisions totales, amygdales palatines et pharyngiennes		783
9	Libération, nerf ou nerfs de l'avant-bras et du poignet (canal carpien)		780
10	Excision partielle – sein		765
			21 359
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour			49,5 %

Source: Preliminary DAD and MIS as of July 2012./ Source : Données préliminaires de la BDCP et du SIG en juillet 2012

Cardiac Care Program

- The New Brunswick Heart Centre provides tertiary cardiology services, including Cardiac Surgery, Interventional Cardiology and Electrophysiology Services, to New Brunswickers.
- During 2011-12, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Ongoing monitoring and reporting of both inpatient and outpatient wait times for access to Cardiac Catheterization, Interventional Cardiology and cardiac surgery is ongoing.

NB Trauma Program

- Since 2005, a significant amount of work has been put into the development of a comprehensive integrated provincial trauma system to ensure the timely availability of high quality trauma care to all citizens of New Brunswick. In February 2010, the "New Brunswick Trauma System Final Report" was released with 104 recommendations. It was anticipated that full implementation of the recommendations will take approximately three years.
- To date a number of initiatives have been undertaken of which highlights include:
 - A Trauma Medical Director and Trauma Administrative Director have been hired.
 - A toll free trauma referral system is operational and all NB facilities with ERs have been activated onto this system.
 - Field Trauma Triage Guidelines (FTT) tool is in use by all paramedics in NB).
 - A Guaranteed Access or "No Refusal" policy has been in effect since October, 2010.
 - Provincial subcommittees for Injury Prevention, Education, Research, Policy/Procedure and Quality Improvement have been established and are meeting on a regular basis.
 - An Impact/Gap Analysis for Level III Trauma Centre Chaleur Regional Hospital was completed. Trauma services in northeastern New Brunswick will remain unchanged.
 - Trauma nurses have been added to the NB Trauma Program as part of the planned expansion of the program. Trauma Nurses help ensure coordinated trauma care within designated facilities and assist with data collection, quality improvement and education activities related to

Programme de soins cardiaques

- Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick assure les services tertiaires en cardiologie, notamment les services de chirurgie, de cardiologie interventionnelle et d'électrophysiologie, aux Néo-Brunswickois.
- En 2011-2012, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, en examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services, et en prodiguant des conseils à ces égards. La surveillance et la déclaration des délais concernant l'accès au cathétérisme cardiaque, à la cardiologie interventionnelle et à la chirurgie cardiaque tant pour les patients hospitalisés que pour ceux en clinique externe se poursuivent.

Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick

- Depuis 2005, un travail considérable a été fait pour mettre en place un réseau intégré global provincial de traumatologie pour s'assurer que tous les citoyens du Nouveau-Brunswick peuvent bénéficier de soins de traumatologie de qualité en temps opportun. En février 2010, le rapport final Réseau de traumatologie du Nouveau-Brunswick, qui contient 104 recommandations, a été publié. On s'attend à ce qu'il s'écoule environ trois ans avant que toutes les recommandations puissent être mises en œuvre.
- À ce jour, un certain nombre d'initiatives ont été entreprises, dont voici certains des points saillants :
 - Un directeur médical de traumatologie et un directeur administratif de traumatologie ont été embauchés.
 - Un système d'aiguillage en traumatologie sans frais est fonctionnel et tous les établissements du Nouveau-Brunswick possédant une salle d'urgence sont actifs dans ce système.
 - Un outil de lignes directrices en matière de triage sur place des cas de traumatismes est utilisé par tous les travailleurs paramédicaux au Nouveau-Brunswick.
 - La politique d'accès garanti ou d'« aucun refus » est en vigueur depuis octobre 2010.
 - Des sous-comités provinciaux sur la prévention des traumatismes, l'éducation, la recherche, les politiques et les procédures, de même que l'amélioration de la qualité ont été créés et se rencontrent régulièrement.
 - Une analyse lacunes/répercussions pour le centre de traumatologie de niveau III de l'hôpital régional Chaleur a été effectuée. Les services de traumatologie dans le nord-est du Nouveau-Brunswick demeurent inchangés.
 - Des postes de personnel infirmier en traumatologie ont été ajoutés au Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick dans le cadre de son expansion planifiée. Les infirmières en traumatologie contribuent à veiller à la prestation de soins coordonnés en traumatologie dans les établissements désignés et collaborent au recueil de données, à l'amélioration de la qualité et aux activités

trauma. These 0.5 FTE Trauma Nurses are located at the following facilities:

- > The Moncton Hospital
- > Dr. Georges Dumont Hospital
- > Dr. Everett Chalmers Hospital
- > Edmundston Regional Hospital
- > Chaleur Regional Hospital

- Trauma Control Physicians (TCPs) have been added to the system to provide clinical advice to physicians caring for major trauma patients across New Brunswick via the toll free trauma referral system.
- In February 2012, the trauma registry was approved for development

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994. The equipment and technical support is provided by a third party private contractor. Continuing this partnership, this treatment is now provided by urologists in all zones of the province with the exception of Saint John who now has a fixed unit located at St. Joseph's Hospital.

Dialysis Services

- Hemodialysis is a tertiary service that requires specialized resources and equipment. Once it is determined that a patient requires hemodialysis, treatment must begin immediately.
- Currently, New Brunswick has 11 sites that provide hemodialysis services to over 500 patients and also oversee home hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Most units are operating at near full to full capacity.
- New Brunswick has two nephrology centers: one in Moncton at the Dr. Georges L. Dumont University Hospital Center (in Vitalité) and one at the Saint John Regional Hospital (in Horizon).
- Both nephrology centers have nephrologists in their program who provide clinical direction and support to satellite units. Satellite units only serve medically stable clients.
- There are four hemodialysis units in total in the province: one in both nephrology centers and one in the Edmundston Regional Hospital and one in the Chaleur Regional Hospital in Bathurst. In addition, there are seven satellite dialysis units located in Miramichi, Sussex, St-Stephen, Fredericton, Waterville (URVH), Tracadie and Dalhousie

d'éducation en matière de traumatologie. Ces postes à temps partiel sont attribués aux établissements suivants :

- > Moncton Hospital
- > Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
- > Hôpital Dr- Everett- Chalmers
- > Hôpital régional d'Edmundston
- > Hôpital régional Chaleur

- Des traumatologues ont été ajoutés au système d'aiguillage de traumatologie sans frais, pour prodiguer des conseils cliniques aux médecins chargés de soigner des patients victimes de traumatismes graves à l'échelle du Nouveau-Brunswick.
- En février 2012, l'élaboration du registre des traumatismes était approuvée.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non chirurgicale efficace pour désintégrer les calculs rénaux. On peut l'utiliser comme mesure préventive ainsi que comme intervention urgente. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence ainsi que des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus effractives.

Un service mobile de lithotritie est offert au Nouveau-Brunswick depuis 1994. L'équipement et le soutien technique sont offerts par une tierce entreprise privée. En poursuivant ce partenariat, ce traitement est maintenant offert par les urologues dans toutes les zones de la province, à l'exception de Saint John qui possède maintenant une unité fixe située à l'hôpital St Joseph.

Services de dialyse

- L'hémodialyse est un service de soins tertiaires qui requiert des ressources et de l'équipement spécialisés. Dès que les besoins d'hémodialyse d'un patient sont établis, le traitement doit commencer immédiatement.
- À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick dispose de 11 sites fournissant des services d'hémodialyse à plus de 500 patients et supervisant les patients qui reçoivent des services d'hémodialyse et de dialyse péritonéale à domicile. La plupart des unités sont exploitées à près de leur pleine capacité.
- Le Nouveau-Brunswick dispose de deux centres de néphrologie : l'un au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (Réseau de santé Vitalité), à Moncton, et l'autre à l'hôpital régional de Saint John (Réseau de santé Horizon).
- Les deux centres disposent dans leur programme de néphrologues qui fournissent une orientation clinique et un soutien aux unités satellites. Les unités satellites voient seulement aux patients qui sont stables médicalement.
- Il existe quatre services d'hémodialyse dans l'ensemble de la province : un dans chaque centre de néphrologie, un à l'hôpital régional d'Edmundston et un dernier à l'hôpital régional Chaleur, à Bathurst. En outre, il y a sept unités satellites de dialyse; elles sont situées à Miramichi, à Sussex, à Fredericton, à Waterville, dans la vallée du Haut-Saint-Jean, à St. Stephen, à Tracadie et à Dalhousie.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of phenylalanine, one of protein's building blocks, and thus builds up in the blood (hyperphenylalaninemia) and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage.

Since 2005-06, a provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service Team is in place at the Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Centre in Moncton.

The multidisciplinary team at the Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Centre provides comprehensive and consistent province wide, day-to-day treatment to all PKU clients and milder cases of hyperphenylalaninemia. Besides providing services out of Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Centre and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counselling and home visitation as necessary. Follow-up services for other metabolic disorders consist of those actions required to ensure that newborns whose screening test result is "out-of-range" receive appropriate timely confirmatory testing that leads to a diagnosis (not affected or affected), and that affected newborns are promptly and appropriately referred for treatment and support services.

The multidisciplinary team consists of one paediatrician-physician, a dietitian, a nurse, a psychometrist under the supervision of a clinical psychologist, a social worker, a program coordinator and administrative support staff. Other health care professionals are consulted as needed.

On April 1, 2008, the PKU team became the new service provider for PKU medical formulas and specialized nutritional foods. The PKU team also started managing the ordering and delivery of specimen collection cards and prepaid special envelopes for their patients.

On August 23, 2010, the PKU team became the new coordinator for follow-up services for other metabolic disorders screened through the New Brunswick Metabolic Newborn Screening Services.

In 2011-12, there was one new case of PKU and two new cases of milder hyperphenylalaninemia. In total, 94 New Brunswick residents have PKU and 14 have milder hyperphenylalaninemia.

Surgical Access Management

The principles of surgical access management include fairness, appropriateness and certainty with the goal of ensuring New Brunswickers have timely access to surgical services.

The surgical access management strategy in New Brunswick is well underway. It involves a number of solutions to improve access and reduce waiting times. New Brunswick has valid and reliable wait time information to help determine where problems exist,

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

La PCU est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée de la phénylalanine, un des éléments constitutifs de la protéine, qui s'accumule dans le sang (hyperphénylalaninémie), entraînant ainsi des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance prévient des dommages irréversibles au cerveau.

Depuis 2005-2006, un nouveau service de gestion provincial de la phénylcétonurie (PCU) est en place au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton.

L'équipe multidisciplinaire du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont fournit un traitement quotidien complet et continu à l'échelle provinciale à tous les patients atteints de la phénylcétonurie et à tous ceux atteints d'une forme plus légère d'hyperphénylalaninémie. Outre les services du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et dans les cliniques régionales, ces soins continus comprennent le counseling par téléphone et les visites à domicile, au besoin. Les services de suivi pour les autres troubles métaboliques consistent en des mesures qui doivent être prises pour s'assurer que les nouveau-nés dont les résultats du test de dépistage sont « hors champ » subissent rapidement un test de confirmation approprié qui permettra d'établir un diagnostic (non atteints ou atteints), et que les nouveau-nés atteints sont aussitôt aiguillés vers des services de traitement et de soutien.

L'équipe multidisciplinaire en place est composée d'un pédiatre, d'un diététiste, d'une infirmière, d'un psychométricien sous la supervision d'un psychologue clinicien, d'un travailleur social, d'un coordonnateur de programme et du personnel de soutien administratif. D'autres professionnels de la santé sont consultés au besoin.

Le 1er avril 2008, l'équipe de la PCU est devenue le nouveau fournisseur de services pour les préparations médicales et les aliments nutritionnels spéciaux en cas de PCU. L'équipe de la PCU a aussi commencé à gérer la commande et la livraison de cartes de prélèvement des échantillons et d'enveloppes spéciales prépayées pour leurs patients.

Le 23 août 2010, l'équipe de la phénylcétonurie a été nouvellement nommée à la coordination du suivi des services pour les autres troubles métaboliques faisant l'objet de dépistages par les Services de dépistage des troubles génétiques et métaboliques chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick.

En 2011-2012, un nouveau cas de phénylcétonurie et deux nouveaux cas d'hyperphénylalaninémie légère ont été rapportés. Au total, 94 résidents du Nouveau-Brunswick sont atteints de phénylcétonurie et 14 d'hyperphénylalaninémie légère.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

Les principes de la gestion de l'accès aux services de chirurgie sont l'équité, la pertinence et la certitude dans l'objectif d'assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès opportun à des services de chirurgie.

La stratégie de gestion de l'accès aux services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick va bon train. Elle comporte plusieurs solutions pour améliorer l'accès et réduire les délais d'attente. Le Nouveau-Brunswick dispose de renseignements valables et fiables quant aux délais d'attente, afin de pouvoir déterminer où

how serious they are and what to do about them. The provincial surgical access registry supplies the necessary information for the Regional Health Authorities to measure, monitor and manage surgical access. Recognizing that waiting can occur at many points along the path of care, the strategy focuses on the time from when the decision is made to proceed with surgery and the surgical request has been received by OR booking/scheduling at the respective facility, to when the surgery is performed. How long a patient waits depends predominantly on his or her surgeon, the resources a hospital has available, and whether emergencies occur.

The provincial surgical access registry was implemented throughout 2007 and wait time data has been utilized across the province since January 2008. The wait time data is utilized by surgeons and surgical programs to improve wait times for patients. Uses include - scheduling patients for surgery, allocating operating room time to surgeons, and answering patient's questions on their wait time.

The surgical teams at each facility continue to actively work to reduce individual patient wait times. There have been continuous improvements. Notable changes from March 31, 2010 to March 31, 2012 include (please see Appendix A for complete Surgical Wait Time Trends for New Brunswick):

- 7.1 per cent reduction in the median number of days waiting for surgery (56 to 52 days)
- 20 per cent reduction in the number of surgeries waiting longer than 12 months (800 to 641)
- the median number of days waiting for cancer surgery shows some fluctuation during various times of the year, however it remains at approximately 14 days

The Surgery New Brunswick public website www.surgerynewbrunswick.ca is updated on a quarterly basis with data from the provincial surgical access registry. Visitors to the public website can select reports that display wait time for all surgeries, cancer surgeries, and (as of April 2012) paediatric surgeries. The information can be viewed provincially, by community, by hospital, surgical specialty, or high volume surgical procedures.

se situent les problèmes, leur degré de gravité et les solutions à y apporter. Le registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux fournit les renseignements nécessaires aux régies régionales de la santé, qui peuvent ainsi mesurer, contrôler et gérer l'accès aux soins chirurgicaux. Étant donné que l'attente peut survenir à de nombreux points dans l'accès aux soins, la stratégie couvre la période entre le moment où la décision est prise de procéder avec la chirurgie et où la demande de chirurgie est reçue par le bureau de réservation ou de planification de la salle d'opération de l'établissement en question et le moment où la chirurgie est effectuée. Les délais d'attente d'un patient dépendent principalement de son chirurgien, des ressources dont dispose un hôpital, ainsi que des cas d'urgence.

Le registre d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en œuvre au cours de l'année 2007 et les données liées aux délais d'attente sont utilisées dans l'ensemble de la province depuis janvier 2008. Les données liées aux délais d'attente sont utilisées par les chirurgiens et les programmes chirurgicaux pour améliorer ces délais pour les patients. On les utilise pour fixer les rendez-vous des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, réserver la salle d'opération pour les chirurgiens et répondre aux questions des patients sur leur délai d'attente.

Les équipes chirurgicales de chaque établissement continuent à travailler activement pour réduire les délais d'attente de chaque patient. On enregistre des améliorations continues. Voici les changements notables relevés entre le 31 mars 2010 et le 31 mars 2012 (prière de consulter l'annexe A, intitulée Tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick) :

- une réduction de 7,1 pour cent du nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie (de 56 à 52 jours);
- une réduction de 20 pour cent du nombre de chirurgies dont le délai d'attente est supérieur à 12 mois (de 800 à 641);
- le nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie liée au cancer fluctue selon la période de l'année; il demeure cependant à environ 14 jours.

Le site Web public Délais d'attente pour la chirurgie au Nouveau-Brunswick www.chirurgienouveaubrunswick.ca est mis à jour tous les trois mois à partir des données du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux. Les visiteurs du site peuvent sélectionner des rapports qui affichent les délais d'attente pour toutes les chirurgies, les chirurgies liées au cancer et (depuis avril 2012) les chirurgies pédiatriques. Les renseignements peuvent être consultés à l'échelle provinciale, par collectivité, hôpital, spécialité chirurgicale ou selon les interventions chirurgicales à haut volume.

**Appendix A:
Surgical Wait Time Trends and Targets for
New Brunswick**

**Annexe A :
Tendances et cibles relatives aux délais d'attente pour
les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick**

Surgical Wait Time Trends				
Wait time for all surgeries waiting as of:	March 31, 2010	March 31, 2011	March 31, 2012	% change from Mar. 31, 2010 to Mar. 31, 2012
Median wait time in days	56	55	52	-7.1%
90th percentile wait time in days	287	262	267	-7.0%
Number of surgeries waiting longer than 12 months	800	660	641	-19.9%
Wait time for cancer surgeries waiting	March 31, 2010	March 31, 2011	March 31, 2012	% change from Mar. 31, 2010 to Mar. 31, 2012
Median wait time in days	14	14	12	-14.3%
90th percentile wait time in days	65	59	65	0.0%

Tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales				
Délais d'attente pour toutes les chirurgies en attente	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2012	% de changement du 31 mars 2010 au 31 mars 2012
Délai d'attente médian en jours	56	55	52	-7,1 %
Délai d'attente du 90e percentile en jours	287	262	267	-7,0 %
Nombre de chirurgies avec plus de 12 mois d'attente	800	660	641	-19,9 %
Délais d'attente pour les chirurgies pour un cancer	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2012	% de changement du 31 mars 2010 au 31 mars 2012
Délai d'attente médian en jours	14	14	12	-14,3 %
Délai d'attente du 90e percentile en jours	65	59	65	0,0 %

New Brunswick Clinical Acuity Model - Percent of surgeries completed within timeframes

Percent of surgeries completed within timeframe	2009-10	2010-11	2011-12	% change from 2009-10 to 2011-12	2012 NB Target
Category I (within 3 weeks)	64%	55%	55%	-9.0%	95%
Category II (within 6 weeks)	66%	62%	61%	-5.0%	90%
Category III (within 3 months)	69%	71%	69%	0.0%	90%
Category IV (within 12 months)	97%	98%	98%	1.0%	100%
Surgeries completed within 12 months	98%	98%	98%	0.0%	100%
Cancer surgeries completed within 6 weeks	87%	90%	88%	1.0%	100%
Cancer surgeries completed within 3 months	100%	91%	88%	-12.0%	100%

Modèle d'acuité clinique du Nouveau-Brunswick – Pourcentage des chirurgies terminées dans les délais

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2009-2010	2010-2011	2011-2012	% de changement de 2009-2010 à 2011-2012	Objectif du N.-B. pour 2012
Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	64 %	55 %	55%	-9,0 %	95 %
Catégorie II (dans un délai de 6 semaines)	66 %	62 %	61%	-5,0 %	90 %
Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	69 %	71 %	69%	0,0 %	90 %
Catégorie IV (dans un délai de 12 mois)	97 %	98 %	98%	1,0 %	100 %
Chirurgies terminées dans un délai de 12 mois	98 %	98 %	98%	0,0 %	100 %
Chirurgies liées au cancer terminées dans un délai de 6 semaines	87 %	90 %	88%	1,0 %	100 %
Chirurgies liées au cancer terminées dans un délai de 3 mois	100 %	91 %	88%	-12,0 %	100 %

Pan-Canadian Benchmarks - Percent of surgeries completed within Timeframes

Percent of surgeries completed within timeframe	2009-10	2010-11	2011-12	% change from 2009-10 to 2011-12	2012 NB Target
Total hip replacement (within 26 weeks)	80%	74%	70%	-10.0%	85%
Total knee replacement (within 26 weeks)	63%	64%	57%	-6.0%	75%
High-risk cataract surgery (within 16 weeks)	83%	89%	91%	8.0%	90%
Coronary Artery Bypass Graft (CABG):					
Level I (within 2 weeks)	86%	83%	100%	14.0%	90%
Level II (within 2-6 weeks)	58%	82%	84%	26.0%	85%
Level III (within 6-26 weeks)	100%	99%	100%	0.0%	100%
*Hip fracture fixation (within 48 hours)	81.6%	83.6%	85.4%	3.8%	n/a

Timeframes in which a patient was not available to have surgery have been excluded from the wait time calculations. Emergency surgeries have been excluded.

*Data for hip fracture fixations are obtained from the CIHI Discharge Abstract Database (DAD). Wait times are calculated from the admission date and time to the date and time the procedure commenced. Inpatient transfers from other facilities are included.

Report finalized on July 31, 2012
Source: NB Surgical Access Registry

Références pancanadiennes – Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2009-2010	2010-2011	2011-2012	% de	Objectif
				changement de	du N.-B.
				2009-2010 à	pour
				2011-2012	2012
Arthroplastie totale de la hanche (dans un délai de 26 semaines)	80 %	74 %	70 %	-10,0 %	85 %
Arthroplastie totale du genou (dans un délai de 26 semaines)	63 %	64 %	57 %	-6,0 %	75 %
Chirurgie de la cataracte à risque élevé (dans un délai de 16 semaines)	83 %	89 %	91 %	8,0 %	90 %
Pontage aortocoronarien par greffe (PAPG)					
Niveau I (dans un délai de 2 semaines)	86 %	83 %	100%	14,0 %	90 %
Niveau II (dans un délai de 2 à 6 semaines)	58 %	82 %	84 %	26,0 %	85 %
Niveau III (dans un délai de 6 à 26 semaines)	100 %	99 %	100 %	0,0 %	100 %
*Réparation d'une fracture de la hanche (dans un délai de 48 heures)	81,6 %	83,6 %	85,4 %	3,8 %	s.o.

Les périodes au cours desquelles un patient n'était pas disponible pour son intervention ont été exclues des calculs des délais d'attente. Les chirurgies d'urgence ont été exclues.

*Les données relatives aux réparations d'une fracture de la hanche proviennent de la base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les délais d'attente sont calculés à partir de la date et de l'heure d'admission jusqu'à la date et l'heure du début de l'intervention. Les transferts de patients hospitalisés dans d'autres établissements sont inclus.

Rapport finalisé le 31 juillet 2012

Source : Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick.

Metabolic/Genetic Newborn Screening Services

In March 2007 metabolic newborn screening services were expanded.

In addition to the current testing for Phenylketonuria (PKU) and Congenital Hypothyroid (CH), New Brunswick newborns are now screened for the following metabolic disorders:

- Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- Carnitine Reuptake Deficiency (CUD)
- Carnitinepalmitoyl Transferase Type I and II (CPTI and CPTII)
- Carnitinepalmitoyl Translocase Deficiency (CTL)
- Glutaric Acidemia Type I and II (GAI and GAI)
- Isovaleric Acidemia (IVA)
- Long Chain Hydroxy acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (LCHAD)
- Maple Syrup Urine Disease (MSUD)
- Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

The provincial metabolic newborn screening services involves the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés

En mars 2007, le service de dépistage de troubles métaboliques chez les nouveau-nés a été élargi.

