



Health

Santé

Annual Report  
2012-13

Rapport annuel  
2012-2013

**2012-13 Annual Report**

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

**December, 2013****Cover:**

Government Services, New Brunswick

**Typesetting:**

Department of Health

**Printing and Binding:**

Printing Services,  
New Brunswick Internal Services Agency

ISBN: 978-1-4505-0323-2  
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

**Rapport annuel 2012-2013**

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

**Décembre 2013****Couverture**

Services gouvernementaux, Nouveau-Brunswick

**Photocomposition et mise en page**

Ministère de la Santé

**Impression et reliure**

Services d'imprimerie,  
Agence des services internes du Nouveau-Brunswick

ISBN : 978-1-4505-0323-2  
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick



Health

Santé

Annual Report  
2012-13

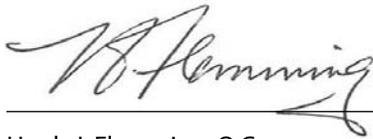
Rapport annuel  
2012-2013



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, 2013.



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, 2013



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 2013.



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 2013.



Marc Léger  
Sous-ministre



## TABLE OF CONTENTS

<b>Organizational Chart</b> .....	5
<b>Legislation</b> .....	7
<b>Core Business Area</b>	
<b>Protection of Those Most at Risk</b> .....	9
<b>Mental Health Programs and Services</b> .....	9
Child and Adolescent Mental Health Services.....	9
Psychiatric Patient Advocate Services.....	9
Youth Treatment Program.....	10
<b>Public Health Programs and Services</b> .....	10
Communicable Disease Prevention, Management and Control.....	11
• Immunization.....	11
• Respiratory Diseases.....	12
• Enteric, Food and Waterborne Diseases.....	13
• Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBBIs).....	15
• Population Health Promotion Services.....	16
• Vectorborne & Zoonotic Diseases.....	17
Health Protection & Healthy Environments.....	18
• Food Safety.....	18
• Water Quality.....	21
• Environmental Health and Community Sanitation.....	22
• Tobacco Control.....	23
• Tanning.....	24
<b>Public Health Practice and Population Health</b> .....	25
Healthy Babies...Healthy Families.....	25
• Early Childhood Initiatives.....	25
• Baby-Friendly Initiative (BFI).....	28
• Healthy Nutrition.....	29
• Oral Health.....	29
• Healthy Learners in School Program.....	30
• Injury Prevention.....	30
• Population Health Surveillance.....	31
<b>Core Business Area -</b>	
<b>Prevention/Education/Awareness</b> .....	32
<b>Mental Health Prevention/Promotion Initiatives</b> .....	32
<b>Youth and Community Engagement</b> .....	34
<b>Core Business Area - Provision of Care</b> .....	36
<b>Ambulance Services</b> .....	36
<b>Addiction, Mental Health, Primary Health Care and</b>	
<b>Extra-Mural Program</b> .....	39
Addiction Services.....	39
Mental Health Services.....	40
Community Mental Health Centres (CMHC's).....	41
Adult Community Mental Health Services.....	42
In-Patient Psychiatric Care.....	43
Primary Health Care.....	43
Community Health Centres.....	45
Chronic Disease Prevention and Management.....	46
My Choices My Health.....	49
Tele-Care 811.....	50
The New Brunswick Extra-Mural Program.....	50
Rehabilitation Services.....	52

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Organigramme</b> .....	6
<b>Législation</b> .....	7
<b>Secteur d'activité principal</b>	
<b>Protection des personnes les plus à risque</b> .....	9
<b>Programmes et services de santé mentale</b> .....	9
Services de santé mentale pour enfants et adolescents.....	9
Services de défense des malades psychiatriques.....	9
Programme provincial de traitement pour jeunes.....	10
<b>Programmes et services de santé publique</b> .....	10
Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles.....	11
• Immunisation.....	11
• Maladies respiratoires.....	12
• Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique.....	13
• Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).....	15
• Services axés sur la promotion de la santé de la population.....	16
• Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses.....	17
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.....	23
• Bronzage.....	24
<b>Pratique en santé publique et santé de la population</b> .....	25
Bébés en santé... Familles en santé.....	25
• Initiatives pour la petite enfance.....	25
• Initiative Amis des bébés (IAB).....	28
• Saine nutrition.....	29
• Hygiène dentaire.....	29
• Programme Apprenants en santé à l'école.....	30
• Prévention des blessures.....	30
• Surveillance de la santé de la population.....	31
<b>Secteur d'activité principal -</b>	
<b>Prévention, éducation and sensibilisation</b> .....	32
<b>Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale</b> .....	32
<b>Engagement de la jeunesse et de la communauté</b> .....	34
<b>Secteur d'activité principal - Prestation de soins</b> .....	36
<b>Services ambulanciers</b> .....	36
<b>Programmes de traitement des dépendances, de santé mentale</b>	
<b>et de soins de santé primaires et Programme extra-mural</b> .....	39
Services de traitement des dépendances.....	39
Services de santé mentale.....	40
Centres de santé mentale communautaires (CSMC).....	41
Services communautaires de santé mentale auprès des adultes.....	42
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés.....	43
Soins de santé primaires.....	43
Centres de santé communautaires.....	45
Prévention et gestion des maladies chroniques.....	46
Ateliers Mes choix – Ma santé.....	49
Télé-Soins 811.....	50
Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.....	50
Services de réadaptation.....	52

<b>Hospital Services</b> .....	53
• Cardiac Care Program.....	58
• NB Trauma Program.....	58
• Mobile Lithotripsy Services.....	59
• Dialysis Services.....	59
• Patient Safety.....	60
• Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service.....	62
• Surgical Access Management.....	63
• Metabolic/Genetic Newborn Screening Services.....	66
• Universal Newborn Infant Hearing Screening Program.....	67
• Respiratory Syncytial virus (RSV) Infection Prevention.....	68
• Cochlear Implant Follow-Up Services.....	68
• PET-CT.....	69
• Canadian Blood Services.....	70
• Organ and Tissue Procurement.....	70
• Atlantic Blood utilization Strategy.....	71
• Utilization Management.....	72
• Capital Construction.....	74
• Capital Equipment.....	75
<b>New Brunswick Cancer Network</b> .....	76
<b>Emergency Preparedness and Response</b> .....	81
<b>Pandemic Planning and Response</b> .....	83
<b>Strategic Communications</b> .....	84
<b>Health Business and Technology Solutions</b> .....	84
<b>Corporate Support Services</b> .....	88
<b>Official Languages</b> .....	89
<b>Overall Summary of Staffing Activity</b> .....	90
<b>Office of Associate Deputy Minister of Health</b> .....	91
• Medicare Services.....	91
• Health Human Resource Planning.....	92
• Physician Resource Strategy.....	92
• Nursing Resource Strategy.....	94
• Allied Health Professionals Resource Strategy.....	95
• Recruitment and Retention Strategies.....	96
• Francophone Services.....	97
<b>Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division</b> .....	97
• Health Planning, Policy and Legislation.....	98
• Pharmaceutical Services.....	99
• NB Prescription Drug Program.....	100
• Corporate Privacy Office.....	101
• Accountability and Health Information Management.....	102
<b>Financial Overview (Pie Chart)</b> .....	103
<b>Financial Overview (Itemized Totals)</b> .....	104
<b>Financial Overview (Variances)</b> .....	106

<b>Services hospitaliers</b> .....	53
• Programme de soins cardiaques.....	58
• Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick.....	58
• Services mobiles de lithotritie.....	59
• Services de dialyse.....	59
• Sécurité des patients.....	60
• Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU).....	62
• Gestion de l'accès aux soins chirurgicaux.....	63
• Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.....	66
• Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons.....	67
• Prévention des infections au virus respiratoire syncytial (VRS).....	68
• Prévention de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires.....	68
• TEP-CT.....	69
• Société canadienne du sang.....	70
• Dons d'organes et de tissus.....	70
• Stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique.....	71
• Gestion de l'utilisation.....	72
• Projets d'immobilisations.....	74
• Biens d'équipement.....	75
<b>Réseau cancer Nouveau-Brunswick</b> .....	76
<b>Mesures et interventions d'urgence</b> .....	81
<b>Planification et intervention en cas de pandémie</b> .....	83
<b>Communications stratégiques</b> .....	84
<b>Solutions opérationnelles et technologiques en santé</b> .....	84
<b>Services de soutien ministériels</b> .....	88
<b>Langues officielles</b> .....	89
<b>Sommaire général des activités de dotation</b> .....	90
<b>Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé</b> .....	91
• Assurance-maladie.....	91
• Planification des effectifs du secteur de la santé.....	92
• Stratégie des ressources médicales.....	92
• Stratégie en matière de ressources infirmières.....	94
• Stratégie en matière de recrutement des professionnels complémentaires.....	95
• Stratégies de recrutement et de maintien en poste.....	96
• Services en français.....	97
<b>Planification, services pharmaceutiques et protection de la vie privée</b> .....	97
• Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé.....	98
• Services pharmaceutiques.....	99
• Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.....	100
• Bureau de la protection de la vie privée.....	101
• Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé.....	102
<b>Aperçu financier (diagramme circulaire)</b> .....	103
<b>Aperçu financier (totaux détaillés)</b> .....	105
<b>Aperçu financier (écarts)</b> .....	106

# Organizational Chart\* Health 2012-13

Minister  
**Hon. Hugh J. Flemming, Q.C.**

Deputy Minister  
**Marc Léger**



\*Effective June 1, 2013

# Organigramme\* Santé 2012-2013

**Ministre  
L'hon. Hugh J. Fleming, c.r.**

**Sous-ministre  
Marc Léger**



\*En vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013

## 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

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

Within the Addiction, Mental Health, Primary Health Care and Extra-Mural Services Division, there are three program areas which have a primary mandate to 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 young persons 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 within the regional health authorities, 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 2012-13 fiscal year, Child and Adolescent Community Mental Health Services provided a total of 29,120 in-person services to 5,336 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 2012-13, a total of 1,938 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 9.2 per cent from the previous year.

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

### **Programmes et services de santé mentale**

Au sein des Services de traitement des dépendances, de santé mentale, de soins de santé primaires et du Programme extra-mural, 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 jeunes 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 au sein des régies régionales de la santé, 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 2012-2013, les Services de santé mentale pour enfants et adolescents ont offert 29 120 services personnalisés à 5 336 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 2012-2013, 1 938 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 9,2 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 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 2012-13, 253 youths were actively followed by the program, 24 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

The Pierre Caissie Center also currently provides residential treatment to youth who have been found Not Criminally Responsible by Reason of Mental Disorder (NCR) in accordance with *Youth Criminal Justice Act*. These youth are under the care of the New-Brunswick Review Board. Four youth with an NCR designation were actively involved in residential treatment at the Pierre Caissie Center during the fiscal year 2012-13.

## 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 and other government and non government agencies and other health care providers.

In order to better fulfill the above mandate, legislative changes were proclaimed and supported by regulations 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 provincial de traitement pour jeunes

Le Programme provincial de traitement pour 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 2012-2013, le programme a offert des services actifs à 253 jeunes dont 24 ont dû être admis au Centre Pierre-Caissie, à Moncton.

Le Centre Pierre-Caissie offre actuellement des traitements en établissement aux jeunes qui ont été déclarés non criminellement responsables (NCR) pour cause de troubles mentaux conformément à la *Loi sur le système de justice pénale* pour les adolescents. Ces jeunes sont pris en charge par le comité de révision du Nouveau-Brunswick. Quatre jeunes ayant été déclarés NCR ont pris part activement au traitement en établissement au Centre Pierre-Caissie au cours de l'exercice 2012-2013.

## 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 et les autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que les autres fournisseurs de soins de santé.

Afin de mieux réaliser ce mandat, des modifications législatives ont été promulguées et soutenues par des règlements 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.

The provincial Communicable Disease Control (CDC) Branch is responsible for provincial level surveillance, policy and practice guideline development, risk assessment as well as managing situations that require provincial support, response and or leadership. This work is shared along with many partners such as the RHAs (laboratories, regional public health), national Fluwatch, the Public Health Agency of Canada, non-governmental organizations (NGOs) and other health care professionals practicing across all regions of the province.

### **Immunization**

The New Brunswick Department of Health funds immunization programs to protect the population from a wide range of vaccine preventable diseases. Publicly funded vaccines are procured and stored by the OCMOH and 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 that incorporates different programs and many health care providers throughout New Brunswick. In the 2012-13 fiscal year, the following enhancements were made to the New Brunswick Immunization Program:

1. As a result of the pertussis (whooping cough) outbreak (see Respiratory disease section for more information on the Pertussis Outbreak) a province-wide school-based immunization campaign was implemented in spring 2012. Based on the epidemiology of the outbreaks across the province, the campaign was divided into two components: Health Regions 1 and 2, where the highest number of cases were reported, students in grades 6-8 were immunized before the end of the school year (April and May 2012). Approximately 74 per cent of the students enrolled were immunized. In the fall students in the other health regions in grades 7-9 were immunized with an uptake ranging from 75 per cent - 96 per cent.