En plus des tests actuels de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de la thyroïde congénitale (CH), les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour déceler les troubles métaboliques suivants :

- le déficit en acyl-coA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD);
- le déficit en carnitine;
- la carnitine palmitoyl transférase de type I et II (CPTI et CPTII);
- le déficit en carnitine palmitoyl translocase (CTL);
- l'acidémie glutarique de type I et II (GAI et GAI);
- l'acidémie isovalérique;
- le déficit en acyl-coA déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD);
- la leucinose ou maladie du sirop d'érable (MSUD);
- le déficit en acyl-coA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD).

Le service provincial de dépistage des troubles métaboliques chez les nouveau-nés comprend les composantes suivantes : dépistage, suivi, confirmation des résultats de tests positifs, avis des résultats de tests positifs confirmés aux médecins et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

In 2011-12 the service screened a total of 7,196 newborns. From this total, the following positive disorders were confirmed:

- two cases of Phenylketonuria (PKU)
- three cases of Congenital Hypothyroid (CH)
- one case of Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

With early detection of disorder(s), the physician or specialized team can promptly initiate treatment to avoid complications and prevent irreversible health problems, developmental disabilities or death.

The New Brunswick Neonatal Screening Advisory Group (NBNSAG) was established in June 2006 to support the Department of Health on matters relating to metabolic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSP) involve the following: screening; diagnosis by three months of age; intervention by appropriate service providers; and monitoring through a computerized database.

Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions; diagnosis of hearing loss within four months of birth; and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that key developmental milestones are achieved.

Since inception, the program has identified 94 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

En 2011-2012, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 196 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles suivants a été confirmé :

- deux cas de phénylcétonurie (PCU);
- trois cas d'hypothyroïdie congénitale (CH);
- un déficit en acyl-coA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD).

Grâce au dépistage précoce, le médecin ou l'équipe spécialisée peut entreprendre le traitement immédiatement pour prévenir les complications et des problèmes de santé irréversibles, des déficiences développementales ou la mort.

Le Groupe consultatif sur le dépistage chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick a été créé en juin 2006 afin d'appuyer le ministère de la Santé sur des questions ayant trait au dépistage des troubles métaboliques chez les nouveau-nés.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les fournisseurs de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée.

Les points de référence du programme déterminés par les audiologues visent à obtenir un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance; le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance; la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage, et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur offrir des services d'amplification plus tôt, leur permettra de profiter d'une intervention précoce qui favorisera l'atteinte des jalons clés du développement.

Depuis le début, le programme a établi une perte auditive permanente chez 94 nourrissons. Cette identification précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien appropriés au cours des années de formation.

Sensorineural Hearing Loss Identification By RHA

RHA/Zone	2005-06 ¹	2006-07 ¹	2007-08 ¹	2008-09 ¹	2009-10	2010-11	2011-12
Vitalité / 1	0	0	0	0	0	1	2
Vitalité / 4	1	0	1	0	0	0	0
Vitalité / 5	0	0	0	0	1	0	1
Vitalité / 6	1	2	1	2	4	1	0
Horizon / 1	2	3	1	4	2	1	1
Horizon / 2	3	4	2	0	2	2	3
Horizon / 3	3	2	3	4	6	1	1
Horizon / 7	1	1	1	1	0	1	0
Annual Total	11	12	9	11	15	7	8
Cumulative Total	32¹	44¹	53¹	64¹	79¹	86¹	94

¹Includes revised data from previous Annual Reports

Dépistage de la surdité de perception par régions régionales de la santé (RRS)

RRS – zone	2005-2006 ¹	2006-2007 ¹	2007-2008 ¹	2008-2009 ¹	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Vitalité – Zone 1	0	0	0	0	0	1	2
Vitalité – Zone 4	1	0	1	0	0	0	0
Vitalité – Zone 5	0	0	0	0	1	0	1
Vitalité – Zone 6	1	2	1	2	4	1	0
Horizon – Zone 1	2	3	1	4	2	1	1
Horizon – Zone 2	3	4	2	0	2	2	3
Horizon – Zone 3	3	2	3	4	6	1	1
Horizon – Zone 7	1	1	1	1	0	1	0
Total annuel	11	12	9	11	15	7	8
Total cumulatif	32¹	44¹	53¹	64¹	79¹	86¹	94

¹Inclut les données révisées des rapports annuels précédents

Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infection Prevention

A common, potentially serious, respiratory illness caused by the respiratory syncytial virus (RSV) is more likely to cause complications in immunocompromised children and in premature infants. There is currently no vaccine available but Synagis, a monoclonal antibody confers a measure of safety from the respiratory syncytial virus infection.

In New Brunswick, a group of pediatricians review the current literature each year and one physician is gate keeper of the product. This, in effect, places the responsibility to approve use of the product on that physician. A contract is signed annually with the physician to provide clinical advice and review of any orders for the product which are outside the approved guidelines.

Guidelines for use of the product are evaluated annually and circulated by the Department of Health to the pediatricians in the province. RSV clinics are in place in Moncton, Saint John and Fredericton.

The number of approved requests in 2011-12 was 145, which compares with 146 in 2010-11. The total product cost of Synagis for 2011-12 was \$851,553.01.

Prévention des infections au virus respiratoire syncytial (VRS)

Une maladie respiratoire courante, potentiellement grave, causée par le virus respiratoire syncytial (RS) risque davantage d'entraîner des complications chez les enfants immunodéficients et les bébés prématurés. À l'heure actuelle, aucun vaccin n'est disponible, mais le Synagis, un anticorps monoclonal, protège dans une certaine mesure contre les infections au virus respiratoire syncytial.

Chaque année, au Nouveau-Brunswick, un groupe de pédiatres passe en revue la littérature actuelle et un médecin joue le rôle de gardien du produit. Ce médecin devient en fait responsable d'approuver l'utilisation du produit. Le médecin, qui signe un contrat chaque année, est chargé de donner des conseils cliniques et d'étudier les ordonnances du produit qui ne respectent pas les lignes directrices approuvées.

Les directives d'utilisation du produit sont évaluées chaque année et distribuées par le ministère de la Santé aux pédiatres de la province. Des cliniques du virus respiratoire syncytial sont établies à Moncton, à Saint John et à Fredericton.

Le nombre de demandes approuvées en 2011-2012 était de 145, par comparaison à 146 en 2010-2011. Le coût total du Synagis pour 2011-2012 s'élevait à 851 553,01 \$.

Cochlear Implant Follow-Up Services

The provincial cochlear implant follow-up service continues to provide non-surgical client support for pre-implantation of cochlear devices and post-implantation mapping and follow-up for equipment trouble shooting and maintenance. The service, based at the Chaleur Regional Hospital, continues to accept new clients and follow existing clients from New Brunswick while working collaboratively with surgical sites located in Ontario, Quebec and Nova Scotia to ensure continuity of care.

In 2010-11 there were 121 clients followed by the cochlear implant team of Audiologists and other Provincial partners in care including speech language pathology; psychology; Ear, Nose and Throat specialist; and social work. The number of clients for 2011-12 has increased to 136, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

Le service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires continue d'offrir un soutien non chirurgical avant l'implantation de dispositifs techniques pour malentendants ainsi que le mappage postopératoire et le suivi pour le dépannage et l'entretien des appareils. Le service, basé à l'hôpital régional Chaleur, continue d'accepter de nouveaux clients et de suivre les clients déjà existants du Nouveau-Brunswick tout en collaborant avec des établissements chirurgicaux situés en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse pour assurer la continuité des soins.

En 2010-2011, 121 clients étaient suivis par l'équipe d'implants cochléaires formée d'audiologistes et d'autres partenaires provinciaux, notamment des spécialistes en orthophonie, psychologie, oto-rhino-laryngologie et en travail social. Le nombre de clients en 2011-2012 a augmenté à 136, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

Distribution of Clients by Zones/Répartition des clients par zones

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	Non résident Non-Resident	Total
34	27	17	2	8	31	15	2	136

Distribution of Clients: Adults versus Children/Répartition des clients : adultes par rapport aux enfants

Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
79	57*	136

* 18 clients with bilateral implants; therefore total number of implants maintained and programmed: 154/ Parmi les clients, 18 ont reçu des implants bilatéraux, par conséquent, le nombre total d'implants maintenus et programmés était de 154.

PET- CT

PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical imaging device.

This provincial service has been offering PET-CT examinations to New Brunswick patients with certain oncology conditions, since November 2006.

Since its inception, a maximum number of examinations were set per year. As improvements in technology and operations have been made, the provincial service has grown to meet the demands while maintaining responsible wait times. A total of 1063 examinations were done in 2011-12.

In 2011-12 considerable work has occurred on the planning, site preparation and construction of the additional space required to offer PET-CT service at the Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Center in Moncton. The service is scheduled to open in summer 2012.

Tomographie par émission de positrons (TEP) et tomographie par ordinateur (CT)

La technologie TEP-CT combine les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de pointe.

Ce service provincial offre, depuis novembre 2006, des examens TEP-CT aux patients du Nouveau-Brunswick atteints de certains problèmes oncologiques.

Depuis les débuts de ce service, un nombre maximum d'examens a été établi par année. À mesure que la technologie et les opérations se sont améliorées, le service provincial s'est développé pour répondre à la demande tout en maintenant des délais d'attente responsables. Un total de 1 063 examens ont été effectués en 2011-2012.

En 2011-2012 un travail considérable a été effectué sur la planification, la préparation du site et la construction de l'espace supplémentaire requis pour offrir le service de tomographie par émission de positrons et tomographie par ordinateur (TEP-CT) au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont à Moncton. Son ouverture est prévue à l'été 2012.

A provincial PET-CT advisory committee has developed clinical practice guidelines and prioritization criteria. Those guidelines and criteria are followed by the provincial service and by the referring physicians that are involved with the management and treatment of oncology patients.

Canadian Blood Services

Canadian Blood Services (CBS) is a not for profit national provider of blood, blood products and services to Canadians. Canadian Blood Services was established to operate at arm's length from government in order to prevent a repeat of the "tainted blood" scandal of the 1990s. The provinces and territories fund the functioning of Canadian Blood Services but are removed, by law, from the day to day operations. The cost of the service to New Brunswick for 2011-12 was approximately \$26.8 million dollars and that cost is based partly on the amount of blood and blood products used by the patients in the province. Plasma Protein Products such as Intravenous Immune Globulin (IVIg) amount to about half of the provincial CBS budget. New Brunswick also pays its portion of the CBS operating costs and, based on population, NB pays approximately three per cent of the total operating costs.

The NB Blood System Advisory Group (BSAG) advises the Department of Health on matters related to the development and operation of a safe, effective and affordable blood system. Initiatives to ensure appropriate utilization strategies are employed in the hospitals are managed through this group.

The Provincial Territorial Blood Liaison Committee has the responsibility to provide advice to the Provincial/Territorial Deputy Ministers and Ministers of Health on issues affecting the blood system (excluding Quebec) and the Organ and Tissue Donation and Transplantation Program (OTDT) and other programs as approved by the Provincial/Territorial Ministers of Health.

Organ and Tissue Procurement

The New Brunswick Organ Donation Program (NBODP) has received their registration with Health Canada to meet the requirements of the Cells, Tissues and Organs (CTO) Regulations. These regulations came into effect on December 7, 2007. The Program underwent their inspection by Health Canada in the fall of 2009. The outcome of the inspection indicated that the NBODP was in compliance with the Safety of Cells, Tissues and Organs for Transplantation Regulations. Inspections are scheduled every two years.

The service delivery change has been in place since 2010. The four Organ Donation Resource Nurses (ODRN) are part-time positions (two based in Saint John and two based in Moncton), and have been diligently working to ensure that all healthcare professionals and the public are provided with the support and information they require. To ensure coverage and availability, two Organ Donation Resource Nurses provide 24/7 on call services.

The NBODP continues to work closely with Canadian Blood Services (CBS) to provide support to the Living Donor Paired Exchange Program. There are two

Un comité consultatif provincial du service TEP-CT a rédigé des lignes directrices de pratique clinique et les critères de priorité. Le service provincial et les médecins traitants qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent les respecter.

Société canadienne du sang

La Société canadienne du sang est une entreprise nationale sans but lucratif qui fournit du sang, des produits sanguins et des services aux Canadiens. La Société canadienne du sang a été créée de manière à fonctionner sans lien de dépendance avec le gouvernement afin d'éviter qu'un scandale comme celui du sang contaminé des années 1990 ne se répète. Les provinces et les territoires financent le fonctionnement de la Société canadienne du sang, mais ne participent pas, d'un point de vue légal, à ses activités quotidiennes. Pour 2011-2012, le coût du service pour le Nouveau-Brunswick s'élève à environ 26,8 millions de dollars et ce coût est en partie basé sur la quantité de sang et de produits sanguins utilisée par les patients de la province. Les produits dérivés de protéines plasmatiques tels que l'immunoglobuline intraveineuse représentent environ la moitié du budget provincial de la Société canadienne du sang. Le Nouveau-Brunswick paie aussi sa portion des coûts d'exploitation de la Société et, selon la population, la province doit payer environ trois pour cent des coûts d'exploitation totaux.

Le Groupe consultatif du Nouveau-Brunswick sur le système de collecte et de distribution du sang donne des conseils au ministère de la Santé relativement à la mise sur pied et à l'exploitation d'un système de collecte et de distribution du sang sûr, efficace et abordable. Les initiatives visant à s'assurer que les stratégies d'utilisation appropriées sont employées dans les hôpitaux sont gérées par ce groupe.

Le Comité de liaison sur le sang provincial-territorial est chargé de donner des conseils aux ministres et aux sous-ministres de la Santé provinciaux et territoriaux sur des questions concernant le système de collecte et de distribution du sang (à l'exception du Québec), le Programme de dons et de greffes d'organes et de tissus et d'autres programmes approuvés par les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick a obtenu son homologation auprès de Santé Canada afin de répondre au Règlement sur les cellules, les tissus et les organes. Ce règlement est entré en vigueur le 7 décembre 2007. Santé Canada a procédé à l'inspection du Programme à l'automne 2009. Le résultat de l'inspection a indiqué la conformité du programme au Règlement sur la sécurité des cellules, des tissus et des organes destinés à la transplantation. Des inspections sont prévues tous les deux ans.

Les changements apportés à la prestation de services sont en place depuis 2010. Les quatre infirmières ressources affectées aux dons d'organes occupent des postes à temps partiel (deux se trouvent à Saint John et deux à Moncton); elles travaillent avec zèle pour s'assurer que le public et les professionnels de la santé obtiennent le soutien et les renseignements nécessaires. Deux infirmières ressources affectées aux dons d'organes sont en disponibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick travaille toujours étroitement avec la Société canadienne du sang pour offrir un soutien au programme Living Donor

coordinators (one within each RHA) who work with donors and recipients who chose to participate in this program. This National program has been instrumental in arranging kidney transplants for 132 individuals in Canada who may not have otherwise received a kidney (current as of July 2012). The NBODP has also been involved in the development of the National Organ Waitlist by Canadian Blood Services. This is a real time, web based system that will allow transplant and Organ Procurement programs to access an up to the second National Organ waitlist to ensure that the person in most need of an organ is the person who receives that organ. As of July, 2012 there are 37 persons waiting for a kidney, 4 persons waiting for a heart and 9 persons waiting for a liver in New Brunswick.

As of March 31, 2012; 279,275 New Brunswick residents have indicated their wishes to donate organs after death through the Medicare card registration.

Organ Donation:

Year	2009-10	2010-11	2011-12
Number of Referrals	32	22	22
Number of Donors	11	9	8
Organs donated:			
Heart	6	2	5
Lungs	2	10	6
Liver	11	9	7
Kidney	20	18	14
Pancreas	2	6	2
# of Recipients:			
Heart	4	0	6
Lungs	9	1	3
Liver	9	4	5
Kidney	38	18	30
Pancreas	1	0	0
# on waiting list			
Heart	1	1	4
Liver	13	13	9
Kidney	57	59	37
Kidney/pancreas	1	0	0
Lungs	0	1	0

Paired Exchange Program (programme d'échange de donneurs vivants). Deux coordonnateurs (un pour chaque région régionale de la santé) travaillent avec les donneurs et les receveurs qui décident de participer au programme. Ce programme national a été déterminant pour l'organisation de la greffe de rein pour 132 personnes au Canada qui, autrement, n'auraient peut-être pas reçu un rein (renseignement à jour en date de juillet 2012). Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick a également participé à l'élaboration de la liste d'attente nationale pour le don d'organes de la Société canadienne du sang. Il s'agit d'un système sur le Web, en temps réel, qui permettra aux programmes de dons et de greffes d'organes d'accéder, à la seconde près, à une liste d'attente nationale pour le don d'organes, et ce, pour s'assurer que la personne qui a le plus besoin d'un organe est celle qui le reçoit. En juillet 2012, au Nouveau-Brunswick, 37 personnes attendaient un rein, 4 attendaient un cœur et 9, un foie.

Au 31 mars 2012; 279 275 résidents du Nouveau-Brunswick avaient indiqué leur souhait de faire un don d'organes après leur mort grâce à la procédure d'inscription de l'Assurance-maladie.

Dons d'organes :

Année	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre de donneurs dirigés	32	22	22
Nombre de donneurs	11	9	8
Dons d'organes			
Cœur	6	2	5
Poumons	2	10	6
Foie	11	9	7
Reins	20	18	14
Pancreas	2	6	2
Nbre de receveurs			
Cœur	4	0	6
Poumons	9	1	3
Foie	9	4	5
Reins	38	18	30
Pancreas	1	0	0
Nbre de personnes sur la liste d'attente			
Cœur	1	1	4
Foie	13	13	9
Reins	57	59	37
Rein et pancréas	1	0	0
Poumons	0	1	0

Atlantic Blood Utilization Strategy (ABUS)

Intravenous Immune Globulin (IVIG)

New Brunswick has participated in the Atlantic Blood Utilization Strategy (ABUS) since 2003. The first initiative of this strategy was to monitor and improve the utilization of Intravenous Immune Globulin (IVIG) which is a sterile solution of human immune globulin protein prescribed to treat specific conditions resulting from an absent or malfunctioning immune system. Patients who suffer from immune deficiencies are more susceptible to life threatening infections. Guidelines for use of IVIG have been developed by Atlantic physician experts in the specialties of Immunology, Haematology, Neurology, Paediatrics and Solid Organ Transplant.

The total amount of IVIG distributed from Canadian Blood Services was 100,726.9 grams at a cost of \$5,894,638 which was a 4.7 per cent increase in product over the previous year but, due to favourable exchange rate, the cost actually decreased slightly. The number of patients continuing IVIG treatment was 134; the number of new patients for whom this product was prescribed in 2011-12 was 153 bringing the total number of patients to 287, which is a two per cent decrease in the number of patients compared to the previous year.

Collaboration between the ordering physicians and the hospital Transfusion Medicine services has maintained the growth in use of this product below the national average.

Patient Safety

In 2011-12, the Department of Health (DH) has continued to pursue the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focusing on improving patient safety in Canada through learning, sharing and implementing targeted evidence-based interventions that are known to reduce avoidable adverse events.

The ten interventions of SHN are:

- **Improved care for Acute Myocardial Infarction** - Prevent deaths among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI) by ensuring the reliable delivery of evidence-based care.
- **Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infection** - Prevent central venous catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) and deaths from CR-BSI by implementing a set of evidence-based interventions in all patients requiring a central line.
- **Prevent adverse drug events (ADEs)** by implementing medication reconciliation.
- **Rapid Response Teams** - Prevent deaths in patients who are progressively failing outside the ICU by implementing rapid response teams.
- **Prevention of Surgical Site Infection** - Prevent surgical site infection (SSI) and deaths from SSI by implementing a set of evidence-based interventions in all surgical patients.

Stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique

Immunoglobuline intraveineuse

Le Nouveau-Brunswick participe à la stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique depuis 2003. La première initiative de cette stratégie visait à surveiller et à améliorer l'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse, qui est une solution stérile de la protéine d'immunoglobuline humaine prescrite pour le traitement d'affections particulières causées par l'absence d'un système immunitaire ou le mauvais fonctionnement de celui-ci. Les patients qui souffrent d'immunodéficiences sont plus susceptibles aux infections parfois mortelles. Des directives d'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse ont été élaborées par des médecins des provinces atlantiques spécialisés en immunologie, en hématologie, en neurologie, en pédiatrie et en greffes d'organes pleins.

La quantité totale d'immunoglobuline intraveineuse distribuée par la Société canadienne du sang a été de 100 726,9 grammes au coût de 5 894 638 \$, ce qui a représenté une augmentation du produit de 4,7 pour cent, par rapport à l'année précédente, mais, en raison du taux de change favorable, le coût a, en fait, légèrement diminué. Le nombre de patients ayant poursuivi des traitements d'immunoglobuline intraveineuse était de 134; le nombre de nouveaux patients à qui le produit a été prescrit en 2011-2012 était de 153, ce qui mène le nombre total de patients à 287 et qui représente une diminution de deux pour cent par rapport à l'année précédente.

La collaboration entre les médecins prescripteurs et les services hospitaliers de médecine transfusionnelle a permis de maintenir la croissance de l'utilisation de ce produit en deçà de la moyenne nationale.

Sécurité des patients

En 2011-2012, le ministère de la Santé a poursuivi la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM). Le but de cette campagne nationale consiste à améliorer la sécurité des patients au Canada grâce à l'apprentissage, au partage et à la mise en œuvre d'interventions ciblées fondées sur l'expérience, dont la réduction des incidents indésirables évitables a été prouvée.

Voici les dix interventions de Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

- **Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde :** Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.
- **Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux :** Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.
- **Prévention des événements iatrogènes médicamenteux :** à l'aide du bilan comparatif des médicaments.
- **Déploiement des équipes d'intervention rapide :** Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.
- **Prévention des infections du site opératoire :** Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.

- **Prevent ventilator-associated pneumonia (VAP)** and deaths from VAP and other complications in patients on ventilators by implementing a set of interventions known as the “VAP bundle.”
- **Adverse drug events in long-term care** – implement medication reconciliation to prevent adverse drug events (ADEs) in long-term care settings.
- **Falls in long-term care** - prevent harm resulting from falls in long-term care settings
- **Antibiotic resistant organisms (AROs)** – implement a series of evidence-based guidelines to prevent harm from antibiotic resistant organisms
- **Venous thromboembolism (VTE)** – implement a series of protocols to ensure that general surgery and hip fracture surgery patients receive the appropriate thromboprophylaxis to prevent complications such as deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism

Through sponsorship of \$60,000 to the Safer Healthcare Now campaign by the province, each regional health authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of the best practices through participating in one or more of the ten interventions.

In addition, the Department of Health became part of a trans-provincial collaboration among the Atlantic Provinces, in efforts to share learning and develop strategies that will improve the safety of healthcare across Health Ministries. The Department of Health in partnership with the Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative participated in the “Sustainability and Spread Facilitated Learning Series (SS-FLS)” The SS-FLS focused on spreading and sustaining patient safety improvement work with the implementation of Medication Reconciliation and Safe Surgery care elements.

The Department of Health continues to monitor the hospital standardized mortality ratio (HSMR). Further monitoring of other patient safety indicators is planned for the upcoming year.

Utilization Management

The Utilization Management System (UMS) has been in place since 2006 in New Brunswick. The two Regional Health Authorities have facilities in every zone where daily assessments are completed using UMS.