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 also offered a pertussis vaccine as a part of the control measures in the New Brunswick Pertussis Outbreak. Pregnant women received counseling and were offered pertussis containing vaccination at the discretion of their physician. As a result of this outbreak, in the school year 2012-13 Tdap immunization for adolescents was added into the routine immunization schedule for Grade 7 students.

## **Prévention, traitement 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.

L'équipe provinciale de la Direction du contrôle des maladies transmissibles est chargée de la surveillance à l'échelle provinciale, de l'élaboration de politiques et de directives, de l'évaluation des risques et de la gestion des situations qui requièrent un soutien, une intervention ou un leadership provincial. Ces fonctions sont partagées entre de nombreux partenaires, dont les régions régionales de la santé (laboratoires, services de santé publique régionaux), le programme national Surveillance de l'influenza, l'Agence de la santé publique du Canada, des organismes non gouvernementaux (ONG) et d'autres professionnels de la santé exerçant dans l'ensemble des régions de la province.

### **Immunsation**

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick finance les programmes de vaccination afin de protéger la population contre toute une série de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les vaccins financés par le secteur public sont achetés et stockés par le BMHC, et ils sont fournis par l'intermédiaire 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 qui comprend différents programmes et de nombreux fournisseurs de soins de santé partout au Nouveau-Brunswick. Au cours de l'exercice financier 2012-2013, les améliorations suivantes ont été apportées au programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick :

1. À la suite de l'éclosion de coqueluche (voir la section des maladies respiratoires pour avoir plus d'information sur l'éclosion de coqueluche), une campagne de vaccination a été mise en œuvre au printemps 2012 dans les écoles de l'ensemble de la province. À la lumière de l'épidémiologie de l'éclosion à l'échelle provinciale, la campagne a été divisée en deux composantes : dans les régions de santé 1 et 2, où le plus grand nombre de cas a été signalé, les élèves de la 6<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> année ont été vaccinés avant la fin de l'année scolaire (avril et mai 2012). Environ 74 pour cent des élèves inscrits ont été vaccinés. À l'automne, les élèves de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année des autres régions de santé ont été vaccinés avec un taux de vaccination allant de 75 à 96 pour cent.

Dans le cadre des mesures de contrôle de l'éclosion de cas de coqueluche au Nouveau-Brunswick, le vaccin contre la coqueluche a également été offert aux enfants d'âge scolaire, aux adolescents et aux 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. Les femmes enceintes ont reçu du counseling et le vaccin contre la coqueluche leur a été offert, assujéti à l'avis de leur médecin. À la suite de cette éclosion, au cours de l'année scolaire 2012-2013, l'administration du vaccin dcaT chez les adolescents a été ajoutée au calendrier d'immunisation systématique pour les élèves de 7<sup>e</sup> année.

2. In 2012 the RHAs began assessing immunization status of all children entering schools and daycare centers for the first time. This information was reported to OCMOH and will be analyzed and available at a later date this year.

### Respiratory Diseases

Within the Communicable Disease Control Branch framework diseases that are transmitted through the respiratory route fall into this category. Most of the diseases in this category are vaccine preventable hence cases and outbreaks remain relatively stable. (Table A-1; A-2).

#### Surveillance Data: Respiratory Diseases

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

The largest recorded provincial outbreak of pertussis (whooping cough) began in January 2012 and continued into the 2012-13 fiscal year. As of March 2012, most cases were observed in Health Regions 1 and 2, although the number of cases occurring in all Health Regions was above 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.

2. En 2012, les régies régionales de la santé ont commencé à évaluer le statut d'immunisation de tous les enfants qui entrent à l'école ou à la garderie pour la première fois. Ces renseignements ont été transmis au BMHC et seront analysés et disponibles plus tard cette année.

### Maladies respiratoires

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. La majorité des maladies de cette catégorie peuvent être prévenues par la vaccination, donc les cas et les éclosions demeurent relativement stables (Tableau A-1; A-2).

#### 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.

La plus grande éclosion provinciale de coqueluche jamais enregistrée a débuté en janvier 2012 et s'est prolongée jusque dans l'exercice 2012-2013. En mars 2012, la majorité des cas avaient été signalés dans les régions de santé 1 et 2, bien que le nombre de cas signalés dans toutes les régions de santé ait été plus élevé que prévu. 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.

**Table A-1 Respiratory Disease Incidence Rates (per 100,000) by Fiscal Year, 2005 to 2012**

Disease	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (1)
Measles	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4
Mumps	0.0	0.0	16.5	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0
Pertussis	6.8	1.6	3.4	1.6	0.7	5.2	23.3	166.1
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. Influenzae type b	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5	0.9

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013.

(1) Increased rates for Pertussis in 2012 is related to an outbreak.

**Tableau A-1 Taux d'incidence des maladies respiratoires (par tranche de 100 000 habitants) par exercice financier, de 2005 à 2012**

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (1)
Rougeole	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4
Oreillons	0,0	0,0	16,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Coqueluche	6,8	1,6	3,4	1,6	0,7	5,2	23,3	166,1
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Diphthérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae type b	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,9

Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013.

[1] Le taux accru de coqueluche en 2012 est lié à une éclosion.

**Table A-2 Number of Cases of Respiratory Disease by Zone, Fiscal Year 2012 (1)****Tableau A-2 - Nombre de cas de maladies respiratoires par zone, 2012 (1)**

Disease / Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Measles/Rougeole	0	0	3	0	0	0	0	3
Mumps/Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis/Coqueluche	435	88	161	188	23	305	56	<b>1256</b>
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	1	3	2	1	0	0	0	7

Source : OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013./ Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013.

To mitigate the pertussis outbreak an immunization campaign was implemented (see above in Immunization section). Along with the campaign, a communication plan intended for both the public and health care professionals was developed and implemented. This consisted of regular information being relayed through a variety of formats that included media releases, website postings, professional guidelines and letters.

#### Influenza Program

In 2012-13, the seasonal influenza program began in October 2012 with a media release. Early in the season one of the vaccine products was suspended however approximately 200,000 doses of influenza vaccine were distributed which aligned with previous year. To ensure accessibility and timeliness to the population, OCMOH collaborates with a variety of immunization providers including but not limited to physicians, pharmacists, public health nurses and private health care agency.

Other components of the program are the sentinel health care provider and the school and long term care facility outbreak reporting systems. Partners supporting this structure include but are not limited to the RHAs (laboratories, regional public health, long term care facilities) national Fluwatch, the Public Health Agency of Canada, Department of Education and Early Childhood Development and other health care professionals practicing across all regions of the province. The OCMOH produced weekly Flu reports throughout the entire year.

#### Enteric, Food and Waterborne Diseases

Within the Communicable Disease Control Branch framework diseases that are transmitted through contaminated food and water fall into this category by contact with vomit or feces, or by direct contact with animals. To identify sources and prevent illness, sporadic cases and regional outbreaks are investigated by the regional Public Health teams, led by the Regional Medical Officers of Health.

Pour atténuer l'éclosion de coqueluche, une campagne de vaccination a été mise en œuvre (voir la section Immunisation ci-dessus). De concert avec la campagne de vaccination, un plan de communication visant le public et les professionnels de la santé a été élaboré et mis en œuvre. Ce plan consistait à transmettre de l'information régulière par différents moyens, incluant des communiqués de presse, des avis sur des sites Web, des lignes directrices professionnelles et des lettres.

#### Programme contre la grippe

En 2012-2013, le programme de vaccination contre la grippe saisonnière a commencé en octobre 2012 avec un communiqué de presse. Tôt dans la saison, la production d'un des vaccins a été suspendue; cependant, environ 200 000 doses de vaccins contre la grippe ont pu être distribuées, ce qui correspond au nombre de vaccins distribués au cours de l'année précédente. Pour s'assurer que la population a accès en temps opportun aux vaccins, le BMHC collabore avec différents dispensateurs de vaccins comprenant, sans toutefois s'y limiter, des médecins, des pharmaciens, des infirmières en santé publique et des agences privées de soins de santé.

Les autres composantes du programme sont les fournisseurs de soins de santé sentinelles et les systèmes de signalement d'éclosion dans les écoles et les établissements de soins de longue durée. Les partenaires qui appuient cette structure comprennent, sans toutefois s'y limiter, les régies régionales de la santé (laboratoires, services de santé publique régionale, établissements de soins de longue durée), le programme national Surveillance de l'influenza, l'Agence de la santé publique du Canada, le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et d'autres professionnels de la santé exerçant dans l'ensemble des régions de la province. Le BMHC a produit des rapports hebdomadaires sur la grippe tout au long de l'année.

#### Maladies entériques d'origine alimentaire ou hydrique

Au sein du cadre de travail de la Direction du contrôle des maladies transmissibles, les maladies qui sont transmises par de la nourriture ou de l'eau contaminée font partie de cette catégorie, que la transmission se fasse par contact avec de la matière vomie ou des fécès ou par contact direct avec des animaux. Pour déterminer les sources et prévenir la maladie, les cas sporadiques de maladie et les éclosions régionales font l'objet d'enquêtes par les équipes de la santé publique, qui sont dirigées par les médecins-hygiénistes régionaux.

The provincial food and waterborne communicable disease team is responsible for surveillance, policy and practice guideline development and managing outbreaks that require provincial support, response and/or leadership.

**Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases**

Surveillance data on selected enteric diseases are found below. Table A-3 lists the incidence rate of disease per 100,000 people for the past seven years and table A-4 lists the number of cases of disease in each of the provincial Health Regions.

In 2012-13 Campylobacteriosis, *E. coli* 0157:H7 and Shigellosis were generally stable or slightly decreasing; however the incidence rate of *E. coli* 0157:H7, campylobacteriosis, giardiasis, and salmonellosis did increase when compared to previous years. The increase in *E. coli* 0157:H7 incidence rates was attributed to four separate clusters that year.

The increase in Salmonellosis is attributable to the national trend of increasing Salmonella Enteritidis incidence, which represents about one third of all reported salmonella cases.

L'équipe provinciale de lutte contre les maladies transmissibles par l'eau et la nourriture contaminées est chargée de la surveillance, de l'élaboration de politiques et de directives ainsi que de la gestion des éclosions qui requièrent un soutien, une intervention ou un leadership provincial.

**Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques**

Des données sur la surveillance des maladies entériques sont présentées ci-dessous. Le tableau A-3 dresse une liste de taux d'incidence de maladie par 100 000 personnes pour les sept dernières années, et le Tableau A-4 indique le nombre de cas de maladie dans chaque région de santé de la province.

En 2012-2013, les cas de campylobactériose, d'infection à *E. coli* 0157:H7 et de shigellose ont été généralement stables ou légèrement en déclin; cependant, le taux d'incidence d'*E. coli* 0157:H7, de campylobactériose, de giardiase et de salmonellose a augmenté comparativement aux années précédentes. L'augmentation du taux d'incidence d'*E. coli* 0157:H7 a été attribuée à quatre souches distinctes au cours de cette année.

L'augmentation du taux d'incidence de salmonellose est attribuable à une tendance nationale à la hausse de l'incidence de Salmonella Enteritidis, ce qui représente environ le tiers de tous les cas signalés d'infection à salmonella.

**Table A-3 Enteric, Food and Waterborne Diseases Incidence Rates (per 100,000) by Fiscal Year, 2005 to 2012**

Disease	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Campylobacteriosis	25.9	20.1	23.1	21.4	25.2	17.3	20.5	24.5
Giardiasis	11.1	12.3	11.8	14.6	14.1	15.3	12.3	17.3
<i>E. coli</i> 0157:H7	2.8	2.8	4	1.7	1.9	1.9	0.7	4
Salmonellosis	16.8	19.6	17.7	13.9	14.8	19.4	20.4	19.6
Shigellosis	1.6	0.3	0.5	0.9	1.2	0.8	0.9	0.8

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013.

**Tableau A-3 - Taux d'incidence des maladies entériques, alimentaires et hydriques (par tranche de 100 000 habitants) par année financière, de 2005 à 2012**

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Campylobactériose	25,9	20,1	23,1	21,4	25,2	17,3	20,5	24,5
Giardiase	11,1	12,3	11,8	14,6	14,1	15,3	12,3	17,3
<i>E. coli</i> 0157:H7	2,8	2,8	4	1,7	1,9	1,9	0,7	4
Salmonellose	16,8	19,6	17,7	13,9	14,8	19,4	20,4	19,6
Shigellose	1,6	0,3	0,5	0,9	1,2	0,8	0,9	0,8

Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013.

**Table A-4 Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases by Health Region, Fiscal Year 2012**  
**Tableau A-4 - Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques par zone, Exercice 2012**

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Campylobacteriosis/Campylobactériose	53	21	35	38	10	23	5	185
Giardiasis/Giardiose	35	36	36	5	2	18	1	133
<i>E. coli</i> 0157:H7/ <i>E. coli</i> 0157:H7	3	5	8	0	0	3	11	30
Salmonellosis/Salmonellose	39	27	28	8	11	24	11	148
Shigellosis/Shigellose	1	1	0	0	2	2	0	6

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013./ Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013.

**Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBBIs)**

Sexually transmitted and bloodborne infections (STBBIs) 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 STBBIs. The Communicable Disease team, Sexual Health Centres, HIV Testing Program, the Healthy Learners' in School Program, the Early Childhood Initiative and the Immunization Program are involved in the control of STBBIs in New Brunswick.

The Sexual Health Program provides population health promotion services as well as clinical services to youth under 19 years of age.

**Surveillance of Sexually Transmitted Bloodborne Infections (STBBIs)**

Table A-5 illustrates that over time the incidence rate of STBBIs is increasing in New Brunswick. In 2012, incidence rates were lower than the previous year for all STBBIs.

**Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), 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. L'équipe provinciale de lutte contre les maladies transmissibles, les centres de santé sexuelle, le programme de dépistage du VIH, le programme Apprenants en santé à l'école, le programme Initiatives pour la petite enfance et le programme d'immunisation participent au contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Nouveau-Brunswick.

Le Programme de santé sexuelle fournit à la population des services sur le plan de la promotion de la santé ainsi que des services cliniques aux jeunes de moins de 19 ans.

**Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

Le tableau A-5 illustre l'augmentation au fil du temps du taux d'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Nouveau-Brunswick. En 2012, les taux d'incidence étaient inférieurs à ceux de l'année précédente pour toutes les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

**Table A-5 Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens Incidence Rates (per 100,000) by Fiscal Year, 2005 to 2012**

Disease	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Genital Chlamydia	193.7	179.8	164.3	199.1	212.7	253.6	255.3	242.1
Gonorrhea	4	4	5.9	5.4	6.4	10.0	8.2	4.9
Syphilis – All	0.9	0.9	1.6	1.5	2.5	6.6	9.8	4.2
Infectious	0	0.1	0.5	0.9	1.7	5.8	6.8	1.5
HIV	1.3	2.0	1.6	1.7	0.4	0.9	1.2	0.4
AIDS	0.7	0.4	0.4	0.3	0.1	0.3	0.0	0.3

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013.

**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 financière, de 2005 à 2012**

Maladie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chlamydirose génitale	193,7	179,8	164,3	199,1	212,7	253,6	255,3	242,1
Gonorrhée	4	4	5,9	5,4	6,4	10,0	8,2	4,9
Syphilis – toutes	0,9	0,9	1,6	1,5	2,5	6,6	9,8	4,2
Infectieuse	0	0,1	0,5	0,9	1,7	5,8	6,8	1,5
VIH	1,3	2,0	1,6	1,7	0,4	0,9	1,2	0,4
SIDA	0,7	0,4	0,4	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3

Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013

Chlamydia was the most frequently reported sexually transmitted disease in 2012 with an incidence rate of 242.1 per 100,000 and 1830 cases province wide.

La chlamydia a été l'infection transmissible sexuellement la plus signalée en 2012, avec un taux d'incidence de 242,1 par 100 000 et 1 830 cas signalés dans l'ensemble de la province.

New Brunswick experienced an outbreak of Syphilis which started in 2009 and was declared over in the first quarter of 2013. During the outbreak a total of 122 cases of syphilis were reported to Public Health. Most cases were seen in males in the Moncton, Saint John and Fredericton areas.

Le Nouveau-Brunswick a connu une éclosion de syphilis qui a débuté en 2009, et cette éclosion a été déclarée terminée au cours du premier trimestre de 2013. Durant l'éclosion, un total de 122 cas de syphilis ont été signalés à la Santé publique. La plupart des cas ont été signalés chez des hommes des régions de Moncton, Saint John et Fredericton.

**Table A-6 Number of Cases of Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens by Health Region, Fiscal Year 2012/ Tableau A-6 - Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement ou d'agents pathogènes transmissibles par le sang par zone, année financière 2011-2012**

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Genital Chlamydia/Chlamydirose génitale	706	321	522	44	24	160	53	1830
Gonorrhoea/ Gonorrhée	12	8	10	1	2	3	1	37
Syphilis – All/ Syphilis – toutes	6	9	13	0	1	2	2	32
Infectious/ Infectieuse	2	5	4	0	0	0	0	11
HIV/VIH	1	0	2	0	0	0	0	3
AIDS/SIDA	0	1	1	0	0	0	0	2

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch. The denominators used were population estimates from Statistics Canada, Demography Division; release date February 4 2013./ Source : Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles. Les dénominateurs utilisés étaient les estimations démographiques provenant de la Division de la démographie de Statistique Canada; publication le 4 février 2013.

### Population Health Promotion Services

Sexual health services are planned according to the population health promotion approach (PHP) and are delivered in community settings where vulnerable groups live, work and study. PHP services include multiple strategies to enhance sexual health awareness and education, advocate for policy development and foster partnership and capacity building.

The services target youth, young adults and other vulnerable groups such as, Men having Sex with Men (MSM), Injection Drug Users (IDU) and inmates across New Brunswick by Public Health nurses through a variety of programs (i.e. Sexual Health Centers, Healthy Learners in School Program and the Communicable Disease Program).

### Services axés sur la promotion de la santé de la population

Les services de santé sexuelle sont planifiés selon une approche de promotion de la santé ciblant la population, et ces services sont offerts dans les milieux communautaires où vivent, travaillent et étudient des groupes vulnérables. Les services de promotion de la santé ciblant la population comprennent de multiples stratégies en vue d'améliorer la sensibilisation à l'égard de la santé sexuelle et l'éducation en la matière, de prôner l'élaboration de politiques et de favoriser les partenariats et le renforcement des capacités.

Les services ciblent les jeunes, les jeunes adultes et les autres groupes vulnérables comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues injectables et les détenus dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick par l'intermédiaire de la Santé publique et dans le cadre d'une variété de programmes (p. ex., centres de santé sexuelle, programme Apprenants en santé à l'école et programme de lutte contre les maladies transmissibles).

Sexual health centers offer education sessions and individual consultations for clinical services to youth aged 19 years of age and under. In the fiscal year 2012-13, a total of 15,311 individuals participated in 535 education sessions. Most of these individuals were students in grades 9-12.

Individual consultations for counseling, testing and treatment, were provided to 9,705 individuals with the majority aged 16-19 years old. Females account for 92 per cent of these consultations.

#### *HIV Testing Services*

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 2012-13, the Public Health HIV Testing Program provided testing and counselling services to 362 individuals in the community; 79 inmates were tested in Public Safety's correctional facilities in 2012-13.

#### *Needle and Syringe Exchange Program*

Since 1999, the Office of the Chief Medical Officer of Health has been funding AIDS service organizations to deliver a needle/syringe exchange program. In April 2012, AIDS New Brunswick launched an outreach needle exchange program in Miramichi. Services are also available in Fredericton, Miramichi, Moncton and Saint John.

Needle exchange programs are recognized by Public Health experts as an effective harm reduction strategy in preventing the spread of HIV as well as hepatitis B and C viruses.

OCMOH also provides funding for program coordination, needles, syringes, crack kits, condoms and dental dams to AIDS service organizations.

In 2012-13, a total of 3217 clients (65 per cent males) have accessed the needle exchange program with 60 per cent of the total number of needles distributed returned for disposal. This was a significant increase from 2011-12, where only 40 per cent of the needles distributed were returned for disposal.

#### *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. This provides New Brunswick residents access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2012-13, the STI Info line responded to 262 calls for advice, information and referral.

#### **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

Les centres de santé sexuelle offrent des séances éducatives et des consultations individuelles pour les services cliniques aux jeunes âgés de 19 ans et moins. Au cours de l'exercice financier 2012-2013, un total de 15 311 personnes ont pris part à 535 séances éducatives. Dans la plupart de cas, il s'agissait d'élèves de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année.

Les consultations individuelles pour du counseling, des tests et des traitements ont été données à 9 705 personnes dont la majorité étaient âgées de 16 à 19 ans. Les filles représentaient 92 pour cent de ces consultations.

#### *Services de dépistage du VIH*

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 2012-2013, le programme de dépistage du VIH de la Santé publique a fourni des services de dépistage et de counseling à 362 personnes au sein de la collectivité; au cours de l'exercice, 79 détenus ont subi un dépistage dans les établissements correctionnels de la Sécurité publique.

#### *Programme d'échange d'aiguilles et de seringues*

Depuis 1999, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef finance les organismes de services en matière de sida pour déployer un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. En avril 2012, le groupe SIDA Nouveau-Brunswick a étendu le programme d'échange de seringues à Miramichi. Des services sont aussi offerts à Fredericton, Miramichi, Moncton et Saint John.

Les spécialistes en santé publique reconnaissent que les programmes de distribution de seringues sont une stratégie efficace de réduction des méfaits en vue de prévenir la propagation du VIH et des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.

Le BMHC finance également le coût de la coordination du programme, des aiguilles, des seringues, de trousse pour utilisateurs de crack, des préservatifs et des digues dentaires pour les organismes de services en matière de sida.

En 2012-2013, un total de 3 217 clients (65 pour cent d'hommes) ont bénéficié du programme d'échanges d'aiguilles, et 60 pour cent des aiguilles distribuées ont été retournées à des fins d'élimination. Il s'agissait d'une augmentation significative par rapport à 2011-2012, alors que seulement 40 pour cent des aiguilles distribuées avaient été rapportées à des fins d'élimination.

#### *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 ainsi communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. En 2012-2013, la ligne d'information sur les ITS a répondu à 262 appels de gens qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage.

#### **Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses**

Les maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses sont des maladies pouvant être transmises par les animaux à l'homme. Celles-ci comprennent la rage, la maladie de Lyme et le

has sporadic reports of human cases associated with these diseases. The main components of the vectorborne and zoonotic disease program include the prevention of disease in people through public and professional awareness and education, surveillance of cases and consultation regarding interventions as appropriate, such as post exposure prophylaxis for persons exposed to suspect rabid animals. Areas in the province that are known to have blacklegged ticks that carry the bacteria that causes Lyme disease are Millidgeville area near Saint John, and Grand Manan Island. The potential expansion of localized tick populations makes it difficult to precisely define the geographic limits of this population. 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 education.

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, artificial tanning, health impact assessment, healthy built environments, shale gas, etc...

Specific activities carried out by Health Protection staff in regional offices in 2012-13 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,

virus du Nil occidental. Quelques cas humains sporadiques de ces maladies ont été déclarés au Nouveau-Brunswick. Les principaux volets du programme de lutte contre les maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses comprennent la prévention des maladies par des mesures de sensibilisation et d'information du public et des milieux professionnels, la surveillance des cas et la consultation à propos des interventions spécifiques, le cas échéant, notamment la prophylaxie post-exposition des personnes exposées aux animaux présumés enrégés. Les régions de la province connues pour contenir des populations de tiques aux pattes noires porteuses de la bactérie causant la maladie de Lyme sont le secteur de Millidgeville près de Saint John et l'île Grand Manan. Les limites géographiques des zones contenant des populations de tiques sont difficiles à établir avec précision, car il est toujours possible qu'une population localisée s'étende. 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 la Direction 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, le bronzage artificiel, l'évaluation de l'incidence sur la santé, les environnements bâtis sains 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 2012-2013 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

maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance 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 2012-13, 4,012 licenses were issued to New Brunswick food premises; this is an decrease of 47 licenses. Public health inspectors conducted 8,175 inspections of licensed establishments. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 397 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.

l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes 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 2012-2013, 4 012 permis ont été délivrés à des établissements de services alimentaires au Nouveau-Brunswick, ce qui représente une baisse de 47 permis. Les inspecteurs de la Santé publique ont mené 8 175 inspections d'établissements titulaires. Les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 397 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 étant un moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire.

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

	2011-12	2012-13
High/Élevé	1,269	1505
Medium/Moyen	5,892	6036
Low/Faible	626	634
<b>Total</b>	<b>7,780</b>	<b>8,175</b>
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	4,059	4,021
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	14	8
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	847	397
*The number of high risk food premises inspections increased from 1269 in 2011-12 to 1505 in 2012-13. This may be the result of further implementation of the Food Premise./*Le nombre d'inspections dans des établissements de services alimentaires à risque élevé est passé de 1 269 en 2011-2012 à 1 505 en 2012-2013. Cette augmentation peut être due à la mise en œuvre accrue des inspections des locaux destinés aux aliments.		
**The decrease in food handlers trained is a result of certified food handlers obtaining their training on-line or in person through a private service provider. Public Health Inspectors offered training to non-certified food handlers./**La diminution du nombre de manipulateurs d'aliments formés est due au fait que des manipulateurs d'aliments homologués ont suivi leur formation en ligne ou en personne auprès d'un fournisseur de services privé. Les inspecteurs de la Santé publique ont offert de la formation aux manipulateurs d'aliments non homologués.		

### 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.

Raw Milk Sampling	2011-12	2012-13
Number of raw milk samples tested	2,733	2619
Compliance:		
Bacteria Counts	98.17%	98.24%
Somatic Cell Count	96.56%	98.23%
Added Water	99.85%	100%
Number of inhibitor infractions	2	2

### Services agroalimentaires

#### Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, offre 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.