The purpose of the UMS is to help improve patient flow across the organization through the use of real time data and reporting that can drive decision making. The UMS has an acute care criteria set for medical / family practice, surgical and internal medicine patients. This provides standardized clinical criteria for assessing patients to determine if they meet the criteria for the level of care they are currently receiving. Patients in Acute Medical/ Surgical beds are assessed daily to:

- determine the appropriateness of admission and ongoing use of an acute care bed,

- **Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée** : Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès qui en découlent et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelées « ensemble PVA ».
- **Événements iatrogènes médicamenteux dans les soins de longue durée** : Effectuer un bilan comparatif des médicaments pour prévenir les événements iatrogènes médicamenteux dans le contexte des soins de longue durée.
- **Chutes dans les soins de longue durée** : prévenir les blessures causées par des chutes dans le contexte des soins de longue durée.
- **Organismes résistant aux antibiotiques** : Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des dommages causés par des organismes résistant aux antibiotiques.
- **Thromboembolie veineuse (TEV)** : Appliquer une série de protocoles pour que les patients en chirurgie générale et en chirurgie pour fracture de la hanche reçoivent une thromboprophylaxie appropriée afin de prévenir des complications comme la thrombose veineuse profonde (TEV) et l'embolie pulmonaire.

Grâce à une commandite de 60 000 \$ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, chaque régie régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange des pratiques exemplaires en participant à une ou à plusieurs de dix interventions.

De plus, le ministère de la Santé s'est joint à une collaboration transprovinciale entre les provinces de l'Atlantique, dans un effort pour échanger des connaissances et élaborer des stratégies qui permettront d'améliorer la sécurité des soins de santé dans tous les ministères de la Santé. Le ministère de la Santé, en partenariat avec la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique, a participé à la « Série d'apprentissage national sur la durabilité et l'expansion (SAN-DE) ». Cette initiative porte sur la durabilité et l'expansion de l'amélioration de la sécurité des patients par la mise en place d'éléments du bilan comparatif des médicaments et de la chirurgie sécuritaire.

Le ministère de la Santé continue de surveiller le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH). La surveillance d'autres indicateurs de la sécurité des patients est prévue pour l'année à venir.

Gestion de l'utilisation

Le Système de gestion de l'utilisation (SGU) est en place depuis 2006 au Nouveau-Brunswick. Les deux régies régionales de la santé ont des installations dans toutes les zones où les évaluations quotidiennes sont effectuées au moyen du SGU.

Il a été créé afin d'améliorer la circulation des patients dans les établissements, grâce à l'utilisation de données en temps réel et de rapports qui permettent d'orienter la prise de décision. Le Système de gestion de l'utilisation possède un ensemble des critères relatifs aux soins de courte durée qui s'appliquent aux patients suivis en médecine familiale ou médicale, en médecine interne et en chirurgie. Il s'agit de critères cliniques normalisés pour évaluer les patients, afin de déterminer s'ils répondent aux critères liés au niveau de soins qu'ils reçoivent à l'heure actuelle. Les patients occupant un lit de chirurgie ou un lit de soins actifs sont évalués quotidiennement afin :

- de déterminer le caractère pertinent de l'admission et de l'utilisation sur une base continue d'un lit de soins de courte durée;

- identify barriers, delays and interruptions to the patient's plan of care,
- identify actions required to carry out the appropriate care plan,
- and establish a common framework for improved interdisciplinary communication.

In the year 2011-12, 26 per cent more assessments were completed than in the previous year. During this time, there was a decrease in the percentage of total days reviewed where patients did not meet the acute care criteria. There was also a decrease in the percentage of patients who did not meet the acute care criteria upon admission.

Ready for Discharge/Transition (RFD/T) refers to days where patients are clinically stable and therefore no longer require an acute care bed. In 2011-12, there was a slight decrease (three per cent) in the percentage of days assessed that were RFD/T. RFD/T assessed days are categorized by Physician Related Reason, Hospital Related Reason or Community Related Reason. Physician related reasons include waiting for a consultation, no current physician order, unclear plan of care, pain control, etc. Hospital related reasons include waiting for another bed in hospital (ex. psychiatry), service delays of 24+ hours for hospital services (ex. diagnostic testing), etc. Community related reasons include patients waiting for nursing home, patients in the process of placement, patients with no one to assist with home care, etc.

Days Reviewed using UMS Acute Care Criteria Set						
	2009-10		2010-11		2011-12	
	Days	%	Days	%	Days	%
Requiring an Acute Care Hospital Bed	93,926	45%	140,889	49%	188,885	52%
RFD/T - Physician Related Reason	26,423	13%	37,047	13%	46,631	13%
RFD/T - Hospital Related Reason	15,135	7%	24,434	9%	36,822	10%
RFD/T - Community Related Reason	73,448	35%	83,559	29%	88,541	25%
Total assessed days	208,932	100%	285,929	100%	360,879	100%

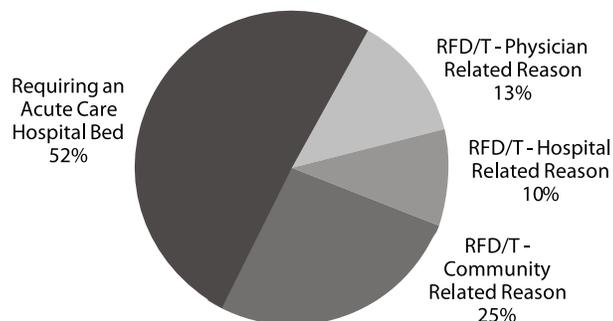
- de cerner les obstacles, les délais et les interruptions au plan de soins du patient;
- de déterminer les mesures requises pour l'exécution du plan de soins approprié;
- et établir un cadre commun pour améliorer la communication interdisciplinaire.

Au cours de l'exercice 2011-2012, les évaluations ont augmenté de 26 pour cent par rapport à l'exercice précédent. Pendant cette période, on a observé une baisse du pourcentage du nombre de jours examinés au cours desquels le patient ne répondait pas aux critères de soins actifs. On a également noté une baisse du pourcentage de patients qui, à l'admission, ne répondaient pas à ces critères.

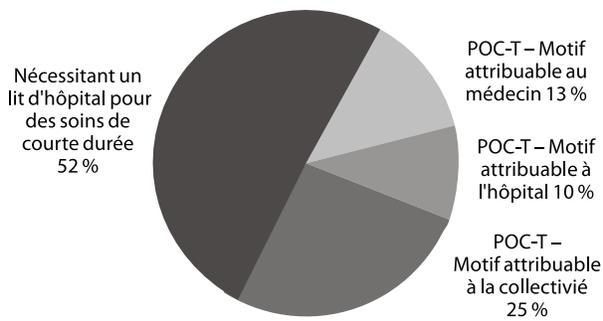
Les termes « Prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition (POC-T) » font référence aux jours au cours desquels le patient est cliniquement stable et n'a donc plus besoin d'un lit pour des soins actifs. En 2011-2012, le pourcentage de jours examinés au cours desquels le patient était prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition a légèrement diminué (3 pour cent). Les jours examinés au cours desquels le patient est prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition sont classés par catégorie selon des motifs attribuables au médecin, à l'hôpital ou à la collectivité. Les motifs attribuables au médecin sont notamment en attente pour une consultation, aucune ordonnance du médecin en cours, un plan de soins ambigu et la gestion de la douleur. Les motifs attribuables à l'hôpital sont, par exemple, en attente d'un autre lit dans l'hôpital (p. ex. en psychiatrie) et des retards de 24 heures ou plus pour des services hospitaliers (p. ex. les tests de diagnostic). Les motifs attribuables à la collectivité comprennent notamment les patients en attente d'une place en foyer de soins, ceux en voie de placement et ceux qui n'ont personne pour les aider avec les soins à domicile.

Jours examinés à l'aide de l'ensemble des critères de soins de courte durée du Système de gestion de l'utilisation						
	2009-2010		2010-2011		2011-2012	
	Jours	%	Jours	%	Jours	%
Nécessitant un lit d'hôpital pour des soins de courte durée	93 926	45 %	140 889	49 %	188 885	52 %
POC-T – Motif attribuable au médecin	26 423	13 %	37 047	13 %	46 631	13 %
POC-T – Motif attribuable à l'hôpital	15 135	7 %	24 434	9 %	36 822	10 %
POC-T – Motif attribuable à la collectivité	73 448	35 %	83 559	29 %	88 541	25 %
Total des jours évalués	208 932	100 %	285 929	100 %	360 879	100 %

2011-12 UMS Days Reviewed



Jours examinés à l'aide du Système de gestion de l'utilisation en 2011-2012



Capital Construction

Construction of the new energy centre and the small addition for the PET-CT scanner at the Dr. Georges-L-Dumont University Hospital Centre continued during fiscal 2011-12. The PET-CT addition was completed in April 2012 and the energy centre is expected to be completed in December 2012.

Architectural planning and design of the renovations for the Chaleur Regional Hospital 15-bed intensive care / stepdown unit continued during 2011-12. Renovations started in June 2012 and expected to be completed in March 2013.

Architectural planning and design for the new 140-bed psychiatric hospital in Campbellton continued during 2011-12. This project is being constructed under a public-private-partnership arrangement. Construction started in October 2011 and is expected to be completed in the fall of 2014.

Renovations for the surgical procedures unit at the Grand Falls General Hospital were completed during fiscal 2011-12. The new unit opened in February 2012.

Renovations to relocate the oncology clinics sector at the Edmundston Regional Hospital were completed during fiscal 2011-12. The new oncology sector opened in June 2012.

A new 3-year initiative to replace Magnetic Resonance Imaging (MRI) units at the Dumont Hospital, the Moncton Hospital, the Saint John Regional Hospital, the Edmundston Regional Hospital, the Miramichi Regional Hospital and the Chaleur Regional Hospital in Bathurst was approved during 2011-12. Architectural planning and design was completed at all six sites. Renovations to house the new MRI started at the Moncton Hospital, the Saint John Regional Hospital and the Edmundston Regional Hospital.

A variety of infrastructure upgrading projects (i.e. roof replacements, upgrading mechanical and electrical systems) were completed throughout the year at various hospitals. In addition, a variety of energy efficiency projects were completed at several hospitals.

Projets d'immobilisations

La construction du nouveau centre d'énergie et du petit ajout pour le service TEP-CT au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont s'est poursuivie au cours de l'exercice financier 2011-2012. Les travaux liés à l'ajout de l'espace pour le service TEP-CT se sont terminés en avril 2012 et le centre énergétique devrait être achevé en décembre 2012.

La planification et la conception architecturales des travaux de rénovation pour l'unité de soins intensifs et de soins courants de 15 lits ont commencé et se sont poursuivis au cours de l'exercice 2011-2012. Les rénovations ont commencé en juin 2012 et devraient être achevées en mars 2013.

La planification et la conception architecturales du nouvel hôpital psychiatrique de 140 lits à Campbellton se sont poursuivies en 2011-2012. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un partenariat public-privé. Les travaux de construction ont commencé en octobre 2011 et devraient s'achever à l'automne 2014.

Les rénovations pour l'unité des interventions chirurgicales à l'hôpital général de Grand-Sault ont été achevées au cours de l'exercice financier 2011-2012. Cette nouvelle unité a ouvert ses portes en février 2012.

Les rénovations pour déplacer le secteur des cliniques d'oncologie à l'hôpital régional d'Edmundston ont été achevées au cours de l'exercice financier 2011-2012. Le nouveau secteur a ouvert ses portes en juin 2012.

Une nouvelle initiative de trois ans a été approuvée au cours de 2011-2012, pour remplacer les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, du Moncton Hospital, de l'hôpital régional de Saint John, de l'hôpital régional d'Edmundston, de l'hôpital régional de Miramichi et de l'hôpital régional Chaleur à Bathurst. La planification et la conception architecturales ont été effectuées sur les six sites. Les rénovations, pour abriter les nouveaux appareils d'imagerie par résonance magnétique au Moncton Hospital, à l'hôpital régional de Saint John et à l'hôpital régional d'Edmundston, sont commencées.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (p. ex. remplacement de la toiture, amélioration des systèmes mécaniques et électriques, etc.) ont également été réalisés au cours de l'année dans divers hôpitaux. En outre, une variété de projets d'efficacité énergétique ont été achevés à plusieurs hôpitaux.

Capital Equipment

A variety of capital equipment acquisitions totaling \$10 million were made in fiscal 2011-12 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- A gamma camera for the Dr. Georges L. Dumont University Hospital Centre;
- A light laser for urology for the Moncton Hospital;
- A central monitoring system for fetal heart monitors for the Saint John Regional Hospital;
- A multi-slice SPECT- CT for Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- A washer/disinfector for the Edmundston Regional Hospital;
- A digital radiography unit at the Campbellton Regional • Hospital;
- A gamma camera for the Chaleur Regional Hospital;
- New digital fluoroscopy unit for the Miramichi Regional Hospital; and
- Multi-year funding installments towards digital mammography throughout the province (in partnership with various Foundations)

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

The New Brunswick Cancer Network (NBCN) is responsible for the development and implementation of an evidence-based provincial strategy for all elements of cancer care, including prevention, screening, treatment, follow-up care, palliative care, education, and research. This integrated strategy for cancer services is delivered at the Regional Health Authority (RHA) level throughout the province, with tertiary level oncology services via radiation therapy provided in Saint John and Moncton (Dumont). The goal of NBCN is to decrease the incidence, morbidity, and mortality of cancer among New Brunswick residents through cost-effective planning, delivery and evaluation of cancer services.

In carrying out its mandate, NBCN is actively involved with many components of the New Brunswick Healthcare system, including other Divisions of the Department of Health, the Regional Health Authorities, FacilicorpNB, the New Brunswick Health Council, and the NB Health Research and Innovation Council.

In 2011-12, NBCN worked on a number of key strategic initiatives and projects to improve cancer care in New Brunswick.

As the result of an agreement between the governments of New Brunswick and Canada, a Radiation Therapy Wait Time Guarantee was established, which came into effect in April, 2010. This Guarantee ensures that New Brunswick patients will not wait more than eight weeks from being ready to treat with radiation therapy. Through this initiative New Brunswick's capacity to meet current and future volumes in radiation therapy is being significantly enhanced. Two new linear accelerators, which provide radiation therapy, are operational at the Atlantic

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 10 millions de dollars ont été effectuées en 2011-2012 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Voici les principales acquisitions de biens d'équipement :

- une caméra gamma pour le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont;
- un laser léger pour le service d'urologie du Moncton Hospital;
- un système de surveillance centrale pour les moniteurs de fréquence cardiaque fœtale pour l'hôpital régional de Saint John;
- un système diagnostique de tomographie par ordinateur à multiples tranches pour l'hôpital régional Dr-Everett-Chalmers;
- un laveur-désinfecteur pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- un nouvel appareil de radiographie générale numérique pour l'hôpital régional de Campbellton;
- une caméra gamma pour l'hôpital régional Chaleur;
- un nouvel appareil de fluoroscopie numérique pour l'hôpital régional de Miramichi;
- des versements pluriannuels d'un financement affecté à la mammographie numérique dans l'ensemble de la province (en partenariat avec différentes fondations).

Réseau cancer Nouveau-Brunswick (RCNB)

Le Réseau cancer Nouveau-Brunswick est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les données probantes pour tous les éléments des soins ayant trait au cancer, y compris la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi, les soins palliatifs, la sensibilisation et la recherche. Cette stratégie intégrée pour les services de lutte contre le cancer est déployée au niveau des régies régionales de la santé à l'échelle provinciale et des services tertiaires d'oncologie par radiothérapie sont offerts à Saint John et à Moncton (Dumont). Le réseau a pour but de réduire l'incidence du cancer ainsi que la morbidité et la mortalité liée au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation efficiente des services de lutte contre le cancer.

En exécutant son mandat, le réseau participe activement à de nombreux volets du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, y compris d'autres divisions du ministère de la Santé, les régies régionales de la santé, FacilicorpNB, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, ainsi que le Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick.

En 2011-2012, le réseau a travaillé sur plusieurs projets et initiatives stratégiques clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick.

À la suite d'une entente entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick et du Canada, un délai d'attente garanti pour la radiothérapie a été instauré. Il est en vigueur depuis avril 2010. Cette garantie veille à ce que les patients néo-brunswickois n'attendent pas plus de huit semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement par radiothérapie. Grâce à cette initiative, la capacité du Nouveau-Brunswick à répondre aux volumes actuels et futurs en radiothérapie est considérablement rehaussée. Deux nouveaux accélérateurs linéaires, qui fournissent une radiothérapie, sont fonctionnels au Centre des sciences de

Health Sciences Center in Saint John and the work to operationalize the new linear accelerators at the Dr. Leon Richard Oncology Centre in Moncton is in its final stages.

Associated with the Radiation Therapy Wait Time Guarantee, processes have been developed to monitor, manage and report on timely access to radiation therapy, namely:

- a Provincial Cancer Treatment Access Repository (CTAR) being used by the two cancer centers and NBCN;
- contingency plans with recourse options within and outside of the province in order to meet the Patient Wait Time Guarantee commitment. A Memorandum of Understanding (MOU) between all four Atlantic Provinces was signed in 2010 as a contingency plan in the event that a province is unable to meet the wait time guarantee for a patient.
- a public website to report wait times in radiation therapy (to be implemented);
- a simulation modelling tool to proactively analyse the impact of technology advances and resource limitations based on future population and cancer incidence projections.

In 2011-12, NBCN continued to advance the work on the National Staging and Pathology Synoptic Reporting Project, funded by the Canadian Partnership of Cancer (CPAC) through an agreement with the New Brunswick Department of Health. The two primary goals of the project are to establish the capture of electronic population based Collaborative Stage (extent of tumour at diagnosis) for breast, colorectal, lung and prostate cancer and to implement pathology synoptic reporting tools in laboratories in the province using the cancer protocols and electronic cancer checklists (eCC's) developed by the College of American Pathology (CAP). CAP synoptic reporting offers a concise, standardized reporting method that includes all data needed for accurate staging, treatment and prognosis. The use of the CAP Cancer Protocols and eCC's has been endorsed by the Canadian Association of Pathologists and the New Brunswick Association of Laboratory Physicians as the reporting standard for cancer pathology specimens. Adoption of the provincial pathology reporting standard will ensure required tumor and stage data are available in the pathology reports to facilitate diagnostic and treatment decisions.

In 2011-12, additional funding was obtained from CPAC and these funds were used to purchase and install electronic tools in the hospital laboratory information systems in Edmundston, Miramichi and the Dr. George L. Dumont University Hospital Center in Moncton. This is in addition to the electronic tools that were purchased and installed in hospital laboratory information systems in Fredericton, Campbellton and Bathurst in 2010-11. The additional funding will also support pathology report integration into the Electronic Health Record for clinicians and cancer registry staff so that, in the future, they can view reports in real time.

la santé de l'Atlantique de Saint John et le travail pour mettre en œuvre les nouveaux accélérateurs linéaires au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard de Moncton en est aux étapes finales.

Parallèlement au délai d'attente garanti pour la radiothérapie, des processus ont été mis au point pour surveiller et gérer l'accès rapide à la radiothérapie et en faire rapport, notamment :

- l'élaboration d'un Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO) qui pourra être consulté par les deux centres d'oncologie et le Réseau cancer Nouveau-Brunswick;
- l'élaboration de plans d'urgence avec des options de recours à l'intérieur et à l'extérieur de la province afin de respecter l'engagement relatif au délai d'attente garanti pour la radiothérapie; un protocole d'entente a été signé en 2010 par les quatre provinces de l'Atlantique à titre de plan des mesures d'urgence au cas où une province se verrait dans l'impossibilité de respecter la garantie de délai d'attente pour l'un de ses patients;
- l'élaboration d'un site web public qui fera état des délais d'attente pour la radiothérapie (qui doit être mis en œuvre);
- la création d'un outil de modélisation de simulation pour analyser de manière proactive les répercussions des progrès technologiques et des limites de ressources en fonction des futures projections démographiques et de l'incidence du cancer.

En 2011-2012, le réseau a poursuivi ses travaux sur le projet national de stadification du cancer et de production de rapports synoptiques sur les pathologies, qui est financé par le Partenariat canadien contre le cancer grâce à une entente avec le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les deux objectifs principaux du projet consistent à saisir par voie électronique des données sur la stadification concertée (l'étendue de la tumeur au moment du diagnostic) fondées sur la population pour les cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate ainsi que de mettre en œuvre des outils pour produire des rapports pathologiques synoptiques dans la province, à l'aide des listes de vérification et des protocoles liés au cancer mis au point par le College of American Pathology (CAP). Les outils d'élaboration de rapports synoptiques du College of American Pathology offrent une méthode d'établissement des rapports concise et normalisée qui comprend toutes les données nécessaires pour la stadification exacte, les traitements et le diagnostic. L'utilisation des listes de vérification du College of American Pathology pour le cancer a été approuvée par l'Association canadienne des pathologistes et par l'Association des médecins de laboratoire du Nouveau-Brunswick en tant que norme sur les rapports relatifs aux échantillons pathologiques du cancer. L'adoption de la norme provinciale sur les rapports pathologiques garantira que les données requises relatives aux tumeurs et aux stades du cancer seront disponibles dans les rapports pathologiques pour faciliter le diagnostic et les décisions de traitement.

En 2011-2012, le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a fourni du financement supplémentaire et ces fonds ont été utilisés pour l'achat et l'installation d'outils électroniques dans le système d'information du laboratoire des hôpitaux à Edmundston, à Miramichi et du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont à Moncton. Il s'agit d'un ajout aux outils électroniques achetés et installés dans les systèmes d'information hospitaliers de laboratoire à Fredericton, Campbellton et Bathurst en 2010-2011. Le financement supplémentaire viendra également soutenir l'intégration du rapport de pathologie dans le dossier de santé électronique des cliniciens et du personnel affecté au registre du cancer afin qu'à l'avenir ils puissent regarder les rapports en temps réel.

A key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province is the enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs. In this regard, NBCN continued the planning work in 2011-12 for a provincial colon cancer screening program. Once implemented, the program is expected to have a significant positive impact on the burden of colorectal cancer, the 2nd most common cancer in the province. A multi-stakeholder steering committee, established in 2010, is providing guidance to NBCN for this program. The program is expected to be phased-in beginning in 2013-14 and be fully operational in the province in 2014-15.

The planning work also continued in 2011-12 for the implementation of a provincial Cervical Cancer Prevention and Screening (CCPS) program. The primary focus has been on the implementation of the program's new Clinical Practice Guidelines and foundational IT data repository, as well as the ongoing planning and development of the remaining cervical screening program elements. The evidence-based New Brunswick Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines, released in September, 2011, is assisting health care professionals and women in optimizing cervical screening practices across the province. Promotion, awareness and education of these guidelines to New Brunswick healthcare providers and the public will continue throughout 2012. Since July, 2011, the new CCPS Repository has been capturing all Pap test data in the province. The New Brunswick CCPS program is expected to be fully operational across the province in 2013-14. Aspects of the program will be integrated with the New Brunswick Colon Cancer Screening Program, currently under development.

NBCN continued its work with the New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS), a provincial population-based program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years and by physician referral for women outside this age range. The NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under NBCN) and the Regional Health Authorities. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The continued conversion to digital mammography at breast cancer screening sites in the province in 2011-12 is enhancing the NB BCSS efforts to increase the participation rate in breast cancer screening for women in the 50 – 69 target age group.