Échantillonnage du lait cru	2011-2012	2012-2013
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	2 733	2 619
Conformité :		
Énumérations bactériennes	98,17 %	98,24 %
Énumération des cellules somatiques	96,56 %	98,23 %
Eau ajoutée	99,85 %	100 %
Nombre d'agents inhibiteurs	2	2

### Dairy Farm Inspections

Approximately 213 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.

	2011-12	2012-13
Number of routine dairy farm inspections	226	216
Number of follow-up, quality and other inspections	423	344
Number of Premise Penalties (new as of 2011)	2	0

### Dairy Processors

Sample collection at licensed provincial dairies - product testing at the NB Dairy Laboratory and other labs.

	2011-12	2012-13
Number of samples		
Cheese	143	141
Butter	9	10
Yogurt	5	3

### 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.

	2011-12	2012-13
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	11	10
Milk Meter Calibrations	*0	*0

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

### 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.

	2011-12	2012-13
Number of licensed abattoirs	31	31
Number of abattoir inspections	158	157
Number of licensed Meat Shops	12	14
Number of Meat Shop Inspections	14	17

### Inspections de fermes laitières

Environ 213 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.

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	226	216
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	423	344
Nombre de pénalités imposées (nouveau à compter de 2011)	2	0

### 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 et à d'autres laboratoires

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'échantillons		
Fromage	143	141
Beurre	9	10
Yogourt	5	3

### Inspections 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.

	2011-2012	2012-2013
Inspections d'usines de fromagerie au lait cru et de pasteurisation	11	10
Étalonnages des compteurs à lait	* 0	* 0

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

### 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.

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'abattoirs ayant un permis	31	31
Nombre d'inspections d'abattoir	158	157
Nombre de boucheries détentrices d'un permis	12	14
Nombre d'inspections de boucherie	14	17

### 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.

	2011-12	2012-13
Number of BTMG inspections	32	32

### Bulk Milk Tank Truck

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

	2011-12	2012-13
Number of tanker inspections	31	30

### 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.

In 2012-13, 13 boil orders were issued in 12 New Brunswick communities.

	2011-12	2012-13
Number of bacteriological tests monitored*	12,710	12,835
Boil Orders Issued	26	13
Do Not Consume Orders Issued	0	0

\*Monitored at NB Analytical Services Laboratory.

#### Private Drinking Water Supplies

The Department of Health continues 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.

	2011-12	2012-13
Private Water Supplies		
Private well owner test submitted	8,174	7,254
Private well owners contacted	3,513	3,161

\*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.

### 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.

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'inspections par les 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.

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'inspections de camions-citernes	31	30

### 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.

En 2012-2013, 13 ordres de faire bouillir l'eau ont été délivrés dans 12 localités du Nouveau-Brunswick.

	2011-2012	2012-2013
Nombre d'analyses bactériologiques surveillées*	12 710	12 835
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	26	13
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.

	2011-2012	2012-2013
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis*	8 174	7 254
Propriétaires de puits privés contactés	3 513	3 161

\*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.

## 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 2012-13.

	2011-12	2012-13
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	48	58
Number of beaches closed	0	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. 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 2012-13, there were 78 individuals trained to install on-site systems under the *Public Health Act*. In 2012-13, 550 individuals were licensed to install systems under the *Public Health Act*.

On-Site Sewage Disposal System	2011-12	2012-13
Application Assessments	2,468	2,201
Inspections	2,027	1,773

## 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 2012-2013, on a émis des avis de sécurité pour six lacs concernant la prolifération des algues bleu-vert.

	2011-2012	2012-2013
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	48	58
Nombre de plages fermées	0	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 en santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système ainsi que 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 2012-2013, 78 personnes ont été formées à l'installation de réseaux autonomes en vertu de la *Loi sur la santé publique*. En 2012-2013, 550 personnes ont obtenu un permis pour l'installation de ces réseaux en vertu de la *Loi*.

Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place	2011-2012	2012-2013
Évaluation des demandes	2 468	2 201
Inspections	2 027	1 773

## 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.

	2011-12	2012-13
Indoor air quality investigations	241	169
Housing complaint investigations	529	348

\*There was a significant decrease in housing inspections in 2012-13, as there was a reduced flooding impact on residents compared to the previous year.

## 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 2012-13, public health inspectors conducted 1,576 institutional inspections.

	2011-12	2012-13
Special Care Home inspections	791	705
Daycares inspections	785	810

## 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	2012
15.3	17	15.5	16.1	17.4	16.3	15.2

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

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
23%	21%	20%	21%	19.2%	18.8%	17.3

The changes seen in the 2012 CTUMS data for New Brunswick, were not statistically significant.

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 less

## 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.

	2011-2012	2012-2013
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	241	169
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement*	529	348

\*Une baisse considérable des inspections de logement a été observée en 2012-2013, en raison d'une incidence réduite des inondations sur les résidents comparativement à l'année précédente.

## Santé en établissement

Le ministère de la Santé 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 2012-2013, les inspecteurs de la santé publique ont effectué 1 576 inspections d'établissements.

	2011-2012	2012-2013
Inspection des foyers de soins spéciaux	791	705
Inspections de garderies	785	810

## 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	2012
15,3	17	15,5	16,1	17,4	16,3	15,2

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	2012
23 %	21 %	20 %	21 %	19,2 %	18,8 %	17,3 %

Les changements perçus dans les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada pour le Nouveau-Brunswick étaient statistiquement peu significatifs.

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 1<sup>er</sup> 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 NB. 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 a diminué passant de 156 au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à moins de 20 par année au cours des

than 20 per year in the most recent years. Additionally, 57 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.

dernières années. En outre, 57 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, une 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 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	Avril à mars April-March 2012-13
Public Health/Santé publique	34 (69%)	20(77%)	14(64%)	7 (78%)	8 (44%)	9 (56%)	13 (100%)
Public Safety/Sécurité publique	6 (12%)	2(8%)	2(9%)	1 (11%)	4 (22%)	2 (12.5%)	0
Worksafe NB/Travail sécuritaire NB	9 (19%)	4(15%)	6(27%)	1 (11%)	6 (33%)	5 (31%)	0
Total complaints/Total des plaintes	49	26	22	9	18	16	13

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.

La *Loi sur les ventes de tabac* régit 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'étagères murales pour les produits de tabac. Les résultats d'inspection indiquent une bonne conformité avec cette modification de la *Loi*.

In 2012-13 inspectors reported a total of 881 administrative/ enforcement checks and recorded a combined compliance rate of 96.5 per cent. This is up from 92.5 per cent reported in 2011-12. Enforcement action resulted in the issuance of 17 written warnings and 20 fines.

En 2012-2013, les inspecteurs ont déclaré au total 881 contrôles administratifs et d'application, et ils ont enregistré un taux de conformité global de 96,5 pour cent. Ce taux représente une hausse par rapport au taux de 92,5 pour cent enregistré en 2011-2012. Les mesures d'application ont entraîné l'émission de 17 avertissements écrits et de 20 amendes.

As a result of information provided to the Department of Finance, one tobacco retailers had their tobacco license suspended for a period of 30 days this fiscal period.

Selon l'information fournie au ministère des Finances, un détaillant de produits du tabac a vu son permis suspendu pendant 30 jours au cours de cet exercice financier.

Compliance rates vary from year to year and are usually dependent on frequency of visits and enforcement strategies that are in place. In 2012-13, a change was made to the enforcement strategy, which may have impacted the four per cent increase in compliance.

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 2012-2013, un changement a été apporté à la stratégie d'application, ce qui a pu avoir une incidence sur l'augmentation de quatre pour cent de la conformité.

In 2012-13, Health Canada terminated their agreement with partnering provinces which helped to fund the *Tobacco Sales Act* program in New Brunswick. The program has continued to operate through funding provided by the Department of Health and the Department of Public Safety.

En 2012-2013, Santé Canada a mis fin à son entente avec les provinces partenaires, entente qui aidait à financer le programme de la *Loi sur les ventes de tabac* au Nouveau-Brunswick. Le programme a poursuivi ses activités grâce au financement assuré par le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité publique.

#### 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. Legislation was drafted in 2012-13 based partly on the results of the verification of compliance.

#### 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. La législation a été rédigée en 2012-2013 en se fondant partiellement sur les résultats de la vérification de la conformité.

## **Public Health Practice and Population Health**

This Branch is responsible for three essential areas of public health activity: public health practice, population health surveillance and population health. Public Health Practice includes such diverse activities as development of Public Health policy and standards, ongoing enhancement of professional Public Health skills, and facilitating communication and collaboration with stakeholders both within and outside the New Brunswick government. Population health surveillance includes collecting data, conducting analyses, and reporting trends concerning population health topics in New Brunswick to support evidence-informed decision making. Population health strategies and activities include planning and monitoring public health programs and activities aimed at improving the health of New Brunswickers, reducing health inequities among population groups, and mitigating the effects of inequities on individuals.

### **Healthy Babies...Healthy Families**

#### **Early Childhood Initiatives (ECI)**

Early childhood initiatives are a group of services that are offered to eligible young first-time mothers, throughout their pregnancies and during the postnatal period, until their children are two years of age. The services comprise home visits by Public Health nurses and Dietitians, prenatal vitamins and milk supplements, postnatal benefit program, and a Healthy Toddler Assessment for all 18 month children.

The regional health authorities are responsible for delivering the health-related programs of ECI.

#### **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 dietitian. During 2012-13, 675 clients participated in the ECI Prenatal Program. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements, 82 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**

The goal of the ECI Postnatal Program is to support the healthy growth and development of infants and children, enhance parenting abilities, nurture family resiliency, and to increase community capacity.

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, 35 per cent of the 6,649 babies assessed met

## **Pratique en santé publique et santé de la population**

Cette direction est responsable de trois champs d'activités essentiels en santé publique : la pratique en santé publique, la surveillance de la santé de la population et la santé de la population. La pratique en santé publique comprend diverses activités telles que l'élaboration de politiques et de normes relatives à la santé publique, le perfectionnement professionnel continu en santé publique et le soutien de la communication et de la collaboration avec les intervenants tant au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick qu'ailleurs. La surveillance de la santé de la population comprend la collecte de données, la réalisation d'analyses et la création de rapports sur les tendances relatives à des sujets d'intérêt pour la santé de la population au Nouveau-Brunswick dans le but d'appuyer un processus décisionnel éclairé par des données probantes. Au nombre des activités et des stratégies relatives à la santé de la population figurent la planification et le suivi des programmes et des activités de santé publique destinés à améliorer la santé des Néo-Brunswickois, à réduire les inégalités en matière de santé parmi les groupes de population et à atténuer les répercussions de ces inégalités sur les individus.

### **Bébés en santé... Familles en santé**

#### **Initiatives pour la petite enfance (IPE)**

Les Initiatives pour la petite enfance représentent un groupe de services qui sont offerts aux jeunes mères primipares admissibles, tout au long de leur grossesse et durant la période qui suit la naissance, et ce, jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de deux ans. Les services comprennent des visites à domicile par des infirmières et des diététistes de la Santé publique, l'offre de suppléments de vitamines prénatales et de lait, le Programme de prestation postnatale et une Évaluation du trotteur en santé pour tous les enfants âgés de 18 mois.

Les régies régionales de la santé sont chargées de la prestation des programmes de santé des Initiatives pour la petite enfance.

#### **Soins prénataux**

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 2012-2013, 675 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, 82 pour cent ont reçu de tels suppléments. Toute préoccupation dépassant la portée du programme sera acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

#### **Programme postnatal**

L'objectif du programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance est d'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.

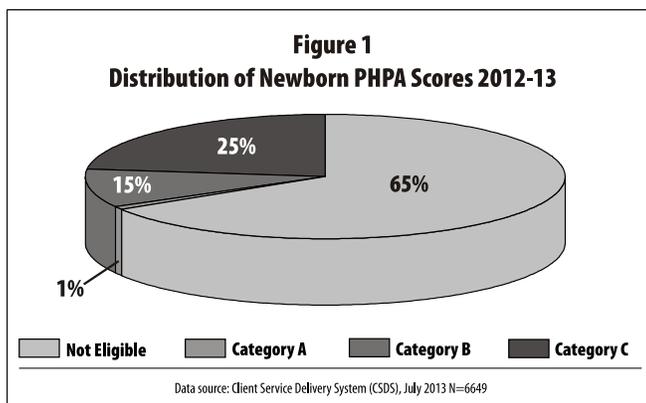
Dans le cadre du programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) pour évaluer chez les nouveau-nés, au cours des jours suivant leur naissance, des facteurs qui pourraient les mettre 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.



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, 3,618 infants and young children received postnatal services and 719 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 8,493 client home visits and 779 office visits.