Pediatric oncology continues to be one of NBCN's priorities. The two pediatric oncology patient navigator positions, one in each of the two RHAs, are effectively assisting New Brunswick patients and families to manage through the health care system as smoothly as possible.

In 2011-12, NBCN continued its involvement with the national Joint Oncology Drug Review and its successor, the pan Canadian Oncology Drug Review (pCODR). These national processes for the review and recommendation of new cancer drugs is expected to improve the consistency and transparency of drug funding decisions across the country. The Provincial Oncology Formulary Advisory Committee, a collaborative process implemented by NBCN in January 2010, has been instrumental in

La priorité principale du réseau dans ses efforts visant la réduction du fardeau du cancer dans la province consiste à établir des programmes de dépistage et de prévention du cancer et à les améliorer. À cet égard, le réseau a poursuivi le travail de planification en 2011-2012 en vue d'un programme provincial de dépistage du cancer du côlon. Une fois qu'il sera instauré, le programme devrait avoir des répercussions positives importantes sur le fardeau que représente le cancer colorectal, qui est le deuxième cancer en importance dans la province. Un comité directeur multilatéral a été créé en 2010 pour donner des conseils au RCNB relativement à ce programme. Le programme devrait commencer à être mis en œuvre progressivement en 2013-2014 et être entièrement fonctionnel dans la province en 2014-2015.

Les travaux de planification se sont également poursuivis en 2011-2012 en vue de la mise en œuvre d'un système provincial de dépistage et de prévention du cancer du col de l'utérus. Le principal point de mire a été la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices en matière de pratique clinique et du dépôt de données des technologies de l'information du programme, ainsi que la planification continue et l'élaboration du reste des éléments du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin (col de l'utérus) au Nouveau-Brunswick, fondé sur des données probantes et publié en septembre 2011, aide les professionnels de la santé et les femmes à optimiser les pratiques de dépistage de ce cancer dans l'ensemble de la province. La promotion, la sensibilisation et l'éducation à l'égard de ce guide auprès des fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick et du public se poursuivront pendant toute l'année 2012. Depuis juillet 2011, toutes les données des tests Pap dans la province sont saisies dans le nouveau répertoire du programme de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce programme devrait être opérationnel partout dans la province en 2013-2014 et certains de ses aspects seront intégrés au programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, qui est actuellement en cours d'élaboration.

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour celles qui sont en dehors de cette plage d'âge. Le Service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (sous l'autorité du Réseau cancer Nouveau-Brunswick) et les régies régionales de la santé. La mammographie de dépistage est offerte dans seize établissements de la province. Le maintien de la conversion à la mammographie numérique dans les établissements de dépistage du cancer du sein dans la province en 2011-2012 renforce les efforts du service pour accroître le taux de participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes dans le groupe d'âge ciblé de 50 à 69 ans.

L'oncologie pédiatrique demeure l'une des priorités du réseau. Les deux postes d'intervenants-pivots en oncologie pédiatrique, un dans chacune des deux régies régionales de la santé, aident de manière efficace les patients du Nouveau-Brunswick et les familles à se diriger dans le système de soins de santé aussi aisément que possible.

En 2011-2012, le RCNB a poursuivi sa participation à l'examen national conjoint des médicaments oncologiques et son successeur, l'examen pancanadien des médicaments oncologiques (pCODR). Ces processus nationaux d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques devraient améliorer l'uniformité et la transparence des décisions de financement des médicaments dans l'ensemble du pays. Le Comité consultatif provincial sur le formulaire des médicaments oncologiques, un processus de collaboration mis en place par

developing funding recommendations provincially, with the goal of ensuring equity of access to cancer drugs in both RHAs.

The NB Provincial Cancer Registry (PCR), under the direction of NBCN and located in Saint John, continues to submit high quality patient and tumor information which is used for cancer surveillance and program planning and evaluation. The NB PCR was gold certified by the North American Association of Central Cancer Registries, Inc. (NAACCR) for data submitted for 2009. Two primary reasons for evaluating central cancer registry incidence data are to recognize population-based cancer registries that have achieved excellence in the areas of completeness of case ascertainment, data quality, and timeliness and to identify current and future resource and training needs. The NB PCR also provides data to support CPAC's System Performance Indicators and for the indicator "Stage at Diagnosis", greater than 90 per cent of all new incident cases were staged for the top four cancer sites (breast, colorectal, lung, and prostate) starting with 2010 cases.

In 2011-12, NBCN's epidemiological team began working on a new provincial report – New Brunswick Breast Cancer Screening Services Program Performance Indicators 1996-00. Similar to the Provincial Cancer Report 2002-2006 published in 2010, this will be another first report produced by NBCN. The report is expected to be released by the end of 2012.

The epidemiological team was actively involved in a number of national working groups designated to develop methodologies for cancer statistics and calculations and to train junior analysts across Canada (e.g., C-Span working group held by the Canadian Partnership Against Cancer). The team was also involved in several cancer-related research projects such as Pan Canadian Analysis of Breast Cancer Mortality in Breast Screening Program Participants (Public Health Agency of Canada). In addition, the team completed more than 20 different cancer data requests from various government sections, NGOs and researchers.

In 2011-12, NBCN continued to participate as a member of the System Performance National Steering Committee, convened by the Canadian Partnership Against Cancer to guide the National Cancer Control System Performance Initiative. The primary objective of this initiative is to identify and facilitate reporting of cancer control indicators across provincial jurisdictions and throughout the cancer control continuum. The third report, "The 2011 System Performance Report" on the status of cancer control in Canada was published in the fall of 2011.

Another key priority of NBCN is palliative care. In response to needs identified at an NBCN hosted forum on palliative care in December, 2010, an oncology education day for health care providers in New Brunswick was conducted in September 2011, in partnership with the Canadian Partnership Against Cancer. This education day was

le réseau en janvier 2010, a joué un rôle clé dans la formulation de recommandations en matière de financement à l'échelle de la province, dans le but d'assurer une égalité d'accès aux médicaments oncologiques dans les deux régions régionales de la santé.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, situé à Saint John et relevant du réseau, continue de présenter des renseignements de haute qualité sur les patients et les tumeurs, lesquels sont utilisés pour assurer un suivi de contrôle du cancer ainsi que la planification et l'évaluation du programme. Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick a reçu un certificat or de la North American Association of Central Cancer Registries Inc. (NAACCR) pour les données qu'il a présentées pour 2009. Les deux raisons principales d'évaluer les données d'incidence des registres centraux sur le cancer sont, premièrement, de reconnaître les registres sur le cancer fondés sur la population qui ont fait preuve d'excellence dans les domaines de détermination exhaustive des cas, de qualité des données et de rapidité de dépistage et, deuxièmement, de déterminer les besoins actuels et futurs en ressources et en formation. Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick fournit également des données à l'appui du système des indicateurs de rendement du Partenariat canadien contre le cancer et de l'indicateur « stadification au diagnostic »; la stadification de plus de 90 pour cent de tous les nouveaux cas incidents a été établie pour les quatre principaux types de cancer (sein, colorectal, du poumon et de la prostate) commençant par les cas de 2010.

En 2011-2012, l'équipe d'épidémiologie du réseau a commencé à travailler sur un nouveau rapport provincial intitulé Programme de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick – Indicateurs de rendement de 1996 à 2000. Semblable au Rapport provincial sur le cancer pour la période de 2002 à 2006, publié en 2010, il sera un autre premier rapport rédigé par le réseau. Le rapport devrait être publié d'ici la fin de 2012.

L'équipe d'épidémiologie a activement participé à plusieurs groupes de travail nationaux formés pour élaborer des méthodes de calcul et de statistiques sur le cancer et pour former des analystes débutants d'un bout à l'autre du Canada (p. ex. des groupes de travail sur l'étendue du cancer et sur les prévisions sur le cancer formés par le Partenariat canadien contre le cancer). L'équipe a également participé à plusieurs projets de recherche liés au cancer, comme l'étude pancanadienne de la mortalité liée au cancer du sein chez les participantes du programme de dépistage du cancer du sein (Agence de santé publique du Canada). De plus, l'équipe a répondu à plus de 20 demandes différentes de données sur le cancer présentées par différents secteurs gouvernementaux, des organisations non gouvernementales et des chercheurs.

En 2011-2012, le réseau a continué à apporter sa participation en tant que membre du comité national de direction sur le rendement du système, convoqué par le Partenariat canadien contre le cancer, afin de guider l'initiative sur le rendement du système national de lutte contre le cancer. Le principal objectif de cette initiative est de définir et de faciliter les rapports sur les indicateurs de contrôle du cancer dans les compétences provinciales et tout au long du continuum de la lutte contre le cancer. Le troisième rapport, intitulé « Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer », faisant état de la situation au Canada a été publié à l'automne 2011.

Une autre priorité clé du réseau est les soins palliatifs. Pour répondre aux besoins déterminés lors d'un forum sur les soins palliatifs organisé par le réseau, en décembre 2010, une journée d'éducation en oncologie s'adressant aux fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick a été tenue en septembre 2011, en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer.

presented in the context of piloting a regional education model titled Education in Palliative and End-of-Life Care™ - Oncology in Canada (EPECTM-O Canada) Program. This very successful event was attended by 110 participants with representatives of palliative care providers working in eight licensed professions and other key providers working in the hospital and community settings (including nursing homes and residential hospice). A second education day providing more content from the EPECTM-O Canada Program is being planned, in partnership with CPAC, for the fall 2012.

As a second response to the palliative care forum of 2010, an interdivisional group within the Department of Health reviewed palliative care service delivery and needs in the province and it was subsequently decided that a multi-stakeholder advisory committee be established in 2012-13 to propose a palliative care strategy for New Brunswick.

With respect to cancer research, the NBCN has been involved with the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health (PATH) on a national research project exploring the interplay of genetics, the environment, lifestyle, and behavior on cancer. The study will follow the health of approximately 300,000 Canadian volunteers for about 30 years. By March 31, 2012 approximately 7,500 New Brunswick residents had participated in the study.

Cancer clinical trials is an important aspect of research taking place at a number of hospitals in the province. In an effort to increase awareness of cancer clinical trials, NBCN is working collaboratively on an initiative with other provincial cancer agencies and the Canadian Partnership Against Cancer. The initiative has resulted in the creation of a web-based portal listing of all cancer clinical trials being conducted across the country (www.cancerviewcanada.ca), searchable by several parameters including province, tumour type and drug.

In 2011-12, NBCN continued to participate on various provincial, regional and national oncology initiatives, such as committees, networks, working groups and meetings, to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country. This included participation on numerous committees and working groups of the Canadian Partnership Against Cancer. NBCN was also involved with the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA), the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON), and the Canadian Breast Cancer Screening Initiative under the Public Health Agency of Canada. NBCN continued to be engaged with cancer stakeholders such as the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society, the NB Hospice Palliative Care Association, the Canadian Breast Cancer Foundation, and the NB Breast and Women's Cancer Partnership. NBCN continued its involvement with the NB Surgical Care Network in 2011-12. As well, NBCN personnel continued to Chair the provincial MIS Medical Oncology and Radiation Oncology Professional Advisory Groups.

In 2011-12, NBCN continued to be actively involved in ensuring that New Brunswick meets or exceeds nationally recognized benchmarks related to access to cancer services and wait times:

Cette journée de formation a été présentée dans le contexte de mise à l'essai d'un modèle d'enseignement régional intitulé programme Education in Palliative and End-of-Life Care™ - Oncology in Canada (EPEC®-O Canada). À cet événement très réussi ont participé 110 personnes, dont des représentants des fournisseurs de soins palliatifs dans huit professions agréées et d'autres importants fournisseurs dans les secteurs hospitalier et communautaire (notamment les foyers de soins et en milieu résidentiel). Une deuxième journée éducative, avec davantage de contenu provenant du programme EPECTM-O Canada est prévue, de concert avec le Partenariat canadien contre le cancer, pour l'automne 2012.

En guise de deuxième réponse au forum sur les soins palliatifs de 2010, un groupe interdivisionnel du ministère de la Santé a examiné la prestation des services de soins palliatifs et les besoins dans la province; à la suite de cet examen, il a été décidé de former, en 2012-2013, un comité consultatif regroupant plusieurs intervenants pour proposer une stratégie en la matière pour le Nouveau-Brunswick.

En ce qui concerne la recherche sur le cancer, le réseau a participé, conjointement avec le Partenariat pour un avenir en santé (La VOIE atlantique), à un projet de recherche national dont l'objectif est d'étudier l'influence réciproque de la génétique, de l'environnement, du mode de vie et des comportements sur le cancer. L'étude suivra l'état de santé d'environ 300 000 Canadiens volontaires pendant environ 30 ans. Au 31 mars 2012, environ 7 500 résidents du Nouveau-Brunswick participaient à l'étude.

Les essais cliniques sur le cancer sont un aspect important de la recherche qui est en cours dans de nombreux hôpitaux de la province. En vue d'accroître la sensibilisation aux essais cliniques sur le cancer, le Réseau cancer Nouveau-Brunswick travaille à une initiative en collaboration avec d'autres organismes provinciaux de lutte contre le cancer et le Partenariat canadien contre le cancer. L'initiative a mené à la création d'un portail Web présentant une liste de tous les essais cliniques sur le cancer qui sont en cours dans l'ensemble du pays (www.cancerviewcanada.ca), sur lequel les recherches peuvent être effectuées avec plusieurs paramètres, par exemple la province, le type de tumeur et le médicament.

En 2011-2012, le RCNB a continué de participer à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en oncologie, notamment à des comités, des réseaux, des groupes de travail et des réunions, pour contribuer aux politiques et à l'élaboration de stratégies relatives au cancer partout au Canada. Dans ce cadre, il a participé à de nombreux comités et groupes de travail du Partenariat canadien contre le cancer. Le RCNB a aussi œuvré avec l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC), le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA) et l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein sous l'égide de l'Agence de santé publique du Canada. Le RCNB a continué d'être actif auprès des intervenants dans le domaine, comme la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer, la New Brunswick Hospice Palliative Care Association, la Fondation canadienne du cancer du sein et le partenariat du cancer du sein et des cancers féminins du Nouveau-Brunswick. Le RCNB a poursuivi son engagement dans le Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick en 2011-2012. De même, le personnel du RCNB a continué de présider les groupes consultatifs professionnels du SIG sur l'oncologie médicale et la radiothérapie à l'échelle provinciale.

En 2011-2012, le RCNB a veillé activement à ce que le Nouveau-Brunswick satisfasse ou dépasse les points de référence reconnus à l'échelle nationale pour l'accès aux services de lutte contre le cancer et les délais d'attente :

Wait time benchmark in radiation therapy (patients to receive radiation therapy within four weeks of being ready-to-treat): In 2011-12, on average 94 percent of New Brunswick patients received radiation therapy within four weeks. Wait times in radiation therapy are reported publicly via the NBCN website.

Cervical cancer screening benchmark: the national benchmark for cervical cancer screening is being reviewed. A provincial Cervical Cancer Prevention and Screening Program is expected to be fully operational in 2013-14.

Breast cancer screening benchmark (70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years): For the NB Breast Cancer Screening Services (NB BCSS), the most current two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2008 to March 31, 2010 was 55 per cent (see Figure 3). NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the 70 per cent benchmark. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent. In New Brunswick, data from 1989 to 2010 showed that the age-standardized mortality rate of female breast cancer significantly decreased by 2.3 per cent annually.

Figure 3 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2008-09 and 2009-10

Zone	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1 Moncton	14,715	25,679	57.30%
<i>1B</i>	5,178		
<i>1SE</i>	9,537		
2 Saint John	11,823	22,316	52.98%
3 Fredericton	11,276	20,900	53.95%
4 Edmundston	4,046	7,127	56.77%
5 Campbellton	2,181	4,149	52.57%
6 Bathurst	5,732	12,040	47.61%
7 Miramichi	4,403	6,295	69.94%
NB	54,176	98,505	55.00%

Source – NBCN using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

Point de référence pour les délais d'attente en radiothérapie (patients devant suivre une radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement) : en 2011-2012, 94 pour cent des patients en moyenne au Nouveau-Brunswick ont reçu une radiothérapie dans un délai de quatre semaines. Les délais d'attente en radiothérapie sont signalés au public par le site Web du RCNB.

Point de référence de dépistage du cancer du col de l'utérus : le point de référence national pour le dépistage du cancer du col utérin est actuellement à l'examen. Un programme provincial de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait être complètement opérationnel en 2013-2014.

Point de référence du dépistage du cancer du sein (taux de participation de 70 pour cent au dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans) : dans les services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, le taux moyen provincial de participation tous les deux ans le plus récent chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2010, était de 55 pour cent (voir la Figure 3). Le RCNB continue de faire les efforts pour que le service de dépistage atteigne le point de référence de 70 pour cent, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent. Au Nouveau-Brunswick, les données disponibles de 1989 à 2010 indiquaient que le taux de mortalité standardisé selon l'âge des femmes atteintes d'un cancer du sein avait significativement diminué de 2,3 pour cent annuellement.

Figure 3 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2008-2009 et 2009-2010

Zone	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 Moncton	14 715	25 679	57,30 %
<i>1B</i>	5 178		
<i>1SE</i>	9 537		
2 Saint John	11 823	22 316	52,98 %
3 Fredericton	11 276	20 900	53,95 %
4 Edmundston	4 046	7 127	56,77 %
5 Campbellton	2 181	4 149	52,57 %
6 Bathurst	5 732	12 040	47,61 %
7 Miramichi	4 403	6 295	69,94 %
N.-B.	54 176	98 505	55,00 %

Source : RCNB à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2011-12, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Under the oversight and guidance of the Provincial Health Emergency Preparedness Steering Committee, and in collaboration with Department of Health, Horizon Health Network, Vitalité Health Network, Ambulance New Brunswick and FacilicorpNB emergency management officials, continued to develop and/or update the following preparedness plans, guides and protocols:
 - Updated the provincial emergency preparedness 5-year strategic action plan.
 - Continued work with updating the provincial Health Emergency Management Plan (HEMP) in accordance with the new health system structure and organization. The HEMP is aimed at prescribing the organization and measures to be implemented when responding to an emergency situation with possible or actual health impacts on New Brunswick.
 - In collaboration with the New Brunswick Emergency Measures Organization, NB Power, Health Networks, Ambulance NB and federal and provincial government departments, developed and finalized the provincial nuclear health emergency plan.
 - Commenced work to develop a provincial hazard, risk and vulnerability assessment of the provincial health system.

Commenced work to update and further develop

Services de gestion des interventions d'urgence en santé

Le ministère s'assure que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de la circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme la pandémie d'influenza ou les accidents faisant un grand nombre de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées. Les Services de gestion des interventions d'urgence en santé fournissent une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en améliorant constamment les programmes.

La mission des Services de gestion des interventions d'urgence en santé consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres ordres de gouvernement et du grand public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2011-2012, les Services de gestion des interventions d'urgence en santé ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Sous la supervision et la direction du Comité directeur provincial des mesures d'urgence en santé et en collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence du ministère de la Santé, de Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité, d'Ambulance Nouveau-Brunswick et de FacilicorpNB, les Services ont continué à élaborer ou à mettre à jour les plans, les guides et les protocoles de préparation suivants :
 - Mise à jour du plan d'action stratégique quinquennal de mesures d'urgence provinciales.
 - Les travaux de mise à jour du Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé (PGIUS) se sont poursuivis, en accord avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation du système de santé. Le Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé vise à déterminer l'organisation et les mesures à mettre en œuvre au moment de réagir à une situation d'urgence ayant des répercussions éventuelles ou réelles sur la santé au Nouveau-Brunswick.
 - En collaboration avec l'Organisation des mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick, Énergie NB, les réseaux de santé, Ambulance Nouveau-Brunswick et des ministères fédéraux et provinciaux, élaboration et achèvement du plan provincial de la santé en cas d'urgence nucléaire.
 - Début du travail d'élaboration d'une analyse des dangers, des risques et des vulnérabilités du système provincial de la santé.

Début des travaux de mise à jour et poursuite de

the provincial health system decision support system tool and operational protocol.

- Commenced work to develop an education and training framework for the provincial emergency management program.
- Continued development of a provincial CBRNE (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosive) contingency plan.
- Developed a provincial exercise manual.
- Collaborated with other provinces, territories and the Public Health Agency of Canada's Center for Emergency Preparedness and Response on a number of pan-Canadian initiatives, including the health emergency mutual aid / surge capacity support and operational framework, pan-Canadian risk assessment tool and all-hazards emergency response plan.
- Continued work in developing a Department of Health duty officer training protocol and program for the Department of Health.
- Collaborated with the New Brunswick Emergency Measures Organization, NB Power, Health Networks, Ambulance NB and federal and provincial government departments to develop capability / capacity and deliver a training program for health first responders / first receivers to respond in a nuclear (Point Lepreau Generating Station) emergency.
- Participated in the design and implementation of a provincial nuclear emergency (Point Lepreau Generating Station) exercise program. The scope of the exercises included a full activation of the provincial and regional Health Emergency Management Plans. Exercises included a provincial government level Table Top Exercise, full scale functional exercises covering alert and notification, casualty simulation, evacuation and reception centre scenarios.
- Continued work with updating the Business Continuity Plan for the department to ensure the department maintains critical services during a disaster and to provide protection of corporate assets.
- Collaborated with other departments of government and the New Brunswick Emergency Measures Organization to ensure that the department's emergency management planning efforts are integrated into the larger government-wide plan.
- Continued to focus on building capacity, developing contingency plans and building strong partnerships with other agencies and departments involved in emergency response.

Pandemic Planning and Response

The most significant hazardous event that the province will face is pandemic influenza. Pandemic influenza preparedness planning in New Brunswick, as in all the provinces and territories, continues at both the provincial and regional levels. The goal of this planning effort is to minimize serious illness, overall deaths, and societal disruption among New Brunswickers by providing access to appropriate prevention, care and treatment.

l'élaboration d'un outil d'aide à la décision et d'un protocole opérationnel du système provincial de la santé.

- Début du travail d'élaboration d'un cadre de travail sur l'éducation et la formation à l'égard du programme provincial de gestion des situations d'urgence.
- Poursuite de l'élaboration d'un plan d'urgence provincial à l'égard des agents CBRNE (chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs).
- Élaboration d'un manuel d'exercices provincial.
- Collaboration avec d'autres provinces et territoires ainsi qu'avec le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada, sur un certain nombre d'initiatives à l'échelle pancanadienne, notamment la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique, un outil d'évaluation du risque et un plan d'intervention dans des situations d'urgence tous risques.
- Poursuite des travaux d'élaboration d'un protocole et d'un programme de formation de l'agent de service du ministère de la Santé et du ministère même.
- Collaboration avec l'Organisation des mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick, Énergie NB, les réseaux de santé, Ambulance Nouveau-Brunswick et des ministères fédéraux et provinciaux pour développer et mettre au point des capacités et un programme de formation à l'intention des premiers intervenants et le personnel d'accueil pour intervenir en cas d'incident nucléaire (Centrale nucléaire de Pointe Lepreau) en cas d'urgence.
- Participation à la conception et à la mise en œuvre d'un programme provincial d'exercices en cas d'urgence nucléaire (centrale nucléaire de Pointe Lepreau). La portée des exercices a compris une activation complète des plans de gestion des urgences en santé à l'échelle provinciale et régionale. Également, un exercice sur table à l'échelle du gouvernement, des exercices fonctionnels à grande échelle couvrant une simulation des alertes et des avertissements, de blessés, d'évacuation et du centre de réception.
- Poursuite des travaux de mise à jour du plan de continuité des activités pour le ministère afin de veiller au maintien des services critiques ministériels lors d'une catastrophe et à la protection des biens gouvernementaux.
- Collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence du Nouveau-Brunswick pour s'assurer que les efforts de planification du ministère en matière de gestion des situations d'urgence sont intégrés au plan gouvernemental.
- Concentration continue des efforts sur le renforcement des capacités, l'élaboration de plans d'urgence et la création de solides partenariats avec d'autres organismes et ministères participant aux interventions d'urgence.