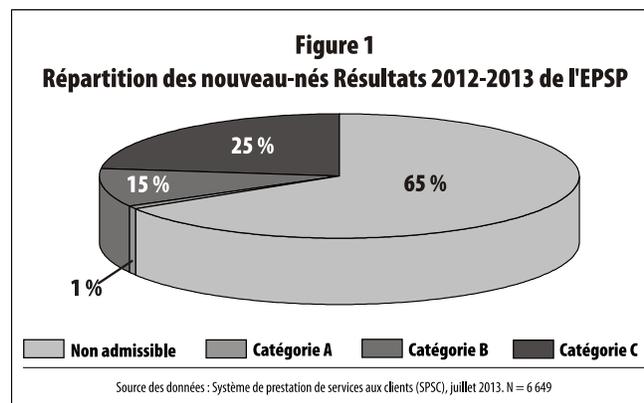
The Postnatal Benefit Program was implemented in April 2010. Under this program, eligible new mothers, including residents of First Nations communities are provided with financial assistance to encourage healthy lifestyles, including a wholesome diet in the first four months after giving birth. During the 2012-13 fiscal year, 1118 families benefited from this program.

pas de participer au programme, 35 pour cent des 6 649 bébés évalués répondaient aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

L'outil 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.



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, 3 618 nourrissons et jeunes enfants ont reçu des services postnataux et 719 nouvelles clientes ont été inscrites au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 8 493 visites à domicile et 779 visites au bureau.

Le Programme de prestation postnatale a été lancé en avril 2010. Dans le cadre de ce programme, les nouvelles mamans admissibles, incluant les résidentes de communautés de Premières Nations, reçoivent une aide financière au cours des quatre premiers 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 2012-2013, 1 118 familles ont bénéficié de ce programme.

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 377 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

### **Healthy Toddler Assessment**

The Healthy Toddler Assessment was introduced in New Brunswick in March 2013. This universal assessment, at 18 months-of-age, will allow for the earlier detection of health concerns and provide better sequencing with the Department of Education and Early Childhood Development preschool assessments, that are completed when the child is four years of age. The Healthy Toddler Assessment will eventually replace the public health 3.5 Year Old Health Clinic.

The overarching goal of the Healthy Toddler Assessment is to assess and support the healthy growth and development of young children by:

- Promoting healthy lifestyle practices and behaviours with the parent
- Early screening and assessment
- Identifying appropriate services within the community, for the parent or child
- Gathering data on New Brunswick children

The Healthy Toddler Assessment includes ten components that screen and/or assess both the parent and the child. These were developed after a thorough literature search and wide consultation, throughout the province, with various health and other stakeholders. The assessment includes a health risk questionnaire that asks about children's teeth, vision, hearing and safety. Other components relate to child development, growth, nutrition and immunizations. Parents are also questioned about their literacy, mental health and any concerns about their child's health.

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 six months, 6-12 months and Parents and Families. All parents receive these books following the birth of a child. In 2013, families attending the new Healthy Toddler Assessment, received Loving Care one-three years. This is the final book in the parenting series. 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.

### **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 still being offered to all preschoolers. Parents have

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 377 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.

### **Évaluation du trottineur en santé**

L'Évaluation du trottineur en santé a été mise en place au Nouveau-Brunswick en mars 2013. Cette évaluation universelle, réalisée à l'âge de 18 mois, permettra la détection plus précoce de problèmes de santé et offrira un meilleur enchaînement avec les évaluations préscolaires du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance qui sont réalisées quand l'enfant est âgé de quatre ans. L'Évaluation du trottineur en santé remplacera le dépistage à la clinique de santé pour les enfants de trois ans et demi.

L'objectif général de l'Évaluation du trottineur en santé est d'évaluer et de soutenir une croissance et un développement sains chez les jeunes enfants, ce qui comprend :

- Faire la promotion auprès du parent de comportements et de modes de vie sains.
- Effectuer le dépistage et l'évaluation précoces.
- Indiquer des services appropriés dans la communauté, pour le parent ou pour l'enfant.
- Procéder à la collecte de données sur les enfants du Nouveau-Brunswick.

L'Évaluation du trottineur en santé comprend dix éléments qui permettent de dépister ou d'évaluer les parents et l'enfant. Ces éléments sont le fruit d'une recherche documentaire approfondie et d'une vaste consultation menées à l'échelle de la province avec divers professionnels de la santé et d'autres intervenants. L'évaluation comprend un questionnaire sur les risques pour la santé qui interroge le parent à propos de la dentition, de la vision, de l'ouïe et de la sécurité de l'enfant. L'évaluation comprend aussi des composantes liées au développement, à la croissance, à la nutrition et à la vaccination de l'enfant. Les parents sont aussi interrogés à propos de leur littératie et de leur état mental, et ils sont invités à mentionner toute préoccupation concernant la santé de leur enfant.

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 six mois, De 6 à 12 mois ainsi que Parents et familles. Tous les parents reçoivent ces livres à la naissance d'un enfant. En 2013, les familles qui ont pris part à l'Évaluation du trottineur en santé ont reçu le livre Tendres soins : De un an à trois ans. Il s'agit du dernier livre de la série destinée aux parents. 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.

### **Clinique de santé pour les enfants âgés de trois ans et demi**

Les services de la clinique de santé pour les enfants âgés de trois ans et demi sont toujours offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des

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 2012-13, public health nurses saw 5,184 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 24.7 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment. The 3.5 Year Old Health Clinic will gradually be replaced by the Healthy Toddler 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 infant nutrition; 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 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.

Figure 2 depicts the annual percentage of babies being breastfed at birth among those born in New Brunswick, 2002-13. In 2012-13, 78 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding.

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 2012-2013, les infirmières de la Santé publique ont évalué 5 184 enfants à la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi. De ceux-ci, 24,7 pour cent ont été aiguillés vers d'autres professionnels pour subir des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe ou de la parole. Les cliniques de santé pour les enfants de trois ans et demi seront graduellement remplacées par l'Évaluation du trottineur en santé.

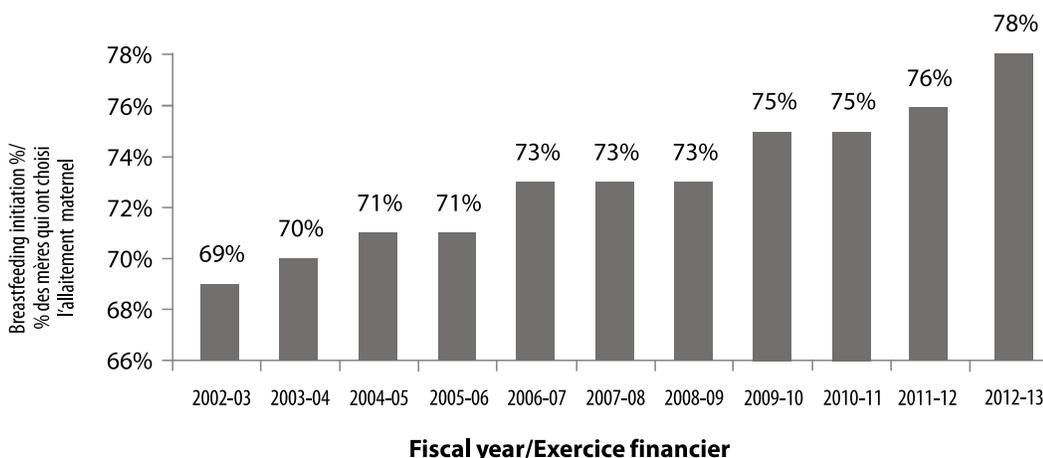
### Initiative Amis des bébés (IAB)

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'alimentation des nourrissons, 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. 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.

La figure 2 illustre le pourcentage annuel de bébés nés au Nouveau-Brunswick entre 2002 et 2013 qui ont été allaités à la naissance. En 2012-2013, 78 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement naturel.

**Figure 2**  
**Annual Percentage Infants Breastfed at Birth, New Brunswick, 2002-2013/**  
**Pourcentage annuel des nourrissons allaités à la naissance, Nouveau-Brunswick, 2002 à 2013**



Data source: Client Service Delivery System (CSDS)/Source des données : Système de prestation de services aux clients (SPSC)

## Healthy Nutrition

The Public Health Nutrition Framework for Action (2012-2016) outlines a co-ordinated approach for nutrition practice across the Public Health system in New Brunswick. To complement the release of the Framework in June 2012, OCMOH published an issue of "New Brunswick Health Indicators" reporting on the latest surveillance findings related to obesity. Key findings included:

- Two-thirds of adult New Brunswickers and one quarter of children and youth are overweight or obese.
- The adult obesity rate in New Brunswick is significantly higher than the national average.
- Fewer than half of New Brunswick's children and youth are eating fruits and vegetables at least five times per day and less than three-quarters engaged in daily leisure-time physical activity.

The Framework is being implemented and evaluated by the Office of the Chief Medical Officer of Health and the two regional health authorities. 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 Healthy and Inclusive Communities.

Public health dietitians 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 dietitians also supported the implementation of NutriSTEP<sup>®</sup>; a nutrition risk screening tool for children aged 18-months and 3-5 years.

The Department of Health supports a Tube and Supplemental Feeding Program which 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. Sixty two (62) children and youth were admitted to this program in 2012-13.

## 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

## Saine nutrition

Le Cadre d'action de la Santé publique en nutrition 2012-2016 décrit une approche coordonnée afin d'orienter les pratiques de la saine alimentation à l'échelle du système de santé du Nouveau-Brunswick. Pour compléter la publication de ce cadre d'action en juin 2012, le BMHC a publié un numéro de la publication « Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick » portant sur les plus récents résultats de surveillance liés à l'obésité. Les principaux résultats comprennent les suivants :

- Les deux tiers des adultes du Nouveau-Brunswick et le quart des enfants et des jeunes présentent un surpoids ou sont obèses.
- Le taux d'obésité chez les adultes du Nouveau-Brunswick est considérablement supérieur à la moyenne nationale.
- Moins de la moitié des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, et moins des trois quarts font de l'activité physique au quotidien dans leurs loisirs.

Le cadre d'action est mis en œuvre et évalué par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef et les deux régies régionales de la santé. Les diététistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les saines habitudes alimentaires 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'ententes de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires comprennent 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 des Communautés saines et inclusives.

Les diététistes de la Santé publique ont fourni du soutien au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes pour 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 diététistes de la Santé publique ont aussi appuyé la mise en œuvre de NutriSTEP<sup>MD</sup>, un outil de dépistage des risques en matière de nutrition pour les enfants âgés de 18 mois et de 3 à 5 ans.

Le ministère de la Santé appuie 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. En 2012-2013, 62 enfants et adolescents ont été admis dans 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.

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 in participating schools.

### **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.

A provincial advisory committee was put in place in 2012 to provide a forum to facilitate collaboration and sharing among partner organizations for the purpose of making recommendations to the Healthy Learners in School Program steering committee aimed at enhancing the program.

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 2012-13, 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.

### **Injury Prevention**

The Office of the Chief Medical Officer of Health released a framework for the prevention of unintentional injury in October 2012 in collaboration with the New Brunswick Trauma Program. The 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 population and reduce health inequities, as supported by data and evidence. To enhance the evidence base, OCMOH published two issues of "New Brunswick Health Indicators" elaborating on the burden of injuries in New Brunswick in 2011-12. Highlights of the reports include:

- Unintentional injuries result in approximately 5,500 acute-care hospitalizations and claim some 270 lives in New Brunswick each year.
- Unintentional injury is the leading cause of death among youth in New Brunswick, accounting for two out of five deaths among those aged 15-24.
- Falls are the most common cause of injury-related hospitalizations among seniors in New Brunswick.

Le rinçage buccal au fluorure est une mesure efficace pour prévenir les caries dentaires et renforcer l'émail des dents. Le programme de rinçage buccal au fluorure est un programme volontaire qui nécessite l'obtention du consentement parental. Ce programme est mené sur une base hebdomadaire chez les élèves de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> année dans les écoles participantes.

### **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.

Un comité consultatif provincial a été mis sur pied en 2012 pour offrir un forum en vue de favoriser la collaboration et le partage entre les organismes partenaires afin de faire des recommandations au comité directeur du programme Apprenants en santé à l'école en vue d'améliorer le programme.

Au départ, le programme ciblait les enfants de la maternelle à la 5<sup>e</sup> année, mais il a été étendu afin d'inclure les élèves de la 6<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> 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 2012-2013, 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 « Racines de l'empathie » mis en place dans plusieurs écoles de la province.

### **Prévention des blessures**

Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a publié en octobre 2012 un cadre de travail visant la prévention des blessures non intentionnelles en collaboration avec le programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick. L'objectif 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. Pour renforcer la base de données, le BMHC a publié deux numéros de la publication « Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick » portant sur le fardeau des blessures au Nouveau-Brunswick en 2011-2012. Les faits saillants des rapports comprennent ce qui suit :

- Les blessures non intentionnelles entraînent approximativement 5 500 hospitalisations en soins de courte durée et causent le décès d'environ 270 personnes chaque année au Nouveau-Brunswick.
- Les blessures non intentionnelles sont la principale cause de décès chez les jeunes du Nouveau-Brunswick, représentant deux décès sur cinq chez les jeunes de 15 à 24 ans.
- Les chutes sont la cause la plus fréquente d'hospitalisations liées à des blessures chez les personnes âgées au Nouveau-Brunswick.

- Socio-economic disparity is associated with a higher injury burden. Evidence indicates that the provincial rate of hospitalizations due to injury could be reduced significantly, by more than 10 per cent, if social disparities were reduced.

The OCMOH works closely with many injury prevention stakeholders, including the New Brunswick 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 2012-13, 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, and other chronic conditions to populate the Canadian Chronic Disease Surveillance System.

- Les disparités socio-économiques sont associées à un fardeau plus élevé lié aux blessures. Les données probantes indiquent que le taux provincial d'hospitalisations liées à une blessure pourrait être diminué de façon significative, soit de plus de dix pour cent, si les disparités sociales étaient réduites.

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, 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 2012-2013, 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 ainsi été possible d'obtenir des données provinciales normalisées sur le diabète et d'autres maladies chroniques qui ont été incluses dans le Système national de surveillance des maladies chroniques.

## **CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS**

### **Mental Health Prevention/ Promotion Initiatives**

Several programs that are managed and/or supported by the Addiction, Mental Health, Primary Health Care and Extra-Mural 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. Through agreements with the regional health authorities, 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 2012-13 fiscal year, the activity centres received 1,868 distinct attendees, which represent a 2.0 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 2012-13, the 13 regionally-based Critical Incident Stress Management Teams responded to 64 critical incidents and participated in 27 education sessions/meetings throughout the province. These services have consisted of 13 meetings, 23 defusing, 41 debriefing and 14 in-service education sessions for 813 Emergency Services personnel and citizens of New Brunswick. The majority of calls for defusing or debriefing in 2012-13 were related to motor-vehicle accidents.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's main components are prevention, intervention, and postvention. 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). The program also includes a Provincial Trainers Network and a provincial surveillance project in collaboration with the Office of the Chief Coroner.

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.

To ensure that local suicide prevention committees are truly inclusive and that New Brunswickers impacted by

## **SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION AND 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, de soins de santé primaires et des services du Programme extra-mural 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. Par l'intermédiaire d'ententes avec les régies régionales de la santé, 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. 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 2012-2013, les centres d'activités ont reçu 1 868 participants distincts, ce qui représente une augmentation de deux 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 2012-2013, les 13 équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont répondu à 64 incidents critiques et participé à 27 séances ou réunions de formation dans l'ensemble de la province. Ces services ont consisté en 13 réunions, 23 désamorçages, 41 séances de bilan et 14 séances de formation en cours d'emploi pour 813 membres du personnel des services d'urgence et citoyens du Nouveau-Brunswick. En 2012-2013, la majorité des appels de désamorçage ou de séance de bilan étaient liés à des accidents de la route.

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. Le programme comprend un réseau provincial de formateurs et un projet provincial de surveillance en collaboration avec le Bureau du coroner en chef.

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 ont été 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.

Pour s'assurer que les comités locaux de prévention du suicide sont véritablement inclusifs et que les Néo-Brunswickois touchés par le

suicide have a representative voice, New Brunswick's regional suicide prevention committees are encouraging the participation of those directly impacted by suicide.

Collaboration also continued 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. The importance of engaging all levels of government to align suicide prevention initiatives was set as a national priority. The Mental Health Commission of Canada worked with the Canadian Association for Suicide Prevention, the Public Health Agency of Canada, Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and many others on the development of a National Collaborative on Suicide Prevention.

As the provincial government strives to encourage better collaboration among partners to reduce fragmentation, continued efforts were made by regional suicide prevention coordinators to engage First Nations. The full participation of First Nations representatives allows for leveraging and more integrated suicide prevention messaging and activities.

In 2012-13, specific activities related to suicide prevention included:

- A provincial and public suicide prevention resource library and a training and information web site. 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 were 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 87 times to a total of 1653 participants throughout the province. Also, one ASIST train-the-trainer workshop resulted in the certification of 13 new ASIST trainers in the province.
- SafeTalk is training that prepares anyone over the age of 15 to identify persons with thoughts of suicide and connect them to suicide first aid resources. Twelve sessions had a total of 189 participants. The regional suicide prevention committees created a strategic plan that would oversee the training of select community groups in SafeTALK. A train-the-trainer for 20 new SafeTALK trainers took place in Spring 2013.

suicide peuvent faire entendre leur voix, les comités régionaux du Nouveau-Brunswick en la matière encouragent la participation de ces personnes.

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. 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. La Commission de la santé mentale du Canada a travaillé avec l'Association canadienne pour la prévention du suicide, l'Agence de santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de nombreux autres organismes afin de mettre sur pied un collectif national sur la prévention du suicide.

Alors 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'assurer la participation des Premières Nations. La pleine participation des représentants des Premières Nations permet de tirer parti de messages et d'activités mieux intégrés sur la prévention du suicide.

En 2012-2013, les activités liées à la prévention du suicide étaient les suivantes :

- Une bibliothèque publique provinciale de ressources en prévention du suicide ainsi qu'un site Web de formation et de renseignements. 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 parrainées par les comités de prévention du suicide pour offrir 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 87 fois à 1 653 participants au total dans l'ensemble de la province. De plus, un atelier de formation des formateurs ASIST a permis la certification de 13 nouveaux formateurs ASIST dans la province.
- Le programme de formation SafeTALK prépare les personnes de plus de 15 ans à dépister les personnes qui ont des pensées suicidaires et à les mettre en contact avec des ressources d'aide. Les douze séances comptaient 189 participants au total. Les comités régionaux de prévention du suicide ont élaboré un plan stratégique visant à superviser la formation de certains groupes de la collectivité sur SafeTALK. Un programme de formation des formateurs visant à former 20 nouveaux formateurs SafeTALK a eu lieu au printemps 2013.

- SuicideCare 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 was initiated.

## Youth and Community Engagement

In the fiscal year 2012-13, the Division remained 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.

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.

Concerted efforts have been made over the last year to work closely with a variety of government and non-governmental stakeholders, such as those involved with the implementation of the Integrated Services Delivery (ISD) Pilot Project, DOTS NB, the RCMP, etc. Discussions surrounding the viability of having the NB Youth Engagement Initiative as part of the ISD framework were on-going.

A New Brunswick Youth Engagement Initiative Handbook for Implementation was finalized, to be released as an eBook in 2013. This resource was 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 youth engagement, information on building positive relationships between youth and adults, a list of useful practices to help guide a community's efforts and 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.

- SuicideCARE 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 mise de l'avant.

## Engagement de la jeunesse et de la communauté

Au cours de l'exercice 2012-2013, la division a poursuivi son engagement à promouvoir l'engagement de la jeunesse et des communautés dans la province du Nouveau-Brunswick et ses efforts pour favoriser 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 tracent la voie pour des changements positifs.

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.

Des efforts concertés ont été déployés au cours de la dernière année pour travailler en étroite collaboration avec une variété d'intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, comme ceux prenant part à la mise en œuvre du projet pilote de prestation intégrée des services (PIS), Connexions N.-B., la Gendarmerie royale du Canada (GRC), etc. Des discussions entourant la viabilité de l'Initiative d'engagement jeunesse au Nouveau-Brunswick dans le cadre du modèle de prestation intégrée des services se poursuivent.

Un guide de mise en œuvre de l'Initiative d'engagement jeunesse du Nouveau-Brunswick a été finalisé, et il sera publié en support numérique en 2013. Cette ressource a été créée en vue d'aider les collectivités qui désirent apporter des changements positifs dans leur région. Le guide 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.

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

En plus d'aider les collectivités à lancer l'initiative d'engagement de la 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 de substances nocives.

## **CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE**

### **Ambulance Services**

The Department of Health 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 2012-13:

- 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; 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 professionals as paramedics, emergency medical dispatchers, and flight nurses who provide patient care and service.

Currently the system operates with these personnel as well as 134 ambulances and 4 Clinical Support vehicles in 66 stations, 13 posts and 2 fleet centres.

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 2012-13 was 94,985 calls, representing an increase of 586 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

## **SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS**

### **Services ambulanciers**

Le ministère de la Santé est chargé de planifier, de financer, de surveiller et d'établir des normes et de fournir des orientations médicales pour les services d'ambulance. 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 2012-2013 :

- 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;
- 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.

ANB emploie environ 1 000 professionnels qui agissent en tant que travailleurs paramédicaux, répartiteurs médicaux d'urgence et personnel infirmier navigant pour prodiguer des soins et services aux patients.

À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi qu'avec 134 ambulances et 4 véhicules de soutien clinique répartis dans 66 stations, 13 postes et 2 centres de flotte.

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 94 985 en 2012-2013, ce qui représente une hausse de 586 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

capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able 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. The ANB Medical Communication Management Centre became the 175th EMD Accredited centre in the world during the 2012-13 fiscal year. This prestigious award of "EMD Center of Excellence", conferred by the International Academies of Emergency Dispatch, recognizes the commendable performance of the Medical Communication Management Centre and their exemplary commitment to providing quality services.

## **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. In 2012-13 a total of 32 new ambulances were delivered to Ambulance New Brunswick.

Potential improvements to ambulance vehicles continue to be pursued. A "mock up" of a proposed new design for the patient compartment was evaluated during 2012-13. It received positive feedback for the overall ergonomic improvements, including forward facing seating in the patient compartment. The proposed design also resulted in increased cab space. Areas for further redesign were also identified.

## **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. The inspection process conducted by the Quality Assurance Unit is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with New Brunswick standards. The Quality Assurance Officers also conduct random inspections of in-service ambulances which are completed un-announced at

cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités 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. Au cours de l'exercice 2012-2013, le Centre de gestion des communications médicales d'ANB est devenu le 175<sup>e</sup> centre à l'échelle mondiale à recevoir une accréditation EMD en tant que centre de communication d'urgence. Cette prestigieuse reconnaissance (Centre d'excellence EMD) remise par l'International Academies of Emergency Dispatch, souligne l'excellent rendement du Centre de gestion des communications médicales et son engagement exemplaire en vue d'offrir des services de qualité.

## **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, de 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. En 2012-2013, un total de 32 nouvelles ambulances ont été livrées à Ambulance NB.

Des améliorations potentielles aux ambulances continuent d'être réalisées. Une maquette de la nouvelle conception proposée pour le compartiment du patient a été évaluée au cours de l'exercice 2012-2013. Cette maquette a reçu des commentaires positifs pour les améliorations générales apportées sur le plan de l'ergonomie, incluant des sièges dirigés vers l'avant de l'ambulance dans le compartiment du patient. La conception proposée entraînait aussi une augmentation de l'espace de la cabine. Les possibilités de reconception ont aussi été déterminées.

## **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 les objectifs de rendement stipulés dans leur contrat. 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

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, licensure of clinical staff, paramedic recertification of the enhanced skill (E-skill) of Magill Forceps, vehicle maintenance, quality assurance reporting, etc. Further auditing is completed to ensure compliance to contractual performance deliverables including patient care, response time and data management.

During the administrative inspection completed in December, 2012 the Quality Assurance Unit conducted random audits 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.

Inspections conducted in 2012-13:

New Ambulance Inspections.....	33
Annual Ambulance Inspections.....	67
Random Ambulance Inspections.....	103
Follow-Up Ambulance Inspections.....	115
Facility Inspections.....	42
Follow-Up Facility Inspections.....	32
Administrative Inspection.....	1

## Ambulance Radio Enhancements

The Department of Health continues to work with the Department of Transportation and Infrastructure and Ambulance New Brunswick to improve ambulance base station capabilities. During 2012-13 the Department of Transportation and Infrastructure completed the installation of base radios in all ANB ambulance facilities. As older facilities are replaced the equipment will be upgraded as necessary.

## Paramedic Skill Enhancement

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

The National Occupational Competency Profile for Paramedicine was revised in early 2012 to expand the Primary Care Paramedic scope of practice to include intravenous initiation for fluid and medication administration and advanced airway management, among other competencies. This expanded scope of practice was adopted in New Brunswick in 2012.

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, à l'octroi de permis d'exercer pour le personnel clinique, au renouvellement du certificat des travailleurs paramédicaux en techniques avancées sur les pinces de Magill, 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 contractuels visés en matière de rendement, incluant les soins aux patients, le temps d'intervention et la gestion des données.

Durant l'inspection administrative effectuée en décembre 2012, l'Unité d'assurance de la qualité a effectué des vérifications aléatoires 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, le cas échéant.

Inspections réalisées en 2012-2013 :

Inspections des nouvelles ambulances.....	33
Inspections annuelles des ambulances.....	67
Inspections aléatoires des ambulances.....	103
Inspections de suivi des ambulances.....	115
Inspections des installations.....	42
Inspections de suivi des établissements.....	32
Inspection administrative.....	1

## 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. Au cours de l'exercice 2012-2013, le ministère des Transports et de l'Infrastructure a achevé l'installation de bases de radios dans toutes les installations pour ambulances d'ANB. Au fur et à mesure que les installations les plus anciennes seront remplacées, l'équipement sera mis à niveau, le cas échéant.