Planification et intervention en cas de pandémie

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification en cas de pandémie d'influenza au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les provinces et tous les territoires, se poursuit à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale. Le but de cette planification est de minimiser les maladies graves, le nombre global de décès et la perturbation sociale chez les Néo-Brunswickois en assurant un accès à des soins, à des traitements et à des services de prévention appropriés.

Realizing that the pandemic will affect all sectors of health care, and in keeping with the departmental “all hazards” approach to emergency planning, a comprehensive provincial pandemic preparedness planning structure and work plan has been developed to guide the effort and to enhance communication, coordination and information flow among the various stakeholders.

- Continued to work with regional health networks, Ambulance New Brunswick, FacilicorpNB and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning and response.
- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued with the development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan and the following annexes:
 - First Nations, Communications, TeleCare, Critical Care, Public Health (Surveillance, Anti-viral, Public Health Measures & Messaging, Vaccines) and Laboratory Annexes.
- Continued oversight and on-going maintenance of the provincial emergency (pandemic) stockpile management program.
- Continued to update and refine protocols and operational requirements associated with the provincial stockpile, in accordance with national and provincial assumptions.

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department’s programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the Department’s Web site www.gnb.ca/health

Other services include:

- Issues management
- Legislative and ministerial support
- Development and production of educational and promotional materials
- Social marketing
- Crisis communications management
- Web site management
- Advertisement
- Speech and news release writing
- Graphic design
- Media monitoring
- Project management
- Editing and revising
- Emergency preparedness planning

Health Business and Technology Solutions

In December of 2011, there was an amalgamation of the E-Health Branch and the Information Technology Services Branch within the department. The Branch was re-named Health Business and Technology Solutions.

En tenant compte du fait que la pandémie touchera tous les secteurs des soins de santé, et conformément à l’approche du ministère pour tous les dangers en matière de planification d’urgence, une structure de planification provinciale globale en cas de pandémie et un plan de travail ont été établis pour orienter les efforts et améliorer la coordination des communications et la circulation de l’information entre les divers intervenants.

- Poursuite du travail avec les réseaux des régies régionales de la santé, Ambulance Nouveau-Brunswick, FacilicorpNB et d’autres intervenants clés sur la planification de la préparation et l’intervention en cas de grippe pandémique.
- Sous la supervision et la direction du Comité directeur provincial de préparation à la pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la grippe pandémique et des annexes suivantes :
 - Premières Nations, Communications, Télé-Soins, soins intensifs, Santé publique (surveillance, antiviraux, mesures et messages de Santé publique, vaccins) et laboratoires.
- Poursuite de la surveillance et maintien constant du programme provincial de gestion des réserves en cas d’urgence (pandémie).
- Poursuite de la mise à jour et de la mise au point des protocoles et des exigences liés à la réserve provinciale, conformément aux hypothèses nationales et provinciales.

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s’occupe des relations avec les médias, en veillant à ce que le public ait accès à l’information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et est chargée de la mise à jour du site Web du ministère (www.gnb.ca/santé).

Autres services offerts :

- gestion des enjeux;
- soutien législatif et ministériel;
- préparation et production du matériel pédagogique et • promotionnel;
- marketing social;
- gestion des communications en situation de crise;
- gestion du site web;
- publicité;
- rédaction de discours et de communiqués;
- conception graphique;
- relevé des nouvelles;
- gestion de projet;
- travail éditorial et révision;
- planification des mesures d’urgence.

Solutions opérationnelles et technologiques en santé

En décembre 2011, la direction de la Cybersanté et la Direction des services de technologie de l’information ont été fusionnées au sein du ministère. La nouvelle direction a été nommée Solutions opérationnelles et technologiques en santé.

The mission of the Health Business and Technology Solutions Branch is to facilitate a sustainable, high performing healthcare system through the effective and efficient design, implementation and operations of business and technology solutions.

The structure of the new branch represents an alignment of services and resources to create maximum value for our customers and the Department of Health while promoting a culture of teamwork and accountability.

The Health Business and Technology Solutions Branch will function as one entity with matrix teams supporting key initiatives and strategies within the Branch. Three units will support employees in their day to day operations and work plans; the Enterprise Solutions Unit, the Development and Delivery Unit and the One Patient One Record Business Team. High level roles of the units are as follows:

The Enterprise Solutions Unit is responsible for the design and monitoring of technology solutions that meet the needs of health programs and services. This includes responsibility for the quality framework and standards, enterprise technology blueprint and infrastructure support and services. In addition, information services such as help desk and hardware and software management fall under this unit. This unit is managed by the Director of the Enterprise Solutions.

The Development and Delivery Unit is responsible for the analysis of business requirements for technology solutions, investment portfolio management, project management services, development and implementation of systems and application management and support. This unit is managed by the Director of the Development and Delivery.

The One Patient One Record Business Team is responsible for the ongoing business operations and evolution of the Electronic Health Record, the Diagnostic Imaging Repository, Rhapsody Integration and the OPOR Registries Unit including the Client Registry. The OPOR Team works collaboratively with health stakeholders to provide leading edge service delivery in healthcare.

All work of the Health Business and Technology Solutions Branch is supported by the Financial and Contract Support team as well as the Enterprise Architect and the Information Security Officer.

The Enterprise Architect is responsible for the strategic direction and support of all technology solutions whereas the Information Security Officer is responsible for managing and communicating the department's information security risk profile through policy and technical solutions.

Infrastructure, Application Support and Maintenance Activities

Over the past year, the branch has focused its support and maintenance efforts on application releases, technology enhancements, and process improvements in the areas of application security testing, request management, and change management. The branch also worked with the

La mission de la Direction des solutions opérationnelles et technologiques en santé consiste à faciliter un système de santé hautement performant, durable grâce à la conception, à la mise en œuvre et à l'exploitation efficaces et efficientes de solutions fonctionnelles et technologiques.

La structure de la nouvelle direction traduit une harmonisation des services et des ressources visant à obtenir une valeur optimale pour nos clients et le ministère de la Santé tout en faisant la promotion d'une culture de travail d'équipe et de responsabilisation.

La Direction des solutions opérationnelles et technologiques en santé fonctionnera comme une seule entité dont les équipes centralisées et pluridisciplinaires soutiendront ses principales initiatives et stratégies. Trois unités soutiendront les employés dans leurs activités quotidiennes et leurs plans : l'unité de solutions d'entreprise, l'unité d'élaboration et de prestation et l'équipe opérationnelle Un patient, un dossier. Les rôles de direction des unités sont comme suit :

L'unité des solutions d'entreprise est chargée de la conception et de la surveillance de solutions technologiques qui répondent aux besoins des programmes et des services de santé. Sa responsabilité comprend le cadre de travail et les normes en matière de qualité, le plan détaillé de la technologie d'entreprise ainsi que les services et le soutien de l'infrastructure. En outre, la responsabilité des services d'information, comme le centre de dépannage, la gestion du matériel et des logiciels, incombe à cette unité. Cette unité est gérée par le directeur, Solutions d'entreprise.

L'Unité d'élaboration et de prestation est responsable de l'analyse des besoins d'affaires pour les solutions technologiques, la gestion de portefeuille d'investissement, les services de gestion de projet, le développement et la mise en œuvre de systèmes ainsi que la gestion et le support des logiciels. Cette unité est gérée par le directeur de l'Unité d'élaboration et de prestation.

L'équipe opérationnelle Un patient un dossier est chargée de la continuité des opérations et l'évolution du dossier de santé électronique, du dépôt d'imagerie diagnostique, du moteur d'intégration Rhapsody, de l'Unité registres – Un patient un dossier, y compris le registre de la clientèle. L'Équipe opérationnelle Un patient un dossier travaille en collaboration avec les intervenants en santé afin de fournir une prestation de services de soins de santé de pointe.

Tout le travail de la Direction des solutions d'affaires et technologies sur la santé est appuyé par l'Unité du soutien financier et des contrats, ainsi que l'Unité de l'architecte d'entreprise et l'Unité de sécurité de l'information.

L'architecte d'entreprise est responsable de l'orientation stratégique et du soutien de toutes les solutions technologiques, tandis que l'agent de sécurité de l'information est responsable de gérer et de communiquer le profil de risque à la sécurité de l'information du ministère au moyen de politiques et de solutions techniques.

Infrastructure, soutien aux applications et activités de maintenance

Au cours de la dernière année, la direction a concentré ses efforts de soutien et de maintenance sur la diffusion des applications et l'amélioration de la technologie et du processus dans les domaines de tests de la sécurité des applications, de gestion des demandes et de gestion des changements. La direction a aussi travaillé

New Brunswick Internal Services Agency and FacilicorpNB to begin planning for the transfer of selected information technology services; planning is on-going.

Technical infrastructure initiatives this year included: expanding capacity of the virtualization infrastructure, implementation of shared infrastructure for a group of applications, new server rack cabling designs, and a dedicated backup tape pool. Application releases or upgrades for this year included: Surgical Access Registry (new business intelligence reporting and public website redesign); Workload Measurement System (updated dictionary functionality and troubleshooting reports); Client Service Delivery System (new assessments and reports); Ambulance Services (new reports); Health Data Repositories (revisions for linkages to the new Medicare system); Cancer Registry Information System (software version upgrade); and, Service Provider Database (updates to multiple association registration forms).

Project Initiatives Completed in 2011-12

Cervical Cancer Screening

Implementation of a provincial screening program for cervical cancer including the development and implementation of a central registry for cervical cancer. It involves screening with integration between regional health authorities and provincial health systems.

Electronic Medical Records Planning (EMR)

Electronic Medical Records are practice-based computer applications which provide a longitudinal collection of patient information. Phase I of this project was working with the New Brunswick Medical Society (NBMS) to develop an EMR Program plan. This will serve as an integrated blueprint for an EMR solution implementation.

Service Provider Database

The Service Provider collects administrative information for various health professional associations in the province. Changes were made where health professionals were granted access to the application to manage their own information, starting with the Paramedics.

Pink Sheet

This project implemented a provincial wide decision support/reminder tool known as the 'pink sheet' to support primary care providers in the appropriate management of glycemic control in patients with diabetes. This report is generated and distributed by the lab, to ordering physicians, when the patient's results are above normal ranges for A1Cs. This "Pink Sheet" includes an historical log of the most recent previous five years of data on all past A1Cs as well as a statement identifying best practice evidence.

avec l'Agence des services internes du Nouveau-Brunswick et FacilicorpNB en vue d'entreprendre la planification du transfert de certains services de technologie de l'information; la planification est en cours.

Cette année, les initiatives visant l'infrastructure technique incluaient : l'accroissement de la capacité de l'infrastructure virtuelle, la mise en œuvre d'une infrastructure partagée pour un groupe d'applications, une nouvelle conception pour le casier de câblage du serveur et un groupe de bandes de sauvegarde spécialisées. Les applications qui ont été diffusées ou mises à jour cette année comprennent notamment : le Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux (production de rapports sur les nouveaux renseignements stratégiques et reconception du site Web public); le système d'évaluation de la charge de travail (mise à jour des fonctions des dictionnaires et rapports de diagnostics de pannes); le système de prestation de services aux clients (nouvelles évaluations et rapports); les services d'ambulance (nouveaux rapports); les dépôts de données sur la santé (révision des liens au nouveau système d'assurance-maladie); le système d'information relatif au registre du cancer (mise à jour de la version électronique); et la base de données sur les fournisseurs de services (mises à jour des nombreux formulaires d'inscription des associations).

Initiatives de projets achevées en 2011-2012

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Mise en œuvre d'un programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris la création et la mise en œuvre d'un registre central du cancer du col de l'utérus. Le dépistage s'effectue en favorisant l'intégration entre les régies régionales de la santé et les systèmes provinciaux de la santé.

Planification des dossiers médicaux électroniques (DME)

Le dossier médical électronique est une application informatique fondée sur la pratique qui fournit des renseignements longitudinaux sur un patient. Au cours de la phase I de ce projet, les intervenants ont travaillé avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) pour élaborer un plan de programme pour les dossiers médicaux électroniques. Il servira de plan détaillé intégré pour une mise en œuvre de la solution pour les dossiers médicaux électroniques.

Base de données sur les fournisseurs de services

Dans cette base de données sont colligés des renseignements administratifs sur diverses associations de professionnels de la santé dans la province. Des changements ont été apportés là où les professionnels de la santé ont obtenu l'accès à l'application pour qu'ils puissent gérer leurs propres renseignements, en commençant par les travailleurs paramédicaux.

Feuille rose

Dans ce projet, on a mis en œuvre, à l'échelle provinciale, un outil de soutien et de rappel à la décision connu sous le nom de « feuille rose » visant à soutenir les fournisseurs de soins primaires dans la gestion appropriée du contrôle glycémique chez les patients atteints de diabète. Ce rapport est généré et distribué par le laboratoire aux médecins prescripteurs, lorsque les résultats A1C du patient sont au-dessus de la normale. Cette « feuille rose » présente un registre historique des données les plus récentes des cinq années sur tous les A1C antérieurs ainsi qu'un énoncé des meilleures pratiques fondées sur les faits probants.

Project Initiatives Underway in 2011-12

National Staging Initiative – Synoptic Reporting

This project involves the implementation of a standardized Pathology Synoptic Reporting tool that captures data in a checklist format for lung, breast, colorectal and prostate cancers. As well it will integrate this information with the EHR to deliver cancer pathology information to clinicians and cancer surveillance personnel. This will be fully implemented by the end of fiscal 2012-13.

Drug Information System

The Drug Information System will allow automatic drug and drug-interaction checks and add the information to the patient's electronic health record. The system will provide physicians and pharmacists with data to support appropriate and accurate prescribing and dispensing. Implementation will occur in 2013-14.

Improving Practices in Addiction Services

Two priority areas for an Addiction Services information system are currently underway:

- The Best Practices in Information Systems – environmental scan and needs assessment in preparation for the implementation of a provincial Addiction Services Information System;
- Implementation of the new clinical and monitoring tools with newly developed training manuals using a train the trainer approach to train addiction and allied health professionals.

Implementation will occur in 2012-13.

Colorectal Cancer Screening

The Department of Health is developing a provincial population-based Colorectal Cancer Prevention and Screening program. The goal is to reduce the number of deaths from colon cancer in New Brunswick. The screening program will be designed to help detect cancer and pre-cancerous growths in New Brunswickers aged 50-74 years. Information technology is required to support the screening program. Implementation will occur in 2012-13.

Electronic Communication for Physicians

Electronic Communication for Physicians will allow New Brunswick physicians to directly access their bi-monthly physician statements electronically, thus avoiding the need to print the statements and mail them out via Canada Post. Implementation will occur in 2012-13.

Radiology Billing

Radiology Billing will change how Radiology and Nuclear Medicine services are billed and paid within the health system. Currently bills are submitted for payment in batches, on a monthly basis and entered into a manual payment system. The new electronic system will

Initiatives de projets en cours en 2011-2012

Initiative nationale de stadification – production de rapports synoptiques

Ce projet comporte la mise en œuvre d'un outil de création de rapports synoptiques normalisés pour chaque pathologie qui saisit les données dans une liste de vérification en cas de cancer des poumons, du sein, colorectal et de la prostate. De plus, il intégrera cette information dans le dossier de santé électronique afin de fournir des données sur les pathologies cancéreuses aux cliniciens et au personnel chargé du suivi de contrôle du cancer. Ce projet sera entièrement mis en œuvre d'ici la fin de l'exercice 2012-2013.

Système d'information sur les médicaments

Le système d'information sur les médicaments permettra d'effectuer automatiquement des vérifications d'interaction entre les médicaments et d'ajouter l'information au dossier de santé électronique du patient. Le système fournira des données aux médecins et aux pharmaciens pour favoriser une prescription et une exécution exactes et pertinentes d'une ordonnance. Ce projet sera mis en œuvre en 2013-2014.

Amélioration des pratiques au sein des Services de traitement des dépendances

Deux priorités pour le système de services de traitement des dépendances sont en cours :

- les meilleures pratiques en matière de systèmes d'information : analyse conjoncturelle et évaluation des besoins afin de préparer la mise en œuvre d'un système provincial d'information des services de traitement des dépendances;
- mise en œuvre des nouveaux outils cliniques et de surveillance, et emploi de nouveaux manuels de formation fondés sur une démarche de formation des formateurs pour la formation des professionnels de la santé complémentaires et de professionnels du traitement des dépendances.

Ces deux priorités seront mises en œuvre en 2012-2013.

Dépistage du cancer colorectal

Le ministère de la Santé est à mettre en place un programme provincial de prévention et de dépistage du cancer colorectal fondé sur la population. L'objectif est de réduire le nombre de décès causés par le cancer colorectal au Nouveau-Brunswick. Le programme de dépistage sera conçu de manière à aider la détection du cancer et des masses précancéreuses chez les Néo-Brunswickois âgés de 50 à 74 ans. Les services de technologie de l'information sont requis pour soutenir le programme de dépistage. Ce programme sera mis en œuvre en 2012-2013.

Système de communication électronique pour les médecins

Ce système permettra aux médecins du Nouveau-Brunswick d'avoir directement accès à leurs formulaires de réclamation deux fois par mois par voie électronique, évitant ainsi le besoin de les imprimer et de les poster par Postes Canada. Ce programme sera mis en œuvre en 2012-2013.

Facturation des services de radiologie

Les façons de facturer et de payer tant les services de radiologie que ceux de médecine nucléaire changeront au sein du système de santé. À l'heure actuelle, les factures sont présentées par lots tous les mois et sont entrées dans un système de paiement manuel. Le nouveau système électronique donnera aux zones des régies

provide the RHA zones with the capability to submit bills electronically, and will enable the Medicare system to monitor, adjudicate and/or audit the billing.

régionales de la santé la capacité de soumettre des factures par voie électronique et au système de l'Assurance-maladie d'en faire le suivi, l'approbation ou la vérification.

Annual Report Financial Review (Projects)/ Examen financier du rapport annuel (projets)						
	FY 09-10/ EF-2009-2010		FY 10-11/ EF 2010-2011		FY 11-12/ EF 2011-2012	
	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTAUX	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE
Drug Information System/ Système d'information sur les médicaments	5,016.9	2,340.6	6,619.8	3,495.1	2,589.2	1,372.3
Electronic Medical Record Planning (EMR)/ Planification des dossiers médicaux électroniques (DME)	-	-	217.2	202.6	120.3	92.8
National Staging Initiative - Synoptic Reporting/ Initiative nationale de stadification – production de rapports synoptiques	579.7	579.7	296.0	292.0	463.5	463.5
Cervical Cancer Screening/ Dépistage du cancer du col de l'utérus	536.7	-	621.1	-	184.7	-
Colorectal Cancer Screening/ Dépistage du cancer colorectal	-	-	53.4	-	228.2	-
Improving Practices in Addictions Services / Amélioration des pratiques au sein des Services de traitement des dépendances	131.8	130.0	530.4	561.1	988.8	988.8
Radiology Billing/ Facturation des services de radiologie	-	-	-	-	35.8	
Pink Sheet/ Feuille rose	-	-	-	-	40.2	
TOTALS/TOTAUX	\$6,265.1	\$3,050.3	\$8,337.9	\$4,550.8	\$4,650.7	\$2,917.4

Contract Management and Corporate Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: facilities management, purchasing, records and information management, contract management, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

The branch has focused its efforts over the last year on implementation of the provincial Print Optimization initiative, procurement process enhancements and various facilities management activities.

Official Languages

Official Languages Action Plan

The Department of Health has developed an Official Languages Action Plan to ensure the delivery of services in both official languages to all New Brunswickers. This plan includes strategic means for each of the four sectors of activity (focus) found in the Government Plan on Official Languages 2011-13.

Report

Focus 1: Language of Service

The department had made the government iLearn module on official languages mandatory and its use is monitored to ensure that all employees have gone through the module.

As well, information sessions have been held to inform all employees of their obligations under the *Official Languages Act* and policies.

Horizon Health Network and Vitalité Health Network have also developed Action Plans. The health networks face a serious challenge as it is difficult to recruit enough bilingual staff specialized in the health field for such large organizations. However, great strides have been made and the Department of Health continues to support their initiatives in serving the public in both official languages.

Linguistic profiles have been prepared by both health networks and will be updated on a regular basis.

For the fiscal year 2011-12, a total of twelve (12) complaints were received concerning official languages in the Department of Health, Vitalité Health Network, Horizon Health Network, Facilicorp, Ambulance NB and the New Brunswick Health Council.

Of these twelve, two were withdrawn, and eight were closed within the year. Two are still active.

Focus 2: Language of Work

Language of work information sessions have been held on the language of work within Part I and supervisors have been informed to encourage their employees to work in their language of choice.

Gestion des contrats et services de soutien ministériels

La direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des installations, les achats, la gestion des archives et de l'information, la gestion des contrats, la bibliothèque du ministère, les services de traduction et d'interprétation, la téléphonie, la gestion des véhicules, les cartes d'identité, les salles de courrier, la sécurité, le stationnement, les photocopies et l'inventaire des biens. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

La direction a concentré ses efforts au cours de la dernière année sur la mise en place du Projet d'optimisation de l'impression, d'améliorations au processus d'approvisionnement et de différentes activités des améliorations et des installations pour diverses activités de gestion des installations.

Langues officielles

Plan d'action des langues officielles

Le ministère de la Santé a élaboré un plan d'action des langues officielles visant à assurer la prestation des services dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. Ce plan comprend des éléments stratégiques pour chacun des quatre secteurs d'activités (axes) qui se trouvent dans le plan sur les langues officielles 2011-2013 du gouvernement.

Rapport

Axe 1 : Langue de service

Le ministère a rendu obligatoire le module de formation iLearn sur les langues officielles du gouvernement et veille à ce que tous les employés aient suivi cette formation.

En outre, des séances d'information ont été tenues pour informer tous les employés de leurs obligations en vertu de la *Loi sur les langues officielles* et des politiques.

Le réseau de santé Horizon et le réseau de santé Vitalité ont également élaboré des plans d'action. Les réseaux font face à un sérieux défi car il est difficile de recruter suffisamment de personnel bilingue spécialisé dans le domaine de la santé pour de si grands organismes. Cependant, d'importants progrès ont été réalisés et le ministère de la Santé continue de soutenir les initiatives visant à servir le public dans les deux langues officielles.

Des profils linguistiques ont été rédigés par les deux réseaux et seront périodiquement mis à jour.

Pour l'exercice financier 2011-2012, au total, 12 plaintes ont été déposées concernant les langues officielles au ministère de la Santé, dans le réseau de santé Vitalité, le réseau de santé Horizon, à FacilicorpNB, à Ambulance Nouveau-Brunswick et au Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

De celles-ci, deux ont été retirées et huit ont été réglées au cours de l'année. Les deux autres sont toujours en cours.

Axe 2 : Langue de travail

Des séances d'information sur la langue de travail ont eu lieu dans le cadre de la Partie I de la fonction publique et les superviseurs ont été avisés d'encourager leurs employés à travailler dans la langue de leur choix.

Work tools have been placed on the department's intranet for better access.

Meetings have been held in both official languages.

Focus 3: Promotion of Official Languages

Public consultations were held in both official languages on the new Health Plan and the participants were encouraged to speak in their language of choice. Simultaneous translation was available.

Focus 4: Knowledge of the legislation and other obligations

Through the iLearn government module, general information sessions, small group consultations and individual meetings, employees were informed and had answers to their questions regarding any concerns they may have had regarding official languages and support continues to be available.

Conclusion

The Department of Health continues to improve the provision of its services in both official languages and continues to monitor, provide advice, and oversee official languages in Part III. In addition to the Regional Health Authorities the Department of Health also continues to support the NB Health Council, Ambulance NB, and Facilicorp.

Overall Summary of Staffing Activity

Pursuant to section 4 of the *Civil Service Act*, the Deputy Minister of the Office of Human Resources delegates staffing to each Deputy Head for their respective departments. Please find below a summary of the staffing activity for 2011-12 for the Department of Health.

- The department advertised 48 competitions, including 32 open competitions and 16 closed competitions.
- Pursuant to section 15 and 16 of the *Civil Service Act*, the department made the following appointments using other processes to establish merit than the competitive process:

Des outils de travail ont été ajoutés dans l'intranet du ministère pour faciliter l'accès.

Des réunions ont eu lieu dans les deux langues officielles.

Axe 3 : Promotion des langues officielles

Des consultations publiques ont été tenues dans les deux langues officielles concernant le nouveau plan de santé et les participants ont été invités à s'exprimer dans la langue de leur choix. Un service de traduction simultanée était accessible.

Axe 4 : Connaissance de la Loi et des autres obligations

Grâce au module de formation iLearn du gouvernement, des séances générales d'information, des consultations en petits groupes et des rencontres individuelles, les employés ont été informés et ont obtenu des réponses à leurs questions à l'égard de toute préoccupation concernant les langues officielles et ils continuent d'avoir le soutien nécessaire.

Conclusion

Le ministère de la Santé continue d'améliorer la prestation de ses services dans les deux langues officielles et continue de suivre, de conseiller et de superviser l'utilisation des langues officielles de la Partie III. En plus des régions régionales de la santé, le ministère de la Santé a également continué d'appuyer le Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick, Ambulance Nouveau-Brunswick et Facilicorp en la matière.

Sommaire général des activités de dotation

En vertu de l'article 4 de la *Loi sur la Fonction publique*, le sous-ministre du Bureau des ressources humaines délègue les activités de dotation à l'administrateur général de chaque ministère. Voici un résumé des activités de dotation du ministère de la Santé, pour l'exercice 2011-2012.

- Le ministère a annoncé 48 concours, dont 32 concours publics et 16 concours internes.
- En vertu des articles 15 et 16 de la *Loi sur la Fonction publique*, le ministère a fait les nominations suivantes au moyen de processus autres que le processus de concours pour déterminer la valeur des candidats :

Appointment type/Type de nomination	Section of the <i>Civil Service Act</i> / Paragraphe, alinéa et sous-alinéa de la <i>Loi sur la Fonction publique</i>	Number/ Nombre
Specialized Professional, Scientific or Technical/ Personnel professionnel, scientifique ou technique spécialisé	15(1)	1
Equal Employment Opportunity Program/ Programme d'égalité d'accès à l'emploi	16(1)(a)	0
Departmental Talent Management Program/ Programme de gestion du talent ministériel	16(1)(b)	3
Lateral transfer/ Mutation latérale	16(1)(c)	12
Regular appointment of casual/ temporary/ Nominations d'employés occasionnels ou temporaires à un poste permanent	16(1)(d)(i)	3
Regular appointment of students/apprentices/ Nominations d'étudiants et d'apprentis à un poste permanent	16(1)(d)(ii)	0
Total number of appointments without competition/ Nombre total de nominations sans concours		19

- Pursuant to section 33 of the *Civil Service Act*, 0 complaints alleging favouritism were made to the Deputy Head of the Department of Health and 0 complaints were submitted to the Ombudsman.

Office of Associate Deputy Minister of Health

The Associate Deputy Minister plays a key role in providing advice and health care policy development in areas related to Medicare Services, health human resources planning and health service delivery in francophone communities.

Medicare Services

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Insured Services and Physician Remuneration and Medicare Eligibility and Claims Units.

The Medicare Insured Services and Physician Remuneration Unit is responsible for policy development, project management, provision of expert guidance on corporate and health policy issues and appeals regarding Medicare coverage. The unit is responsible for physician remuneration: this includes the negotiation and interpretation of the Fee-for-Service Master Agreement and any subsidiary agreements with the New Brunswick Medical Society.

Medicare Insured Services and Physician Remuneration is also accountable for the formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

Medicare Eligibility and Claims is responsible for the eligibility and registration of New Brunswick residents for Medicare coverage, the registering of physicians, liaising with physicians as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Eligibility and Claims also audits physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-for-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

In fiscal 2011-12:

- The number of eligible New Brunswick residents increased by 0.1 per cent, from 747,663 in 2010-11 to 748,468 in 2011-12.
- The number of fee-for-service physicians went from 1,060 to 1,061, a 0.6 per cent increase from 2010-11 to 2011-12; while for the same time period, the number of salaried physicians increased from 489 to 501 or an increase of 2.5 per cent. The number of physicians paid by other methods including

- En vertu de l'article 33 de la *Loi sur la Fonction publique*, aucune plainte alléguant du favoritisme n'a été déposée auprès de l'administrateur général du ministère et, par conséquent, aucune n'a été présentée à l'Ombudsman.

Bureau de la sous-ministre délégée du ministère de la Santé

La sous-ministre déléguée joue un rôle clé en conseils et dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé dans les domaines liés aux services de l'Assurance-maladie, la planification des ressources humaines en santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones.

Services de l'Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités de l'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins et de l'Unité d'admissibilité et des demandes de prestations de l'Assurance-maladie.

L'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, de la gestion des projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions stratégiques relatives à la santé et ministérielles, ainsi que des appels concernant la couverture de l'Assurance-maladie. L'unité est chargée de la rémunération des médecins, notamment de la négociation et de l'interprétation de l'entente-cadre sur la rémunération à l'acte et des ententes auxiliaires conclues avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

L'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie est responsable également du processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des Parties I et III des services publics. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime. Les parties comprises dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

L'Unité d'admissibilité et de réclamations de l'Assurance-maladie est chargée de l'admissibilité et de l'inscription des résidents du Nouveau-Brunswick à la couverture de l'Assurance-maladie, de l'inscription des médecins et de la liaison avec eux, du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'Unité d'admissibilité et de réclamations de l'Assurance-maladie vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux ententes de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Au cours de l'exercice financier 2011-2012 :

- Le nombre de résidents du Nouveau-Brunswick admissibles a augmenté de 0,1 pour cent, passant de 747 663 en 2010-2011 à 748 468 en 2011-2012.
- Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est passé de 1 060 à 1 061, soit une augmentation de 0,6 pour cent entre 2010-2011 et 2011-2012, alors que pour la même période, le nombre de médecins salariés a augmenté, passant de 489 à 501, soit une augmentation de 2,5 pour cent. Le nombre de médecins payés par d'autres méthodes,

sessional increased from 264 to 275 or an increase of 4.2 per cent.

notamment à la vacation, a augmenté, passant de 264 à 275, soit une augmentation de 4,2 pour cent.

Accessibility to medical services is measured in two ways: the total number of physicians who provide services, and their distribution throughout the province. The total number of physicians paid increased from 1,813 to 1,853 or an increase of 2.2 per cent from 2010-11 to 2011-12. For the same time period, the proportion of physicians who worked in a rural setting (defined as beyond 40 kilometers of Fredericton, Moncton and Saint John) increased one per cent to 37 per cent.

L'accessibilité aux services médicaux est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Le nombre total de médecins payés est passé de 1 813 à 1 853, soit une augmentation de 2,2 pour cent entre 2010-2011 et 2011-2012. Pendant la même période, la proportion de médecins ayant travaillé en milieu rural (défini comme dépassant 40 kilomètres de Fredericton, de Moncton et de Saint John) a augmenté de un pour cent pour atteindre 37 pour cent.

Medicare Payments by Practitioner Payment Modality, Number of Practitioners, and Average Remuneration, by Specialty, Fiscal Year 2011-12

Medicare Payments						
Specialty	Number of Practitioners	Fee-for-Service	Salary	Sessional or Alternative Payment	Total Payments	Average Remuneration ¹
Ophthalmology	30	\$21,665,329	\$168,712	\$196	\$21,834,236	\$835,035
Radiology ²	137	\$44,427,125	\$483,669	-	\$44,910,794	\$609,171
Gastroenterology	12	\$6,967,772	-	-	\$6,967,772	\$580,648
Cardiology	27	\$10,555,926	\$1,543,360	\$16,960	\$12,116,247	\$521,326
Nephrology	14	\$5,815,733	-	-	\$5,815,733	\$520,682
Urology	21	\$8,622,495	\$1,081,045	-	\$9,703,540	\$483,145
Dermatology	12	\$5,725,963	-	-	\$5,725,963	\$477,164
Otolaryngology	23	\$7,375,350	\$1,457,902	-	\$8,833,252	\$439,810
Neurosurgery	11	-	-	\$4,762,519	\$4,762,519	\$432,956
General Surgery	75	\$16,855,779	\$2,631,393	\$2,250,586	\$21,737,758	\$427,503
Oncology ³	20	-	\$7,221,627	-	\$7,221,627	\$398,795
Internal Medicine	66	\$11,304,388	\$4,712,251	\$675,801	\$16,692,440	\$386,738
Orthopedic	53	\$13,767,031	\$1,022,596	\$41,491	\$14,831,118	\$384,684
Obs/Gyn	73	\$11,310,332	\$7,767,384	\$131,602	\$19,209,319	\$378,845
Plastic Surgery	17	\$5,288,559	\$265,855	-	\$5,554,414	\$370,278
Respirology	12	\$1,942,447	\$1,726,866	\$2,742	\$3,672,055	\$361,713
Pediatrics	67	\$5,702,728	\$10,911,630	\$49,149	\$16,663,508	\$354,127
General Pathology	13	-	\$4,178,382	-	\$4,178,382	\$347,694
Anesthesia	99	\$17,998,864	\$7,469,591	\$54,821	\$25,523,276	\$326,819
Neurology	16	\$2,433,802	\$1,755,381	\$2,500	\$4,191,683	\$320,291
Anatomical Pathology	39	-	\$10,175,314	-	\$10,175,314	\$309,308
Rheumatology	12	\$1,812,091	\$1,288,425	-	\$3,100,515	\$307,938
Psychiatry	93	\$4,602,676	\$20,377,724	\$378,148	\$25,358,549	\$298,696
General Practice	844	\$143,280,560	\$27,050,675	\$51,257,980	\$221,589,215	\$296,003
Physical Medicine	11	\$949,314	\$1,983,102	\$66,752	\$2,999,167	\$293,242
Emergency Medicine	11	-	\$206,642	\$2,040,669	\$2,247,310	\$266,692
Other ⁴	72	\$5,545,987	\$11,595,298	\$363,934	\$17,505,219	\$336,935
Total	1,880	\$353,950,251	\$127,074,824	\$62,095,850	\$543,120,925	\$354,389

Notes:

1. Average remuneration is calculated for all practitioners who received more than \$100,000 in total Medicare payments.
2. "Radiology" includes both diagnostic and nuclear medicine.
3. "Oncology" includes both radiation and medical oncology.
4. "Other" includes all specialties with less than ten (10) practitioners and also includes six (6) Oral Maxillofacial Surgeons and six (6) Dentists who provided services in accordance with the *Medicare Services Payment Act*.

Paievements de l'Assurance-maladie par mode de paiement des médecins nombre de médecins et rémunération moyenne par spécialité exercice financier 2011-2012

Paievements de l'Assurance-maladie						
Spécialité	Nombre de médecins	Rémunération à l'acte	Salaire	Rémunération à la vacation ou autre mode de rémunération	Total des paievements	Rémunération moyenne ¹
<i>Ophthalmologie</i>	30	21 665 329 \$	168 712 \$	196 \$	21 834 236 \$	835 035 \$
<i>Radiologie²</i>	137	44 427 125 \$	483 669 \$	-	44 910 794 \$	609 171 \$
<i>Gastroent�erologie</i>	12	6 967 772 \$	-	-	6 967 772 \$	580 648 \$
<i>Cardiologie</i>	27	10 555 926 \$	1 543 360 \$	16 960 \$	12 116 247 \$	521 326 \$
<i>N�ephrologie</i>	14	5 815 733 \$	-	-	5 815 733 \$	520 682 \$
<i>Urologie</i>	21	8 622 495 \$	1 081 045 \$	-	9 703 540 \$	483 145 \$
<i>Dermatologie</i>	12	5 725 963 \$	-	-	5 725 963 \$	477 164 \$
<i>Otolaryngologie</i>	23	7 375 350 \$	1 457 902 \$	-	8 833 252 \$	439 810 \$
<i>Neurochirurgie</i>	11	-	-	4 762 519 \$	4 762 519 \$	432 956 \$
<i>Chirurgie g�en�erale</i>	75	16 855 779 \$	2 631 393 \$	2 250 586 \$	21 737 758 \$	427 503 \$
<i>Oncologie³</i>	20	-	7 221 627 \$	-	7 221 627 \$	398 795 \$
<i>M�edecine interne</i>	66	11 304 388 \$	4 712 251 \$	675 801 \$	16 692 440 \$	386 738 \$
<i>Orthop�edie</i>	53	13 767 031 \$	1 022 596 \$	41 491 \$	14 831 118 \$	384 684 \$
<i>Obs/Gyn</i>	73	11 310 332 \$	7 767 384 \$	131 602 \$	19 209 319 \$	378 845 \$
<i>Chirurgie plastique</i>	17	5 288 559 \$	265 855 \$	-	5 554 414 \$	370 278 \$
<i>Pneumologie</i>	12	1 942 447 \$	1 726 866 \$	2 742 \$	3 672 055 \$	361 713 \$
<i>P�ediatric</i>	67	5 702 728 \$	10 911 630 \$	49 149 \$	16 663 508 \$	354 127 \$
<i>Pathologie g�en�erale</i>	13	-	4 178 382 \$	-	4 178 382 \$	347 694 \$
<i>Anesth�esie</i>	99	17 998 864 \$	7 469 591 \$	54 821 \$	25 523 276 \$	326 819 \$
<i>Neurologie</i>	16	2 433 802 \$	1 755 381 \$	2 500 \$	4 191 683 \$	320 291 \$
<i>Anatomie pathologique</i>	39	-	10 175 314 \$	-	10 175 314 \$	309 308 \$
<i>Rhumatologie</i>	12	1 812 091 \$	1 288 425 \$	-	3 100 515 \$	307 938 \$
<i>Psychiatrie</i>	93	4 602 676 \$	20 377 724 \$	378 148 \$	25 358 549 \$	298 696 \$
<i>Médecine générale</i>	844	143 280 560 \$	27 050 675 \$	51 257 980 \$	221 589 215 \$	296 003 \$
<i>Médecine physique</i>	11	949 314 \$	1 983 102 \$	66 752 \$	2 999 167 \$	293 242 \$
<i>Médecine d'urgence</i>	11	-	\$206 642 \$	2 040 669 \$	2 247 310 \$	266 692 \$
<i>Autre⁴</i>	72	5 545 987 \$	11 595 298 \$	363 934 \$	17 505 219 \$	336 935 \$
Total	1 880	353 950 251 \$	127 074 824 \$	62 095 850 \$	543 120 925 \$	354 389 \$

Remarques :

1. La rémunération moyenne est calculée pour l'ensemble des médecins qui perçoivent plus de 100 000 \$ au total de l'Assurance-maladie.
2. La radiologie inclut la radiologie diagnostique et la médecine nucléaire.
3. L'oncologie inclut la radiothérapie et l'oncologie médicale.
4. La rubrique Autre inclut toutes les spécialités comptant de moins de dix médecins, ainsi que six chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et six dentistes qui ont fourni des services conformément à la *Loi sur le paievement des services médicaux*.

Health Human Resources Planning

Health human resources planning includes measuring the impact of new and proposed health professionals, as well as monitoring the supply and demand of the health care workforce and advising senior management on health human resources workforce requirements to meet the health system needs. Strategies and services are specific to the recruitment and retention of domestic and internationally educated physicians, nurses, and allied health professionals. Health care policy is also developed to ensure delivery of health services in francophone communities across the province.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2011-12, the province recruited 93 physicians. This target was consistent with recruitment rates in recent years. However the province also saw 42 physicians leave their practice this year. Therefore, a total of 51 net new physicians were added in the province in 2011-12, as shown the table below:

Planification des ressources humaines en santé

La planification des ressources humaines en santé comprend la mesure de l'incidence des nouveaux professionnels de la santé et ceux proposés, ainsi que la surveillance de l'offre et de la demande de l'effectif en soins de santé et les conseils aux cadres supérieurs sur les besoins en ressources humaines en santé pour répondre à ceux du système de santé. Les stratégies et les services sont propres au recrutement et au maintien en poste des médecins, des infirmières et des professionnels de la santé complémentaires formés au pays et à l'étranger. Les politiques sur les soins de santé sont également élaborées pour assurer une prestation des services de santé dans les communautés francophones partout dans la province.

Stratégie des ressources médicales

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, la province a recruté 93 médecins. Ce nombre correspond aux taux de recrutement des dernières années. Cependant, 42 médecins ont également cessé d'exercer cette année dans la province. Il s'agit donc d'un total net de 51 nouveaux médecins dans la province en 2011-2012, comme le montre le tableau ci-dessous :

Net New Physicians¹ by physician type, fiscal years 2006-07 to 2011-12/

Nombre net de nouveaux médecins¹ par type de médecin, années financières 2006-2007 à 2011-2012

Physician Type/Type de médecin	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12
Family Physicians/Médecins de famille	22	26	24	26	16	29
Specialists/Spécialistes	7	31	28	27	9	22
All Physicians/Total de médecins	29	57	52	53	25	51

¹ Net new physicians is determined by calculating the difference between physicians who established a practice within the province during the fiscal year (INs) and physicians who have left or closed a practice during the fiscal year (OUTs). Net new = Total INs – Total OUTs/Le nombre net de nouveaux médecins est déterminé en calculant la différence entre les médecins qui ont établi un cabinet au sein de la province pendant l'exercice financier (ENTRÉES) et les médecins qui ont quitté la province ou ont fermé un cabinet (SORTIES) pendant l'exercice financier. Nombre net de nouveaux médecins = entrées totales – sorties totales

Other highlights in 2011-12 include:

- Twelve family practitioners received the \$35,000 location grant, available to those who establish a practice within the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John.
- Twenty-three specialists received the \$40,000 location grant, available to specialists whose specialty has been designated as hard-to-recruit.
- Six family practitioners who established a practice 40 km outside the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John received a \$50,000 location grant.
- Twenty-two \$25,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.
- A total of two Emergency Room recruitment bonuses of \$25,000 each were provided.
- A total of 26 bursaries were provided to 14 family medicine residents and 12 specialty residents. The bursary program, similar to the location grant program, allows eligible future family practitioners and specialists to receive a bursary while completing their last two years of their residency.
- Ten candidates received sponsorship under the Supernumerary Residency Training Program. This

Voici d'autres faits saillants relevés en 2011-2012 :

- Douze médecins de famille ont reçu la subvention d'emplacement de 35 000 \$ accordée à ceux qui établissent leur cabinet dans les villes de Moncton, Fredericton, ou Saint John.
- Vingt-trois spécialistes ont reçu la subvention d'emplacement de 40 000 \$ accordée aux spécialistes qui souhaitent établir leur cabinet dans des régions où il est difficile de recruter.
- Six médecins de famille qui ont établi un cabinet à 40 km à l'extérieur des villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John ont reçu une subvention d'emplacement de 50 000 \$.
- Vingt-deux subventions d'affaires de 25 000 \$ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.
- Un total de deux primes de recrutement de 25 000 \$ en salle d'urgence ont été attribuées.
- Un total de 26 bourses a été accordé à 14 résidents de médecine familiale et à 12 résidents de spécialité. Un programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement, a également été mis en œuvre. Celui-ci permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse.
- Dix candidats ont été parrainés dans le cadre du Programme de formation en résidence surnuméraire. Le programme

program provides funding and sponsorship for additional residency or fellowship training, with a return of service commitment.

- A total of 412 weeks were paid to 95 first-year and second-year medical students who participated in the Summer Preceptorship Program.

Medical Education

Undergraduate Programs

The Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) in Moncton had its sixth intake of 24 students in September, 2011. In May, 2011, it celebrated its second cohort of medical graduates who have gone on to do their medical residency training. Ten students chose to continue training in family medicine while the remainder of the students were accepted into residency programs for other specialties.

In September, 2011 Dalhousie Medicine New Brunswick officially had its second intake of 30 students in Saint John. The second year of the new curriculum was successfully launched in September. Clinical sites in Moncton, Fredericton and Miramichi were also official opened in preparation for the third year component of the medical program.

Post Graduate Programs

Thirty- five francophone family medicine residents did training rotations throughout the Vitalité Health Network. The majority of these residents are part of the Family Medicine teaching program based in Dieppe. Over 93 residents from various medical faculties did their training throughout the Horizon Health Network. Thirty-eight (38) of these are full time Family Medicine residents (14 in Moncton, 10 in Saint John and 14 in Fredericton), while the remainder do specialty rotations throughout Horizon facilities in the province.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources, the New Brunswick government continued to apply its Nursing Resource Strategy in 2011-12:

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs

Nurses (RNs) and licensed practical nurses (LPNs) who re-entered the workforce received reimbursement of their tuition for required refresher programs.

New Brunswick Critical Care Nursing Program

The University of New Brunswick and the Université de Moncton, as well as the regional health authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the standardized preparation of nurses to work in critical care areas, including emergency departments. In 2011-12, 52 nurses benefited from this program.

fournit un financement et un parrainage pour des places supplémentaires en échange d'un engagement de service.

- Un total de 412 semaines a été accordé à 95 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au Programme de préceptorat d'été.

Formation médicale

Programmes de premier cycle

Le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB), situé à Moncton, a admis un sixième groupe de 24 étudiants en septembre 2011. En mai 2011, il a souligné la deuxième cohorte d'étudiants à recevoir leur diplôme et qui poursuivent maintenant leur formation de résidence en médecine. Dix étudiants ont choisi de poursuivre leur formation en médecine familiale et les autres ont été acceptés dans les programmes de résidence pour d'autres spécialités.

En septembre 2011, l'école de médecine de l'Université Dalhousie a officiellement accueilli son deuxième groupe de 30 étudiants à Saint John. La deuxième année du nouveau programme a été lancée avec succès en septembre. Les sites cliniques à Moncton, à Fredericton et à Miramichi ont également été ouverts officiellement en préparation pour la troisième année de la composante du programme médical.