## 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.

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 en vue d'inclure notamment la perfusion de fluides et de médicaments par voie intraveineuse et les soins avancés des voies respiratoires. Ce champ d'activité étendu a été adopté au Nouveau-Brunswick en 2012.

Ambulance New Brunswick paramedics are also certified to perform removal of foreign body airway obstruction with the use of Magill Forceps which is certified as an enhanced skill (E-skill) by the ambulance system Provincial Medical Director.

During fiscal 2012-13 supplemental training was provided to paramedics for trauma management in support of the New Brunswick Trauma Program, management of anaphylaxis patients (life threatening allergic reactions) as well as diabetic emergencies. Continuing education was also provided in regards to cardiac arrest management protocols and policies.

## **Addiction, Mental Health, Primary Health Care and Extra-Mural Program**

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 continued to work collaboratively towards closer integration of these service delivery areas and support the regional health authorities in doing the same. For improved continuity of care and sustainable healthcare, integration from a primary healthcare perspective is necessary.

Staff continued to be involved in the direct organization and / or delivery of selective services where appropriate e.g. services that are 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 health zones. Within the fiscal year, a total of 1,725 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 Saint John (English) and Campbellton (bilingual). In 2012-13, 133 individuals accessed these services.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Zone 2 (Saint John area). This

Les travailleurs paramédicaux d'Ambulance Nouveau-Brunswick sont également certifiés pour l'enlèvement de corps étrangers obstruant les voies respiratoires au moyen de pinces de Magill, cette tâche étant certifiée en tant que compétence accrue par le directeur médical provincial des services d'ambulance.

Durant l'exercice 2012-2013, les travailleurs paramédicaux ont suivi une formation supplémentaire sur la gestion des traumatismes en soutien au Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick, sur la gestion des patients en situation d'anaphylaxie (réactions allergiques menaçant le pronostic vital) et sur les urgences diabétiques. De la formation continue leur a également été offerte en lien avec les protocoles et les politiques sur la prise en charge des arrêts cardiaques.

## **Programmes de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires et Programme extra-mural**

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. 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 directe 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'intermédiaire 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 de santé. Au cours de l'exercice, 1 725 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 de trois à quatre semaines est offert à Saint John (en anglais) et à Campbellton (bilingue). En 2012-2013, 133 personnes se sont prévaluées de ces services.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la zone 2 (région de

residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 146 individuals within the fiscal year.

The Department of Health 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 54 new admissions and 11 readmissions to the Portage facility in 2012-13.

For clients not requiring admission, each zone provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2012-13, preliminary data showed that 781 persons aged 18 years or less and 2,152 persons aged 19 or over received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 1,449 distinct individuals in 2012-13. The following is a breakdown of persons served:

- Zone 1 (Moncton area) served 358 people;
- Zone 2 (Saint John area) served 270 people;
- Zone 3 (Fredericton area) served 584 people;
- Zone 7 (Miramichi area) served 237 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 351 people.

## Mental Health Services

The Addiction and Mental Health Branch provides on-going leadership for the services and direction of mental health within the province. The branch supports the provincial development and implementation of the activities within and outside of the department, as outlined in The Action Plan for Mental Health in New Brunswick 2011-2018. The Action Plan was released publicly for National Mental Health Week in May 2011. The plan embodies a "whole of government" approach within 7 thematic areas (goals):

1. Transforming Service Delivery Through Collaboration
2. Realizing Potential Through an Individualized Approach
3. Responding to Diversity
4. Collaborating and Belonging: Family, Workplace and Community
5. Enhancing Knowledge
6. Reducing Stigma By Enhancing Awareness
7. Improving the Mental Health of the Population

Two full years of the Action Plan have been completed, with the implementation of many initiatives both within and outside the Department of Health. A public progress report was released in May 2013 as an accountability

Saint John). 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 146 personnes au cours de l'exercice financier.

Le ministère de la Santé a créé un partenariat avec Portage Atlantique pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intense 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 du ministère de la Sécurité publique. En 2012-2013, 54 nouveaux cas ont été admis et 11 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 2012-2013, les données préliminaires indiquent que 781 personnes âgées de 18 ans ou moins et 2 152 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 1 449 participants distincts en 2012-2013. Voici une répartition de ces clients :

- La zone 1 (région de Moncton) a servi 358 personnes.
- La zone 2 (région de Saint John) a servi 270 personnes.
- La zone 3 (région de Fredericton) a servi 584 personnes.
- La zone 7 (région de Miramichi) a servi 237 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 351 personnes.

## Services de santé mentale

La Direction du traitement des dépendances et de la santé mentale fournit un leadership constant à l'égard des services et de la santé mentale au sein de la province. La direction appuie l'élaboration et la mise en œuvre provinciales d'activités au sein du ministère et à l'extérieur de celui-ci, comme décrite dans le Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018. Ce plan d'action a été rendu public à l'occasion de la Semaine nationale de la santé mentale en mai 2011. Il traduit une approche « d'intervention gouvernementale dans son ensemble » dans sept domaines (objectifs) thématiques :

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

Le plan d'action vient de terminer sa deuxième année d'existence avec la mise en œuvre de nombreuses initiatives tant au sein du ministère de la Santé qu'à l'extérieur de celui-ci. Un rapport d'étape public a été publié en mai 2013 en tant que document

document for the large number of stakeholders who were involved with the plan's development, as well as providing information to the public on year one and two initiatives. All seven goals have had some level of activity during the first two years of the action plan.

The following is a list of a few key initiatives amongst all government departments for year one and two as outlined in the progress report:

Program guidelines called Change Vision: Helping People in Their Recovery Journey were developed and released in January 2013. The guidelines include a role for primary healthcare and focus on a recovery approach to care with the person at the centre of treatment.

- Introduction of early psychosis intervention within community mental health centres to allow for timely access for young adults when they and their family are faced with the challenges and changes that occur as a result of a serious mental illness.
- Evaluation of the integrated service delivery model, piloted in two areas to provide care for children and youth through multidisciplinary teams. Curriculum updates in schools to include units on mental wellness; and investments in training staff and developing community-based beds for youth that have a Not Criminally Responsible (NCR) designation in 2011-12.
- Collaboration to improve services took place between the Department of Health and First Nations stakeholders. A committee of representatives from the Department of Health, the RHA's and First Nations communities began developing concrete actions and deliverables for this population. A Healing to Wellness Court was established at Elsipogtog First Nation, incorporating First Nations practices and culture, and treatment to address not only criminal activity but its underlying causes.
- Government partners worked across departments to improve social determinants of health for persons living with mental illness. Regionally-based social and economic inclusion networks were linked with mental-health care providers and the Department of Health was an active participant on the Social Development Housing and Homelessness Committee.

### **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.

d'imputabilité pour le grand nombre d'intervenants ayant pris part à l'élaboration du plan, et il présentait de l'information au public sur les initiatives réalisées au cours des deux premières années. Les sept objectifs ont connu un certain niveau d'activité au cours des deux premières années du plan d'action.

Voici une liste d'initiatives clés réalisées parmi tous les ministères du gouvernement pour l'an un et l'an deux, telles que décrites dans le rapport d'étape :

Les lignes directrices du programme, intitulées Vision du changement : aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement, ont été élaborées et dévoilées en janvier 2013. Ces lignes directrices comprennent un rôle pour les soins de santé primaires, et elles mettent l'accent sur une approche de soins qui place les personnes au centre de traitement.

- L'introduction des services d'intervention précoce en cas de psychose dans les centres communautaires de santé mentale afin que les jeunes adultes puissent y avoir accès en temps opportun quand ils sont confrontés, ainsi que leur famille, à des situations difficiles ou à des changements découlant d'une maladie mentale grave.
- L'évaluation du modèle intégré de prestation de services, pilotée dans les deux régions afin d'offrir des soins aux enfants et aux adolescents par l'intermédiaire d'équipes multidisciplinaires. La mise à jour du programme dans les écoles pour inclure des unités sur le bien-être mental et l'investissement dans la formation du personnel et l'établissement de lits communautaires pour les jeunes qui ont été déclarés non criminellement responsables (NCR) en 2011-2012.
- La collaboration en vue d'améliorer les services a été établie entre le ministère de la Santé et les intervenants des Premières Nations. Un comité de représentants du ministère de la Santé, des régions régionales de la santé et des communautés de Premières Nations a commencé à élaborer des mesures concrètes pour obtenir des résultats attendus au sein de cette population. Un tribunal du mieux-être a été mis sur pied dans la Première Nation d'Elsipogtog, lequel tribunal incorpore les pratiques et la culture des Premières Nations, ainsi que des traitements, en vue de prendre en charge non seulement l'activité criminelle, mais aussi les causes sous-jacentes.
- Des partenaires gouvernementaux de différents ministères ont collaboré afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. Des réseaux d'inclusion sociale et économique basés en région ont été mis en relation avec des fournisseurs de soins en santé mentale, et le ministère de la Santé a été un participant actif au sein du comité sur le logement et l'itinérance du ministère du Développement social.

### **Centres de santé mentale communautaires (SMC)**

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des régions régionales de la santé. Les services sont offerts par l'intermédiaire 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'intermédiaire 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.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, through referrals by a doctor, self, or another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2012-13 fiscal year, there were 15,639 new referrals, of which 29 per cent were self-referral, and 21 per cent were referrals from a general practitioner.

Community Mental Health Centres provide assistance to two key client groups: children and adolescents, and adults. In the 2012-13 fiscal year, a total of 23,674 distinct individuals were served by CMHC's for screening, assessment, treatment or follow-up. This represents 31.3 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 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 2012-13 fiscal year, the Adult Community Mental Health program provided a total of 133,481 in-person services to 18,410 adults.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'intermédiaire 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 2012-2013, on a dénombré 15 639 nouveaux aiguillages, dont 29 pour cent autodirigés et 21 pour cent dirigés par un omnipraticien.

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 2012-2013, ces centres ont fourni des services de dépistage, d'évaluation, de traitement ou de suivi à 23 674 personnes distinctes au total. Cela représente 31,3 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 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'isolation sociale 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'intermédiaire 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 2012-2013, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes ont offert 133 481 services personnalisés à 18 410 adultes.

## **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 2012-13 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 50,329 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 2012-13 fiscal year, this unit had 1,401 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; 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 2012-13 fiscal year, Centracare and RHC had 14,657 and 64,880 in-patient days, respectively, for a total of 79,537.

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 2012-13 fiscal year, psychiatric units registered a total of 3,506 discharges, while CAPU had 32. Centracare and RHC registered 15 and 310 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 August 2012, the Minister of Health released A Primary Health Care Framework for New Brunswick. This policy framework is a 10-year vision that will serve as the foundation for creating a health care system that is more responsive to the needs of communities and individuals. The framework is the culmination of the significant work that was completed by the Primary Health Care Steering Committee, which

## **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 2012-2013, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pendant une période totale de 50 329 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 2012-2013, cette unité a enregistré 1 401 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 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 2012-2013, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 14 657 et 64 880 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 79 537 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 2012-2013, les unités psychiatriques ont enregistré 3 506 congés et l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, 32. Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 15 et 310 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 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 août 2012, le ministre de la Santé a publié le Cadre de soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick. Ce cadre politique est une vision sur 10 ans qui servira de base pour créer un système de soins de santé répondant mieux aux besoins des collectivités et des personnes. Ce cadre est l'aboutissement de travaux importants réalisés par le Comité directeur sur les soins de santé primaires, qui est composé de représentants du ministère de la Santé, de ministères partenaires importants et d'intervenants, par

includes representation from the Department of Health, key partner departments and stakeholders e.g. regional health authorities, health professional associations. The framework will chart the course for moving towards team-based, patient-focused care that results in improved access, improved health outcomes, more comprehensive and continuous care, and chronic disease prevention. Initiatives to be undertaken from the framework include:

- Completing ten community health needs assessments around the province by the end of 2014;
- Establishing family health teams around the province;
- Creating a Patient Voices Network which will enhance patient-centered care by involving patients in the design of health care service delivery;
- Establishing an electronic medical records system in partnership with the New Brunswick Medical Society;
- Creating the Connect NB Unattached Patient Registry by Spring 2013; and
- Developing an accountability framework by Fall 2013 to measure performance and clinical outcomes.

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 811 Service.