Programmes de deuxième cycle

Trente-cinq résidents francophones en médecine familiale ont fait des rotations de formation dans le réseau de santé Vitalité. La majorité de ces résidents font partie du programme de formation en médecine familiale situé à Dieppe. Plus de 93 résidents de diverses facultés de médecine ont suivi leur formation dans l'ensemble du Réseau de santé Horizon. Trente-huit sont des résidents à temps plein en médecine familiale (14 à Moncton, 10 à Saint John et 14 à Fredericton), tandis que le reste effectue des rotations de spécialité dans l'ensemble des établissements du Réseau de santé Horizon de la province.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2011-2012, afin que les gens du Nouveau-Brunswick aient accès à des ressources infirmières compétentes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a continué d'utiliser la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de recyclage

Les infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui ont réintégré le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de recyclage exigé.

Programme de soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick

L'Université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et les régies régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation normalisée des infirmières à travailler dans des unités de soins critiques, dont les services d'urgence. En 2011-2012, 52 infirmières ont bénéficié de ce programme.

Optimization of the roles of Nursing Care Providers

This project aims at the best utilization of the nursing care providers in regional health authorities. The use, skills and skill mix of nursing service providers are reviewed on an ongoing basis to best utilize the nursing resources throughout the health care system.

Nurse Practitioner

An Education Subsidy Program benefited 40 student nurse practitioners who are employed in nursing in New Brunswick, by helping defray tuition costs. At the end of March 2012, New Brunswick had 67 nurse practitioners practicing in various sectors of the provincial health care system, including: emergency rooms, community health centers, nursing homes, sexual health services, community mental health centers and other primary care settings. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some financial support is provided to physicians who supervise student nurse practitioners in clinical practice.

Nursing Workforce Planning

Monitoring and implementation of strategies help ensure that sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation in national, provincial and regional initiatives related to health human resources planning provides an opportunity to identify common trends and to benefit from the experience of other jurisdictions and partner organizations.

Allied Health Professional Resources Strategy

To assist the population of New Brunswick in accessing services from the right mix of health professionals, the provincial Allied Health Resources Strategy included the following "targeted" initiatives in 2011-12:

Health Bursary Program

The health bursary program consists of bursaries targeting health occupations with identified and/or high forecasted vacancy rates in the public sector. The program also assists the Regional Health Authorities with their respective succession plans, especially as it relates to anticipated retirements. As such, it is intended to be a relevant and dynamic recruitment strategy which is reviewed on an annual basis. In the fall of 2011, thirteen bursaries were allocated to students enrolled in various high priority health professions, including medical laboratory technology, medical radiation technology and physiotherapy.

Rehabilitation and Pharmacy Services: Clinical Education Program

The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals and pharmacists. The program's mandate is to coordinate clinical placements within New Brunswick's health-care facilities for New Brunswick students enrolled in out-of-province audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, radiation therapy and speech

Optimisation des rôles du personnel infirmier

Le projet a pour but de faire la meilleure utilisation possible du personnel infirmier dans les régies régionales de la santé. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa composition font constamment l'objet de révisions afin de maximiser les ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé.

Infirmière praticienne

Un programme de subvention des études a permis à 40 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, pour aider à couvrir les frais de scolarité. À la fin de mars 2012, le Nouveau-Brunswick comptait 67 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de soins de santé provincial, par exemple : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les foyers de soins, les services de santé sexuelle, les centres de santé mentale communautaires et d'autres établissements de soins primaires. Tant que le Nouveau-Brunswick ne sera pas doté d'un bassin suffisamment important d'infirmières praticiennes, une aide financière sera accordée aux médecins qui accepteront d'assurer de superviser les étudiantes à titre d'infirmières praticiennes en pratique clinique.

Planification de la main-d'œuvre infirmière

Le suivi et la mise en œuvre des stratégies permettent de s'assurer que suffisamment de fournisseurs de soins infirmiers pourront répondre aux besoins futurs. La participation aux initiatives nationales, provinciales et régionales relatives à la planification des ressources humaines en santé fournit un moyen de connaître les tendances communes et de bénéficier de l'expérience des autres compétences et organismes partenaires.

Stratégie en matière de ressources professionnelles en santé

Dans le but d'aider la population du Nouveau-Brunswick à accéder aux services d'un éventail adéquat de professionnels de la santé, dans le cadre la Stratégie en matière de ressources professionnelles en santé, les initiatives suivantes ont été « ciblées » en 2011-2012 :

Programme de bourses dans le domaine de la santé

Ce programme offre des bourses ciblant les professions du secteur de la santé où sont déterminés ou prévus des taux de vacance élevés dans le secteur public. Le programme contribue également aux plans de relève respectifs des régies régionales de la santé, surtout à l'égard des retraites anticipées. Comme tel, le programme se veut une stratégie de recrutement dynamique et pertinente que l'on passera en revue annuellement. À l'automne 2011, 13 bourses ont été attribuées à des étudiants inscrits dans diverses professions de la santé hautement prioritaires, notamment les techniques de laboratoire médical, la technologie de radiation médicale et la physiothérapie.

Services de réadaptation et de pharmacie – Programme de formation clinique

Le Programme de formation clinique du Nouveau-Brunswick est une stratégie novatrice qui a été mise en place il y a plusieurs années pour aider au recrutement et au maintien en poste des professionnels en réadaptation et des pharmaciens. Son mandat consiste à coordonner les stages cliniques dans les établissements provinciaux de soins de santé pour les étudiants néo-brunswickois inscrits à l'extérieur de la province en audiology, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie, en radiothérapie, ainsi qu'en

language pathology programs. As such, this program allows students studying out-of-province to return to New Brunswick for their placements, thus introducing them to the health care system in New Brunswick. In the academic year 2011-12, the department coordinated almost 300 clinical placements in the regional health authorities. Of interest, a large majority of health professionals currently working in our health care system were past students.

New Brunswick Career Days

The ninth annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswick residents are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and their classmates to meet with representatives of the regional health authorities and departmental staff to discuss the province's health care system, unique health initiatives, as well as potential employment opportunities in New Brunswick. Over 250 students attend the event each year, many opting to become members of the provincial Student Registry, one of the recruitment tool developed for this event.

Internationally Educated Health Professionals (IEHP's)

New Brunswick continues to collaborate with the other Atlantic Provinces on issues related to internationally educated health professionals. As a member of the Atlantic Connection Steering Committee, the Department of Health facilitated the awarding of 2010-15 Health Canada project funding for enhancing the ability of health regulators and stakeholders to address the needs of internationally educated health professionals seeking licensure and employment in New Brunswick.

The Department of Health works closely with colleagues in the Department of Post –Secondary Education, Training and Labor and is represented on various federal committees regarding foreign qualification recognition (FQR) and labor related issues as it pertains to health professionals. This involves working collaboratively with other provincial and federal government colleagues and health regulators to ensure that foreign qualification recognition and labor mobility issues are addressed both fairly and in a timely fashion.

Introducing the Practice of Midwifery to New Brunswick

The Lieutenant-Governor in Council proclaimed the *Midwifery Act* in August, 2010 introducing midwives as a new healthcare professional in New Brunswick. The department continues to support the work of the regulatory body, the Midwifery Council of New Brunswick, as it continues to develop policies and guidelines for midwifery practice in New Brunswick.

Physician Assistants

The Dr. Everett Chalmers Regional Hospital is the first hospital to have been recruited two PAs who started their employment in the DECH Emergency Room in summer of 2011.

orthophonie. Ainsi, ce programme permet aux étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province de revenir au Nouveau-Brunswick pour leurs stages cliniques tout en se familiarisant avec le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'année universitaire 2011-2012, le ministère a coordonné près de 300 stages cliniques dans les régies régionales de la santé. Fait intéressant, une grande majorité des professionnels de la santé travaillant actuellement dans notre système de soins de santé sont d'anciens étudiants.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la neuvième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette activité de recrutement annuelle permet aux étudiants néo-brunswickois et leurs collègues de classe de rencontrer des représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter du système de soins de santé de la province, des initiatives uniques en matière de santé, ainsi que des éventuelles possibilités d'emploi au Nouveau-Brunswick. Chaque année, plus de 250 étudiants participent à l'événement et un grand nombre choisit de s'inscrire au registre provincial des étudiants, l'un des outils de recrutement élaborés pour les journées carrières.

Professionnels de la santé formés à l'étranger (PSIE)

Le Nouveau-Brunswick continue à collaborer avec les autres provinces de l'Atlantique sur les questions relatives aux professionnels de la santé formés à l'étranger. En tant que membre du Comité directeur de liaison atlantique, le ministère de la Santé a contribué au financement du projet 2010-2015 de Santé Canada visant à améliorer la capacité des organismes de réglementation et des intervenants en santé à répondre aux besoins des professionnels de la santé formés à l'étranger qui souhaitent obtenir un permis d'exercer et trouver de l'emploi au Nouveau-Brunswick.

Le ministère de la Santé travaille en étroite collaboration avec des collègues du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et il est représenté au sein de divers comités fédéraux qui traitent de la reconnaissance des compétences étrangères et de questions liées au travail qui concernent les professionnels de la santé. Ceci nécessite de travailler en collaboration avec d'autres collègues de gouvernements fédéraux et provinciaux ainsi que des organismes de réglementation de la santé afin d'assurer que les questions de reconnaissance des compétences étrangères et de mobilité de la main-d'œuvre soient abordées avec équité et en temps opportun.

Intégration de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick

Le lieutenant-gouverneur en conseil a promulgué la *Loi sur les sages-femmes* en août 2010, intégrant les sages-femmes à titre de nouvelle profession de la santé au Nouveau-Brunswick. Le ministère continue d'appuyer le travail de l'organisme de réglementation, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick, tout en poursuivant l'élaboration de politiques et de lignes directrices à l'égard de la profession de sage-femme dans la province.

Adjoints aux médecins

L'hôpital régional Dr-Everett-Chalmers est le premier établissement à avoir recruté deux adjoints aux médecins. Ils ont commencé leur emploi au service d'urgence de l'hôpital régional Dr-Everett-Chalmers à l'été 2011.

Francophone Services

The department and both Regional Health Authorities continue their on-going efforts to improve services in French in rural areas throughout the province. The department also continues to work towards the implementation of the recommendations of the Gino LeBlanc report, entitled *Toward an Improved Health System in French in New Brunswick*, which provided a road-map of how New Brunswick can move forward to build upon the health care reforms announced in 2008.

The report and recommendations can be found at: http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/2010_health_system-e.pdf

Some of the work done in 2011-12 includes:

- Designation of the Dr. Georges-L. Dumont University Hospital Centre.
- Amendments to the *New Brunswick Health Council Act* in order to recognize that the Council must take into account the needs of the linguistic communities.
- Tabling of the report of the Standing Committee on Health Care concerning the electoral boundaries of the regional health authorities and the review of the geographic areas currently associated with each of them.
- Amendments to the *Regional Health Authorities Act* to ensure the election of more than half of each regional health authority's board members through general elections beginning in 2012, with the rest of the board members to be appointed, taking into account specific communities of interest.
- Changes in FacilicorpNB's shareholder structure to include representation from both regional health authorities and development of internal policies and practices to ensure that the agency can continue to communicate with the regional health authorities and their facilities in their language of choice.
- Major infrastructure investments within the Vitalité Health Network: Over the past two budget years, most of the funding (95 per cent) for infrastructure projects have gone to the Vitalité Health Network.
- Consultation with key stakeholders and development of a five-year action plan to ensure an equitable distribution of health services between the province's two regional health authorities.

Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division

The functions of the Planning, Pharmaceutical Services and Privacy division fall under the mandate of an assistant deputy minister responsible for strategic corporate activities.

The division is primarily responsible for overall health system governance planning, including the research and development of innovative concepts/projects leading to the long-term sustainability of the health care system. The division is also responsible for corporate

Services en français

Le ministère et les régies régionales de la santé poursuivront leurs efforts afin d'améliorer les services en français dans les régions rurales de la province. Le ministère continue également de travailler à la mise en œuvre des recommandations du rapport Gino LeBlanc, intitulé *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*, qui présente un plan sur la façon dont le Nouveau-Brunswick peut avancer en la matière en s'inspirant des réformes en soins de santé qui avaient été annoncées en 2008.

Le rapport et les recommandations sont présentés à l'adresse suivante : http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/2010_health_system-f.pdf

Voici certains des travaux effectués en 2011-2012 :

- Désignation du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.
- Modifications à la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé* afin de reconnaître que le Conseil doit tenir compte des besoins des communautés linguistiques.
- Le dépôt du rapport du Comité permanent sur les soins de santé concernant les limites électorales des régies régionales de la santé et l'examen des zones géographiques actuellement associées à chacune d'elles.
- Modifications apportées à la *Loi sur les régies régionales de la santé* afin de s'assurer que plus de la moitié des membres du conseil d'administration de chaque régie régionale de la santé soient élus au moyen d'un scrutin général commençant en 2012, les autres membres à être nommés tout en tenant compte des communautés d'intérêts.
- Changements dans la structure d'actionnariat de FacilicorpNB pour y inclure des représentants des régies régionales de la santé ainsi qu'élaboration de politiques internes et les pratiques pour s'assurer que l'organisme peut continuer de communiquer avec les régies régionales de la santé et leurs installations dans la langue de leur choix.
- Investissements majeurs dans l'infrastructure du réseau de santé Vitalité : au cours des deux derniers exercices, la plus grande partie du financement (95 pour cent) pour des projets d'infrastructure a été consacrée au réseau de santé Vitalité.
- Consultation avec les intervenants clés et élaboration d'un plan d'action quinquennal afin de garantir une distribution équitable des services de santé entre les deux régies régionales de la santé.

Division de la planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée

Les fonctions de la Division de la planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée relèvent du mandat d'un sous-ministre adjoint chargé des activités stratégiques ministérielles.

La division est principalement responsable de la planification de la gouvernance globale du système de santé, y compris la recherche et l'élaboration de concepts ou projets innovateurs menant à la viabilité à long terme du système de soins de santé. La division est aussi responsable de la planification stratégique ministérielle,

strategic planning, policy development, legislative development, research and evaluation, federal/provincial relations, aboriginal health, statistical information and data gathering instruments, accountability tools, and operating and coordinating pharmaceutical policy, programs and services in the following areas: New Brunswick Prescription Drug Program; Prescription Monitoring Program; and Drug Information System. The division also includes the Corporate Privacy Office, which is responsible for implementing privacy and access legislation, ensuring an appropriate privacy framework is in place, and developing training and compliance measures.

The division is comprised of four branches: a) Health Planning, Policy and Legislation, b) Pharmaceutical Services, c) Corporate Privacy Office, and d) Accountability and Health Information Management.

a) Health Planning, Policy and Legislation

Health Planning, Policy and Legislation (HPPL) serves as a support for all departmental divisions in developing the policies that shape programs and operations. The coordination and writing of the Strategic Plan and the Provincial Health Plan is driven by the Health Planning, Policy and Legislation Branch, as is the development of all public legislation related to health. In addition, the branch is responsible for *Right to Information Act* requests and appointments to the various agencies, boards and commissions within the responsibility of the department. The branch also acts for the Minister in respect of her legislative oversight of private health profession legislation. Finally, the branch is the department's lead for federal/provincial/territorial relations, as well as Aboriginal Health.

With the support of the Health Planning, Policy and Legislation Branch, the following public Acts under the responsibility of the Department of Health were introduced or passed in the 2011-12 fiscal year:

First Session of the 57th Legislature

- Bill 38, *An Act Respecting Midwives*, was introduced on June 1, 2011 and received Royal Assent on June 10, 2011.
- Bill 39, *An Act to Amend the Prescription Drug Payment Act*, was introduced on June 1, 2011 and received royal Assent on June 10, 2011.
- Bill 45, *An Act to Amend the Regional Health Authorities Act*, was introduced June 2, 2011 and received Royal Assent on June 10, 2011.

Second Session of the 57th Legislature

- Bill 11, *An Act to Amend the Medical Services Payment Act*, was introduced on December 7, 2011 and received Royal Assent on December 21, 2011.
- Bill 17, *An Act Respecting Regional Health Authorities*, was introduced December 8, 2011 and received Royal Assent on December 21, 2011.

de l'élaboration des politiques, de l'élaboration des lois, de la recherche et de l'évaluation, des relations fédérales et provinciales, de la santé des Autochtones, de l'information statistique et des instruments de collecte de données, des outils de reddition de comptes, et de la mise en application et de la coordination de politiques pharmaceutiques, de services et de programmes dans les domaines suivants : le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, le Programme de surveillance pharmaceutique et le Système d'information sur les médicaments. La division comprend également le Bureau de la protection de la vie privée, qui est chargé de mettre en œuvre la législation relative à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information, d'assurer la mise en place d'un cadre pertinent en matière de protection des renseignements personnels, et d'élaborer des mesures de formation et de conformité.

La division est formée de quatre directions : a) planification des politiques et de la législation en matière de santé; b) services pharmaceutiques, c) bureau de la protection de la vie privée et d) responsabilisation et gestion de l'information sur la santé.

a) Planification des politiques et de la législation en matière de santé

La Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé agit en qualité de point d'appui pour toutes les divisions ministérielles dans l'élaboration des politiques qui façonnent les programmes et les activités. La Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé coordonne et rédige le plan stratégique et le plan provincial de la santé comme elle élabore les lois d'intérêt public liées à la santé. En outre, la direction est responsable des requêtes relatives à la *Loi sur le droit à l'information* et des nominations aux différents conseils et aux différentes commissions et agences relevant du ministère. Elle agit aussi pour le compte du ministre en ce qui concerne la surveillance de la législation régissant les professions du domaine de la santé privée. Finalement, la direction est le fer de lance du ministère pour les relations fédérales, provinciales et territoriales ainsi que pour la santé des Autochtones.

Fort du soutien de la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, les lois d'intérêt public suivantes, sous la responsabilité du ministère de la Santé, ont été présentées ou adoptées en 2011-2012.

Première session de la 57e Législature :

- Le projet de loi no 38, *Loi concernant les sages-femmes*, a été présenté le 1er juin 2011 et a reçu la sanction royale le 10 juin 2011.
- Le projet de loi no 39, *Loi modifiant la Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, a été présenté le 1er juin 2011 et a reçu la sanction royale le 10 juin 2011.
- Le projet de loi no 45, *Loi modifiant la Loi sur les régions régionales de la santé*, a été présenté le 2 juin 2011 et a reçu la sanction royale le 10 juin 2011.

Deuxième session de la 57e Législature :

- Le projet de loi no 11, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, a été présenté le 7 décembre 2011 et a reçu la sanction royale le 21 décembre 2011.
- Le projet de loi no 17, *Loi concernant les régions régionales de la santé*, a été présenté le 8 décembre 2011 et a reçu la sanction royale le 21 décembre 2011.

The branch coordinates all Departmental Memoranda to Executive Council regarding policy decisions, legislative and regulatory issues and financial decisions.

A number of measures have been implemented by government to introduce greater accountability into the health care system, including reinstatement of elected members to Regional Health Authorities. In order to engage citizens in this process, the department issued a discussion paper outlining options for consideration, and the Standing Committee on Health Care held hearings around the province to solicit input. This consultation was a key factor in the development of legislation and regulations to support the electoral process.

Likewise, the branch has undertaken a significant consultation process with the citizens of New Brunswick and system stakeholders to gather input for the next Provincial Health Plan. The current Provincial Health Plan expires in 2012. The next Provincial Health Plan will be written in the fall of 2012, with an anticipated release date in early 2013. This is the first time that government has held extensive consultation and engaged regional health authorities, First Nations and the public on the development of the Provincial Health Plan. Public input will be used to shape the vision of the Plan.

As the Departmental lead for the federal / provincial / territorial health file, the branch invested significant time and effort during fiscal 2011-12. Following the July, 2011 Council of the Federation (COF) meeting, Premiers agreed that any work in preparation amongst provinces and territories for the expiry of the 2004 Health Accord was important and be accelerated and completed by December 2, 2011. The Dialogue on Health documents, as this work came to be known, was intended to prepare and inform Health Ministers and eventually Premiers for discussions with the federal government on potential areas for negotiations of 2014 Health Accord.

The branch continued to assume the lead for the Atlantic table of health ministers and respective work for senior officials. Work during this time period included: coordinating the development and approval of materials as requested by Atlantic Premiers, Health Ministers and Health Deputy Ministers; planning and holding a Health Summit for Atlantic Deputy Ministers; and, the planning and hosting an Atlantic Health Deputy Minister meeting to discuss areas for future collaboration.

The Aboriginal health file, also led by the Health Policy and Planning Branch, continued its work with New Brunswick's First Nation communities, Aboriginal organizations, Regional Health Authorities, departmental branches and the federal government to address and seek ways to better integrate provincial and federally funded health services and programs for New Brunswick's Aboriginal population.

La direction coordonne l'ensemble des mémoires ministériels présentés au Conseil exécutif concernant les décisions en matière de politiques, les questions législatives et réglementaires ainsi que les décisions financières.

Un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre par le gouvernement pour instaurer une plus grande responsabilisation au sein du système de soins de santé, notamment le rétablissement de l'élection de membres dans les régies régionales de la santé. Afin de mobiliser les citoyens dans ce processus, le ministère a publié un document de travail exposant les options à prendre en considération et le Comité permanent sur les soins de santé a tenu des audiences partout dans la province afin de recueillir des commentaires. Cette consultation est un facteur clé dans l'élaboration de la législation et la réglementation pour appuyer le processus électoral.

De même, la direction a entrepris un important processus de consultation auprès de la population et des intervenants du système pour recueillir des commentaires en vue du prochain plan provincial de la santé, le plan actuel prenant fin en 2012. Le prochain sera rédigé à l'automne 2012 et devrait être publié tôt en 2013. Une telle consultation à grande échelle constitue une première au gouvernement de même que la mobilisation des régies régionales de la santé, des Premières Nations et du public pour l'élaboration de son plan provincial de santé. Les commentaires du public seront utilisés pour façonner la vision du plan.

En tant que responsable ministériel du dossier de santé fédéral, provincial et territorial, la direction a investi du temps et des efforts importants au cours de l'exercice financier 2011-2012. À la suite de la rencontre du Conseil de la fédération en juillet 2011, les premiers ministres ont convenu que les travaux en préparation parmi les provinces et les territoires en vue de l'expiration de l'accord sur les soins de santé de 2004 étaient importants et qu'ils devaient s'accélérer pour se terminer d'ici le 2 décembre 2011. L'intention des documents du dialogue sur la santé, comme ces travaux ont été nommés, visait à préparer et à informer les ministres de la Santé, et éventuellement les premiers ministres, en vue de discussions avec le gouvernement fédéral à propos de domaines potentiels de négociations de l'accord sur les soins de santé de 2014.

La direction a continué d'assumer la responsabilité de la table atlantique des ministres de la Santé et le travail respectif des hauts fonctionnaires. Travaux effectués au cours de cette période : coordonner l'élaboration et l'approbation de documentation à la demande des premiers ministres, des ministres et des sous-ministres de la Santé des provinces de l'Atlantique, planifier et tenir un sommet sur la santé réunissant les sous-ministres de l'Atlantique, ainsi que planifier et être l'hôte d'une réunion des sous-ministres de la Santé de l'Atlantique pour discuter des domaines d'une future collaboration.

La Direction des politiques et de la planification, également responsable du dossier de la santé des Autochtones, a poursuivi son travail avec les communautés des Premières Nations du Nouveau-Brunswick, les organismes autochtones, les régies régionales de la santé, les directions ministérielles et le gouvernement fédéral afin de trouver et d'étudier des façons de mieux intégrer les services et les programmes de santé financés par les gouvernements provincial et fédéral s'adressant à la population autochtone du Nouveau-Brunswick.

b) Pharmaceutical Services

The Pharmaceutical Services branch is responsible for operating and coordinating pharmaceutical policy, programs and services in the following areas: New Brunswick Prescription Drug Program and Drug Information System / Prescription Monitoring Program (DIS/PMP) (see Health Business and Technology Solutions).

New Brunswick Prescription Drug Program

The mission of the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) is to maintain and improve the health of New Brunswickers by promoting optimal drug therapy and by developing and managing programs for eligible residents which provide assistance with the cost of drugs.

Prescription drug coverage is provided to the following beneficiary groups:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Social Development who hold a health card for prescription drug coverage. They include:
 - recipients of financial assistance
 - individuals eligible for a health card only
 - adults living in a residential facility
 - children in care of the Minister of Social Development
4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
 - cystic fibrosis
 - human growth hormone deficiency
 - multiple sclerosis
 - organ transplant recipients
 - HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and drug benefits may be found on the NBPDP website at www.gnb.ca/health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from three common drug review processes: the national Common Drug Review (CDR); the Atlantic Common Drug Review, which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate; and the pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR). Drugs which are eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

b) Services pharmaceutiques

La Direction des services pharmaceutiques est responsable d'appliquer et de coordonner les politiques, les programmes et les services pharmaceutiques dans les domaines suivants : le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, le Système d'information sur les médicaments et le Plan de surveillance pharmaceutique (voir la section Solutions opérationnelles et technologiques en santé.)

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des Néo-Brunswickois en encourageant l'adoption d'une pharmacothérapie optimale et en élaborant et en gérant des programmes qui s'adressent aux Néo-Brunswickois admissibles et qui contribuent au remboursement du coût des médicaments.

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick offre des médicaments sur ordonnance aux groupes de bénéficiaires suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Résidents de foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère du Développement social qui détiennent une carte d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance, notamment :
 - les bénéficiaires d'aide financière;
 - les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
 - les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
 - les enfants pris en charge par le ministre du Développement social.
4. Les personnes inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et jugées admissibles aux prestations du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qui :
 - sont atteintes de fibrose kystique;
 - souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
 - souffrent de sclérose en plaques;
 - reçoivent une greffe d'organe;
 - sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité au programme et les prestations du plan est affichée sur la page du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick du site Web du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : www.gnb.ca/santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité font l'objet d'un examen standard. Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick reçoit des recommandations à l'égard des médicaments à inscrire au formulaire à la suite de trois processus d'examen, soit celui du Programme commun d'évaluation des médicaments national, du Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Atlantique, ce dernier examinant les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du Programme national, et de l'examen pancanadien des médicaments oncologiques (pCODR). Les médicaments admissibles au remboursement en vertu du programme sont indiqués dans le formulaire du PMONB.

During 2011-12, the NBPDP incurred expenses of \$195.6 million, of which \$190.3 million (97.3 per cent) were drug costs and \$5.3 million (2.7 per cent) were administrative costs.

En 2011-2012, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 195,6 millions de dollars, dont 190,3 millions (97,3 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 5,3 millions (2,7 pour cent), les frais administratifs.

NBPDP Data/Données du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick			
	2009-10	2010-11	2011-12
Total program expenditures/ Dépenses du programme	\$177.3M	\$188.6M	\$195.6M
Total number of claims (prescriptions)/ Nombre total de réclamations (ordonnances)	3.6M	4.0M	4.3M
Total number of active beneficiaries ¹ / Nombre de bénéficiaires actifs ¹	96,530	99,270	100,857
Average number of claims per beneficiary/ Nombre moyen de réclamations par bénéficiaire	37.4	40.3	42.6
Average paid per beneficiary/ Moyenne payée par bénéficiaire	\$1,789	\$1,841	\$1,887
Average paid per claim/ Moyenne payée par réclamation	\$47.84	\$45.68	\$44.33

¹ An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de référence.

c) Corporate Privacy Office (CP Office)

The Corporate Privacy Office (CP Office) was established in the fall of 2008 to oversee the department's management of personal information and personal health information as governed by the *Right to Information and Protection of Privacy Act* (RTIPPA) and the *Personal Health Information Privacy and Access Act* (PHIPAA), both of which were proclaimed into law September 1, 2010.

The CP Office works cooperatively with key health partners under the guise of the Chief Privacy Officers' Working Group to support a consistent approach to the protection of privacy in New Brunswick. The Chief Privacy Officers' Working Group is comprised of the Chief Privacy Officers from the department, the two Regional Health Authorities, FacilicorpNB Ltd and Ambulance NB.

In 2011-12, key accomplishments include:

- Supporting the implementation of PHIPAA and the associated regulation;
- Delivering information sessions to help departmental staff to understand their roles and responsibilities under PHIPAA;
- Monitoring the completion of the Department's on-line training module General PHIPAA Training;
- Completing and responding to a comprehensive Privacy Gap Analysis;

c) Bureau ministériel de la protection de la vie privée

Le Bureau ministériel de la protection de la vie privée a été établi à l'automne 2008 pour superviser la gestion des renseignements personnels sur la santé du ministère tels qu'ils sont régis par la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, promulguées le 1er septembre 2010.

Le Bureau ministériel de la protection de la vie privée travaille en collaboration avec des partenaires clés du domaine de la santé sous la forme du groupe de travail du chef de la protection de la vie privée afin d'adopter une approche cohérente à la protection de la vie privée au Nouveau-Brunswick. Le groupe de travail du chef de la protection de la vie privée est constitué du chef de la protection de la vie privée du ministère, des deux régies régionales de la santé, de FacilicorpNB et d'Ambulance Nouveau-Brunswick.

En 2011-2012, voici ses principales réalisations :

- Soutien à la mise en application de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et de ses règlements afférents.
- Séances d'information pour aider les membres du personnel du ministère à comprendre leurs rôles et responsabilités aux termes de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.
- Vérification que la formation en ligne intitulée Formation générale sur la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* a été suivie.
- Réalisation d'une analyse approfondie des lacunes en matière de protection de la vie privée et remédiation.

- Establishment of a departmental Data Stewardship Committee;
- Establishment of a Privacy and Security Collaboration Group;
- Improvements in the department's overall privacy management program;
- Responding to internal and external inquiries about the new legislation and the requirements created for custodians;
- Investigating Departmental privacy breaches;
- Reviewing and approval of Privacy Impact Assessments; and
- Participating in federal-provincial activities to establish common understandings and best practices in the area of privacy in general and especially in relation electronic health records.

d) Accountability and Health Information Management

The Accountability and Health Information Management team provides data quality, decision support and database management services for several large Provincial health information systems, as well as data analysis and program evaluation services to support evidence based decision making in the planning and management of the health care system. Specific initiatives undertaken during 2011-12 included:

- Coordination and management of several major corporate information holdings, including data quality improvement activities, renewal of licensing agreements and direction of contract support resources.
- Ongoing development of a 'virtual' diabetes registry to support the Provincial diabetes strategy.
- Health research capacity development through support of the New Brunswick Health Research Foundation, collaboration with the University of New Brunswick on the development of a health research data repository and liaison with individual researchers at the provincial and national level.
- Ongoing implementation of an integrated workload measurement system for hospitals; including the development of new decision support / dashboard tools.
- Provision of a variety of data for community needs assessment initiatives.
- Continued provision of data resources and technical advice to support legal action to recover tobacco related health care costs.
- Provision of information, analysis and expert advice to the New Brunswick Health Council, including a substantial focus on the development of health system performance measures, targets and an accountability framework.
- Implementation of several major data analysis exercises to support clinical program design and enhanced financial management of the health care system.
- Ongoing collaboration and liaison with internal and external stakeholders to ensure that the exchange or disclosure administrative data for research,

- Établissement d'un comité ministériel de gérance de données.
- Formation d'un groupe de collaboration en matière de protection de la vie privée et de la sécurité.
- Améliorations au programme de gestion de la protection des renseignements personnels dans l'ensemble du ministère.
- Réponses aux demandes de renseignements internes et externes au sujet de la nouvelle loi et des exigences établies pour les dépositaires.
- Enquête sur les atteintes à la vie privée au sein du ministère.
- Examen et approbation des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée.
- Participation à des activités fédérales-provinciales afin que tous comprennent bien les notions de protection de la vie privée, particulièrement les dossiers électroniques de santé, et afin d'établir les meilleures pratiques à cet égard.

d) Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

L'équipe de responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé offre des services de qualité des données, de soutien à la prise de décisions et de gestion des bases de données à plusieurs importants systèmes provinciaux de renseignements personnels sur la santé, ainsi que des services d'analyse des données et d'évaluation des programmes pour appuyer la prise de décisions fondée sur des preuves dans le cadre de la planification et de la gestion du système de soins de santé. Voici certaines initiatives précises entreprises au cours de l'année 2011-2012 :

- Coordination et gestion de plusieurs fonds majeurs de renseignements, y compris les activités d'amélioration de la qualité des données, le renouvellement de contrats de licence et l'orientation des ressources contractuelles de soutien.
- Poursuite de l'élaboration d'un registre provincial électronique sur le diabète, appuyant la stratégie de la province à l'égard de cette maladie.
- Établissement d'une capacité de recherche en santé grâce à l'appui de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, collaboration avec l'Université du Nouveau-Brunswick sur l'élaboration d'un dépôt de données de recherche sur la santé et liaison avec des chercheurs à l'échelle provinciale et nationale.
- Poursuite de la mise en œuvre d'un nouveau système intégré de mesure de la charge de travail pour les hôpitaux, notamment l'élaboration de nouveaux outils d'aide à la décision et de tableau de bord.
- Fourniture de toute une gamme de données visant des projets d'évaluation des besoins communautaires.
- Fourniture continue de ressources en données et de conseils techniques pour soutenir les actions en justice visant à récupérer les coûts en soins de santé liés au tabagisme.
- Mise à disposition d'information, d'analyses et d'avis d'experts pour le Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick, notamment une concentration considérable sur l'établissement de mesures de rendement du système de santé, de cibles et d'un cadre de reddition des comptes.
- Mise en œuvre de plusieurs grands exercices d'analyse de données afin d'appuyer la conception du programme clinique et une gestion financière améliorée du système de soins de santé.
- Poursuite de la collaboration continue et des contacts avec des intervenants internes et externes afin d'assurer la conformité de l'échange ou la divulgation des données

evaluation and planning purposes complies with the *Personal Health Information Privacy and Access Act*.

- Provision of resources to support the analysis and planning activities of the Emergency Operations Center, specifically with respect to nuclear emergency exercises.

administratives à des fins de recherche, d'évaluation et de planification avec la *Loi sur l'accès et la protection des renseignements personnels sur la santé*.

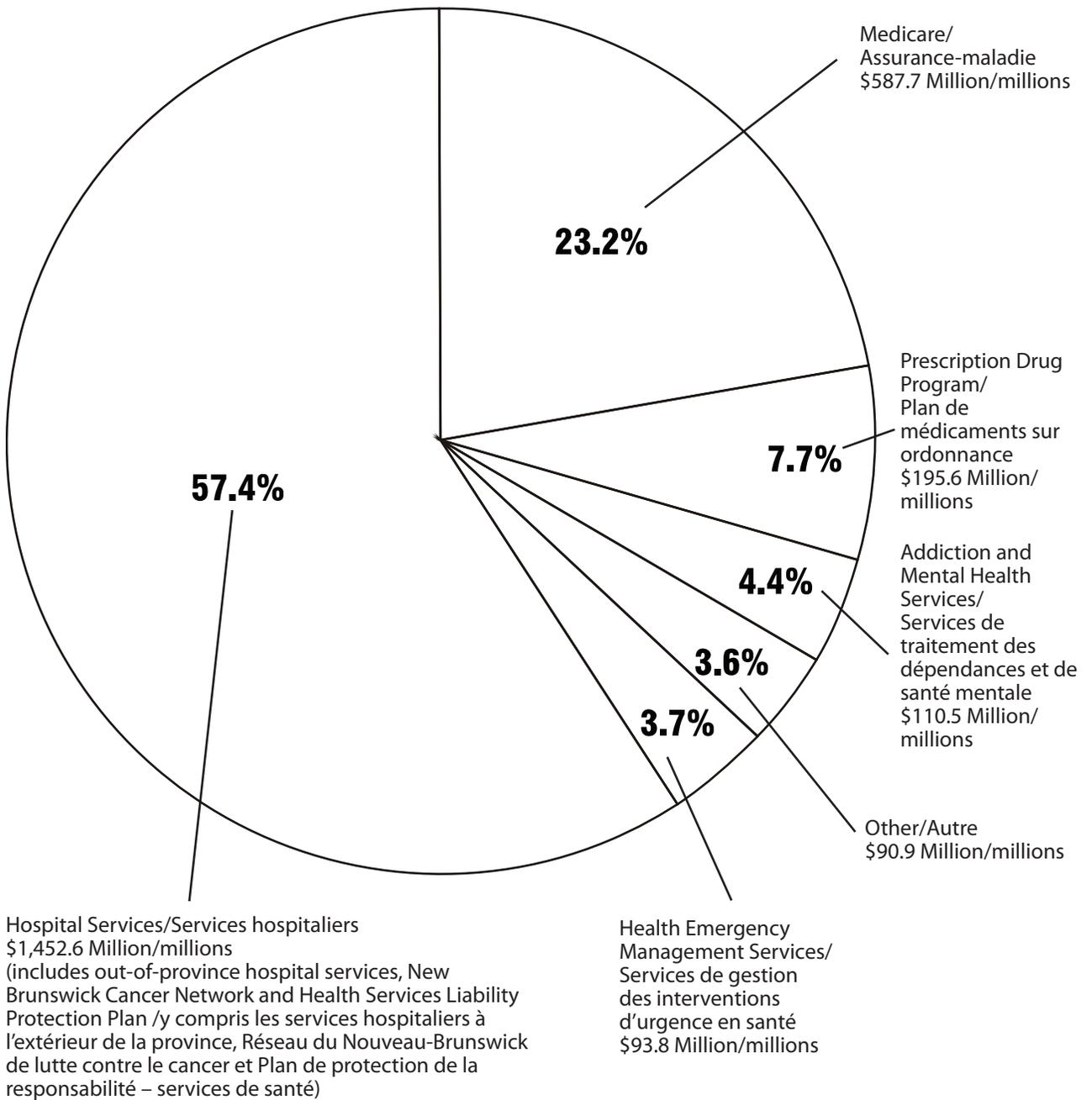
- Fourniture des ressources de soutien à l'analyse et la planification des activités du Centre des opérations d'urgence, notamment à l'égard des exercices en cas d'urgence nucléaire.

Financial Overview

Actual Expenditures
\$2,531.1 Million
2011-12

Aperçu financier

Dépenses réelles
2 531,1 millions \$
2011-2012



Financial Overview 2011-12

(000's)

Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Corporate and Other Health Services						
Administration and Financial Services	8,752.0	86.1	8,838.1	8,168.6	669.5	
Information Technology	5,076.0	-	5,076.0	4,264.2	811.8	
Planning and Health Human Resources	6,647.0	32.1	6,679.1	6,015.1	664.0	
Medical Education Program Services	7,831.0	154.2	7,985.2	8,631.3	(646.1)	
Out of Province Hospital Payments	65,531.0	-	65,531.0	58,815.0	6,716.0	1
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.0	-	
Public Health Program Services	21,974.0	48.0	22,022.0	23,125.2	(1,103.2)	2
Health Services Liability Protection Plan	1,000.0	-	1,000.0	2,919.9	(1,919.9)	3
Hospital Program Services	32,250.0	22.1	32,272.1	30,006.7	2,265.4	4
New Brunswick Cancer Network	3,667.0	10.5	3,677.5	2,527.7	1,149.8	5
Health Emergency Management Services	92,856.0	6.5	92,862.5	93,846.0	(983.5)	
Addiction Program Services	3,269.0	1.1	3,270.1	2,413.2	856.9	
Mental Health Program Services	13,506.0	18.7	13,524.7	10,475.1	3,049.6	6
E-Health	10,874.0	9.4	10,883.4	7,292.7	3,590.7	7
Medicare	590,918.0	23.4	590,941.4	587,682.0	3,259.4	8
Prescription Drug Program	175,597.0	19,007.9	194,604.9	195,629.0	(1,024.1)	9
Regional Health Authorities						
Medical Education	11,600.0	157.4	11,757.4	10,786.1	971.3	
Public Health Services	21,474.0	17.5	21,491.5	21,712.1	(220.6)	
Hospital Services	1,363,109.0	1,807.6	1,364,916.6	1,358,334.9	6,581.7	10
Addiction Services	18,198.0	26.7	18,224.7	18,538.6	(313.9)	
Mental Health Services	78,437.0	115.6	78,552.6	79,041.7	(489.1)	
Department Total Ordinary	2,533,441.0	21,544.8	2,554,985.8	2,531,100.1	23,885.5	
Capital	15,000.0	-	15,000.0	14,312.4	687.6	
Revenue						
Interest & Investment Income	75.0	-	75.0	186.5	111.5	
General	29,757.0	-	29,757.0	34,561.6	4,804.6	11
Miscellaneous	600.0	-	600.0	621.1	21.1	
Conditional Grants	8,979.0	-	8,979.0	7,367.8	(1,611.2)	12
Department Total Revenue	39,411.0	-	39,411.0	42,737.0	3,326.0	

Aperçu financier 2011-2012

(000)

Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services ministériels et autres services de santé						
Administration et services financiers	8 752,0	86,1	8 838,1	8 168,6	669,5	
Technologie de l'information	5 076,0	-	5 076,0	4 264,2	811,8	
Planification et ressources humaines en santé	6 647,0	32,1	6 679,1	6 015,1	664,0	
Services des programmes de formation médicale	7 831,0	154,2	7 985,2	8 631,3	(646,1)	
Règlement des services hospitaliers hors-province	65 531,0	-	65 531,0	58 815,0	6 716,0	1
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,0	-	
Services des programmes de santé publique	21 974,0	48,0	22 022,0	23 125,2	(1 103,2)	2
Plan de protection de la responsabilité - services de santé	1 000,0	-	1 000,0	2 919,9	(1 919,9)	3
Services des programmes hospitaliers	32 250,0	22,1	32 272,1	30 006,7	2 265,4	4
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer	3 667,0	10,5	3 677,5	2 527,7	1 149,8	5
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	92 856,0	6,5	92 862,5	93 846,0	(983,5)	
Services du programme de traitement des dépendances	3 269,0	1,1	3 270,1	2 413,2	856,9	
Services des programmes en santé mentale	13 506,0	18,7	13 524,7	10 475,1	3 049,6	6
Cybersanté	10 874,0	9,4	10 883,4	7 292,7	3 590,7	7
Assurance-maladie	590 918,0	23,4	590 941,4	587 682,0	3 259,4	8
Plan de médicaments sur ordonnance	175 597,0	19 007,9	194 604,9	195 629,0	(1 024,1)	9
Régies régionales de la santé						
Formation médicale	11 600,0	157,4	11 757,4	10 786,1	971,3	
Services de santé publique	21 474,0	17,5	21 491,5	21 712,1	(220,6)	
Services hospitaliers	1 363 109,0	1 807,6	1 364 916,6	1 358 334,9	6 581,7	10
Services de traitement des dépendances	18 198,0	26,7	18 224,7	18 538,6	(313,9)	
Services de santé mentale	78 437,0	115,6	78 552,6	79 041,7	(489,1)	
Total du compte ordinaire du ministère	2 533 441,0	21 544,8	2 554 985,8	2 531 100,1	23 885,5	
Compte de capital	15 000,0	-	15 000,0	14 312,4	687,6	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	75,0	-	75,0	186,5	111,5	
Recettes générales	29 757,0	-	29 757,0	34 561,6	4 804,6	11
Recettes diverses	600,0	-	600,0	621,1	21,1	
Subventions conditionnelles	8 979,0	-	8 979,0	7 367,8	(1 611,2)	12
Recettes totales du ministère	39 411,0	-	39 411,0	42 737,0	3 326,0	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2011-12

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2011-12:

1. The under-expenditure in Out of Province Hospital Payments was the result of lower than expected growth for in-patient and out-patient services for New Brunswick Residents receiving health services in other provinces.
2. The over-expenditure in Public Health Program Services was mainly due to delayed changes to the Special Foods Program as well as expired inventory stock.
3. The over-expenditure in Health Services Liability Protection Plan was due to the actuarial estimate of outstanding claims being higher than budgeted.
4. The under-expenditure in Hospital Program Services was mainly due to lower than expected cost and use of blood products.
5. The under-expenditure in the New Brunswick Cancer Network was mainly due to delays in projects.
6. The under-expenditure in Mental Health Program Services was due to expenditure delays in the Diabetes Strategy and Mental Health Action Plan.
7. The under-expenditure in E-Health was due to project delays.
8. The under-expenditure in Medicare was due to lower than expected growth.
9. The over-expenditure in the Prescription Drug Program was mainly due to delays in budget reduction initiatives.
10. The under-expenditure in Regional Health Authorities – Hospital Services was due to lower than anticipated funding requirements for the Regional Health Authorities.
11. General revenues were higher than budgeted due to a higher than anticipated Auto Levy recovery.
12. Conditional Grants were lower than budgeted mainly due to lower than anticipated recoveries from Canada Infoway for E-Health related project delays.

APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2011-2012

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2011-2012 sont expliqués ci-dessous :

1. La sous-utilisation du crédit au poste des « paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province » est attribuable à la croissance plus faible que prévu pour les services aux patients hospitalisés et externes pour les résidents du Nouveau-Brunswick recevant des services dans d'autres provinces.
2. Le dépassement de crédit au poste des « services des programmes de santé publique » est principalement dû au retard des changements au programme d'aliments spéciaux ainsi que de l'inventaire des stocks expirés.
3. Le dépassement de crédit au poste du « plan de protection contre la responsabilité à l'égard des services de santé » est attribuable aux calculs actuariels pour les réclamations non réglées qui sont supérieurs aux calculs prévus au budget.
4. La sous-utilisation du crédit au poste des « services des programmes hospitaliers » est principalement attribuable à des coûts plus faibles que prévu et à l'utilisation des produits sanguins.
5. La sous-utilisation du crédit au poste du « Réseau cancer Nouveau-Brunswick » est surtout attribuable à des retards dans les projets.
6. La sous-utilisation du crédit au poste de « services du Programme de santé mentale » est attribuable à des retards dans les dépenses liées à la stratégie sur le diabète et le plan d'action de santé mentale.
7. La sous-utilisation du crédit au poste de la « cybersanté » est attribuable aux retards du projet.
8. La sous-utilisation du crédit au poste d'« Assurance-maladie » est attribuable à une croissance du programme plus faible que prévu.
9. Le dépassement de crédit au poste du « Plan de médicaments sur ordonnance » est principalement attribuable à des retards dans les initiatives de réduction budgétaire.
10. La sous-utilisation du crédit au poste des « régies régionales de la santé – services hospitaliers » est attribuable à des besoins de financement plus faibles que prévu des régies.
11. Les recettes générales sont plus élevées que celles prévues au budget en raison d'un recouvrement automatique des contributions plus élevé que prévu.
12. Les subventions remboursables sous condition sont moins élevées que celles prévues au budget, principalement en raison de retards dans les recouvrements anticipés d'Inforoute de Santé Canada pour les projets de cybersanté.