Resources are invested in a number of innovative projects to promote quality improvement of primary health care in the province. These projects focus on development of skilled teams of providers and improving access to primary health care services. In a collaborative effort between Primary Health Care Branch, the Office of the Chief Medical Officer of Health, and Department of Healthy and Inclusive Communities, the 3-Minute Empowerment project was launched province-wide in December 2010. Delivered in 90-minute training sessions, the focus of this program is to help healthcare professionals engage in effective partnerships with their patients to support positive behaviour changes. As of March 2013, more than 1000 trained providers improved their capacity to help patients to increase motivation and overcome barriers to change through the use of practical and efficient strategies. The results of the evaluation were extremely positive, with facilitators responding that they had enjoyed learning the training model and delivering the program to other health care providers. Overall, the health care providers who were trained felt that the training program was useful and relevant to their practice. The 3-Minute Empowerment model strengthened their practical knowledge and skills with respect to motivational interviewing and client-centered behavior change. Based on the results of the

exemple les régies régionales de la santé et les associations de professionnels de la santé. Ce cadre permettra de mettre en place un système de soins dispensés par des équipes, axé sur les patients, qui améliorera l'accès et les résultats pour la santé, débouchera sur la prestation de soins continus et plus complets, ainsi qu'une meilleure gestion des maladies chroniques. Les initiatives qui seront entreprises à partir de ce cadre comprennent ce qui suit :

- Réaliser dix évaluations des besoins en matière de santé dans toute la province d'ici la fin de 2014.
- Mettre en place des équipes de médecine familiale partout dans la province.
- Créer un réseau de discussion pour les patients. Il mettra davantage l'accent sur les soins axés sur les patients, en faisant participer ces derniers à la conception de la prestation de soins de santé.
- Établir un système de dossiers médicaux électroniques en partenariat avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- Créer un registre provincial des patients sans médecin d'ici le printemps 2013.
- Élaborer un cadre de reddition des comptes d'ici l'automne 2013 pour mesurer le rendement et les résultats cliniques.

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 pratiques 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 le service provincial de Télé-Soins 811.

Des ressources sont investies dans un certain nombre de projets innovateurs afin de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires dans la province. Ces projets visent à mettre sur pied des équipes qualifiées de fournisseurs et à améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires. Dans un effort de collaboration entre la Direction des soins de santé primaires, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef et le ministère des Communautés saines et inclusives, le projet Motivez vos patients en trois minutes a été lancé dans toute la province en décembre 2010. Ce programme est présenté en séances de formation de 90 minutes, et il consiste à aider les professionnels des soins de la santé à collaborer efficacement avec leurs patients en vue de les aider à adopter des changements positifs. En mars 2013, plus de 1 000 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. Les résultats de l'évaluation étaient extrêmement positifs; les animateurs ont affirmé qu'ils avaient bien aimé apprendre le modèle de formation et présenter le programme à d'autres fournisseurs de soins de santé. En général, les fournisseurs de soins de santé qui avaient reçu la formation estimaient que le programme de formation était utile et pertinent pour leur pratique. Le modèle Motivez vos patients en trois minutes a renforcé leurs compétences et leurs connaissances pratiques en ce qui concerne

evaluation, the program will become a permanent offering throughout the province.

The pilot project introduced in March 2010, Integration of Mental Health Care into Primary Health Care Service, produced positive results and was extended beyond 2012 to include primary health care providers in additional 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

In 2012-13, there were 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 helps provides improved rural access to primary health care service.

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 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, community development workers, respiratory therapists, and dietitians as well as addiction and mental health workers e.g. social workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs.

l'entrevue motivationnelle et le changement de comportement centré sur le client. À la lumière des résultats de l'évaluation, le programme deviendra une offre permanente dans l'ensemble de la province.

Le projet pilote lancé en mars 2010, Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires, a généré des résultats positifs et 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

En 2012-2013, on comptait au Nouveau-Brunswick sept centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Lamèque, Riverside-Albert, Saint John, Minto, Doaktown, Plaster Rock, ainsi qu'une pratique clinique en collaboration, le Centre de soins de santé Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle central 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.

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 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 de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances, par exemple des travailleurs sociaux. Les citoyens sont en mesure de consulter le fournisseur de soins le plus apte à répondre à leurs besoins.

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, 49,651 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.

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, 49 651 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des sept centres de santé communautaires, des centres de santé communautaires satellites et d'une pratique clinique en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition du nombre de clients servis dans chaque établissement.

<b>Community Health Centre Preliminary Statistics* 2012-13/Données préliminaires* sur les centres de santé communautaires 2012-2013</b>		
<b>Zone</b>	<b>Facility/Établissement</b>	<b>Clients Served/Clients desservis(1)</b>
Vitalité Zone 5	Centre de santé communautaire St-Joseph	10,079
Vitalité Zone 6	Centre de santé communautaire de St-Isidore	1,860
	Centre de santé communautaire de Lamèque	7,421
<b>Vitalité Health Network/Réseau de santé Vitalité</b>		<b>19,360</b>
Horizon Zone 1H	Albert County Health and Wellness Centre/ Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert	2,039
Horizon Zone 2	MediSanté	1,191
	St-Joseph's Community Health Centre/Centre de santé communautaire St Joseph	8,741
Horizon Zone 3	Centre de santé Noreen-Richard Health Centre <sup>(1)</sup> / Centre de santé Noreen-Richard <sup>(1)</sup>	1,478
	Central Miramichi Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Miramichi-Centre	2,487
	Tobique Valley Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Tobique Valley	3,445
	Queens North Community Health Centre/ Centre de santé communautaire de Queens-Nord	5,369
	Gibson Health Clinic/ Centre de soins de santé Gibson	5,541
<b>Horizon Health Network/Réseau de santé Horizon</b>		<b>30,291</b>
<b>Totals/Totaux</b>		<b>49,651</b>
<p>Note: (1) Statistics are considered preliminary until completion of year-end process with Regional Health Authorities./            Nota : (1) Les statistiques sont considérées comme étant préliminaires jusqu'à l'achèvement du processus de fin d'exercice avec les régies régionales de la santé.</p>		

## Chronic Disease Prevention and Management

In June 2011, the Minister of Health 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 is responsible for the planning, funding and monitoring of programs related to chronic disease prevention and management. Strategic priorities focus on those chronic conditions associated with high burden of care within the health care system, as well as improved care management that is associated with significant cost reduction and improved health status. The majority of unit's work continued to focus on 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, create the integrated strategy targeting the optimal management of blood pressure, blood sugar, lipids and early management of foot-related problems.

## 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 est responsable de la planification, du financement et de la surveillance des programmes liés à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Les priorités stratégiques mettent l'accent sur les conditions associées à un fardeau de soins élevé au sein du système de la santé ainsi que sur les cas où une meilleure gestion des soins se traduit par une importante réduction de coûts et une amélioration de l'état de santé. La majorité des travaux de l'unité continuera de mettre l'accent sur le déploiement et la mise en œuvre de 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, créent 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.

A diabetes registry was used to support planning as well as ongoing monitoring and evaluation. The following table profiles the distribution of persons with diabetes according to the A1c (glycated hemoglobin) test result. A1c is a measure of control of blood glucose levels. Therapy for most individuals with diabetes should be targeted to achieve an A1c result of less than or equal to 7 per cent. Maintaining good control of blood glucose is a key factor in avoiding complications associated with diabetes.

Other key outcome measures will be reported as they become available.

Un registre sur le diabète a été utilisé pour faciliter la planification ainsi que la surveillance et l'évaluation continues. Le tableau suivant présente la distribution des personnes atteintes de diabète en fonction du résultat au test de mesure du taux d'A1c (hémoglobine glyquée). Le taux d'A1c est une mesure du contrôle de la glycémie. Pour la majorité des personnes atteintes de diabète, le traitement doit viser un taux d'A1c inférieur ou égal à 7 pour cent. Le maintien d'un bon contrôle de la glycémie est un facteur clé pour éviter les complications associées au diabète.

Les autres mesures importantes seront signalées quand elles seront disponibles.

<b>Distribution of the averaged A1c results of person with diabetes, by fiscal year, allocated by zone of residence</b>					
<b>Fiscal year</b>	<b>A1c laboratory result range</b>	<b>2009-10</b>	<b>2010-11</b>	<b>2011-12</b>	<b>2012-13</b>
<b>Vitalité</b>					
	≤ 7%	44%	42%	45%	45%
	>7% & ≤9%	24%	27%	25%	24%
	> 9%	7%	7%	7%	7%
	No test	25%	24%	22%	24%
<b>Horizon</b>					
	≤ 7%	37%	35%	35%	36%
	>7% & ≤9%	26%	28%	29%	27%
	> 9%	8%	9%	10%	9%
	No test	29%	28%	25%	27%
<b>New Brunswick</b>					
	≤ 7%	39%	37%	39%	39%
	>7% & ≤9%	25%	28%	28%	26%
	> 9%	7%	8%	9%	9%
	No test	28%	27%	24%	26%

<b>Distribution des résultats pondérés du taux d'A1c chez les personnes atteintes de diabète, par exercice financier, selon la zone de la résidence</b>					
<b>Exercice financier</b>	<b>Plage des résultats de laboratoire du taux d'A1c</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2012-2013</b>
<b>Vitalité</b>					
	≤ 7 %	44 %	42 %	45 %	45 %
	>7 % & ≤9 %	24 %	27 %	25 %	24 %
	> 9 %	7 %	7 %	7 %	7 %
	Pas de test	25 %	24 %	22 %	24 %
<b>Horizon</b>					
	≤ 7 %	37 %	35 %	35 %	36 %
	>7 % & ≤9 %	26 %	28 %	29 %	27 %
	> 9 %	8 %	9 %	10 %	9 %
	Pas de test	29 %	28 %	25 %	27 %
<b>Nouveau-Brunswick</b>					
	≤ 7 %	39 %	37 %	39 %	39 %
	>7 % & ≤9 %	25 %	28 %	28 %	26 %
	> 9 %	7 %	8 %	9 %	9 %
	Pas de test	28 %	27 %	24 %	26 %

Source: New Brunswick Diabetes Registry/Registre du Nouveau-Brunswick pour le diabète.

## Summary of key deliverables in 2013

Pediatric Insulin Pump Program	108 children enrolled
Chronic Disease Self Management Patient Portal	436 users
Primary Care Office tools	5 additional forms published
Certification program in insulin dose adjustment	39 participants
Certified Diabetes Educator Bursary	20 bursaries provided
Collaborative provider education	3 sessions/ 79 providers
Pink Sheet – decision support tool	Province wide implementation
Case managers	Implemented in all zones
Innovation Fund	11 projects funded
Diabetes Clinic Evaluation	Underway
Live well Bien vivre	Underway in 6 communities
Screening of at-risk populations	11 First Nation communities; 644 individuals - 4.7% diagnosed with diabetes and 37.9% pre diabetes
Public Health Nutrition Framework	Published (Office of Chief Medical Officer of Health)
Enviromental Scan in Basal Prandial Insulin Management in hospital	Completed
Demonstration project of Basal Prandial implementation in Georges Dumont University Hospital Center	Completed – all units in hospital transitioned

## Sommaire des principaux résultats en 2013

Programme de pompes à insuline à usage pédiatrique	108 enfants admis
Portail sur l'autogestion des maladies chroniques	436 utilisateurs
Outils de travail pour les fournisseurs de soins primaires	5 formulaires additionnels publiés
Programme de certification sur l'ajustement de la dose d'insuline	39 participants
Bourses pour éducateurs agréés en diabète	20 bourses offertes
Formation de fournisseurs de soins en collaboration	3 séances / 79 fournisseurs de soins
Feuille rose – outil d'aide à la décision	Mise en œuvre dans toute la province
Gestionnaires de cas	Mise en œuvre dans toutes les zones
Fonds d'innovation	11 projets financés
Évaluation de cliniques du diabète	En cours
Live well / Bien vivre	En cours dans 6 collectivités
Dépistage au sein des populations à risque	11 collectivités de Premières Nations; 644 personnes – 4,7 % ont reçu un diagnostic de diabète et 37,9 % ont reçu un diagnostic de prédiabète
Cadre d'action de la Santé publique en nutrition	Publié (Bureau du médecin-hygiéniste en chef)
Analyse conjoncturelle de la gestion de l'insuline basale-prandiale à l'hôpital	Terminée
Projet de démonstration de la mise en œuvre basale-prandiale au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Terminé – toutes les unités de l'hôpital ont achevé la transition

<b>Pediatric Insulin Pump Program (PIPP)/Programme de pompes à insuline à usage pédiatrique (PIIP)</b>	
Overview of children (0-18 years) enrolled/Aperçu des enfants (0-18 ans) admis	Total
Applied to program in 2012-13/Demande d'admission au programme en 2012-2013	136
Participants joined the program in 2012-13 (began receiving pumps)/ Participants admis au programme en 2012-2013 (ont commencé à recevoir des pompes)	109
Total participants in Program (new + previous year enrollment)/ Total des participants au programme (nouveaux + patients admis l'année précédente)	113

<b>Profile of PIPP Contribution Amounts/Profil de la contribution au Programme de pompes à insuline à usage pédiatrique</b>		
2012-13	Device/Dispositif	Supplies/Fournitures
# families making \$0 contribution (fully supported by the program)/ Nombre de familles qui contribue 0\$ (pleinement subventionné par le programme)	21 families/familles	32 families/familles
Average GNB Contribution per participant/ Contribution moyenne du gouvernement du N.-B. par participant	\$4195	\$1149*
Total invoiced to GNB (Pumps and Supplies)/ Montant total facturé au gouvernement du N.-B. (pompes et fournitures)	\$522,292	
* This number includes invoicing for partial year as not all participants had been enrolled for entire period./Ce nombre comprend le montant facturé pour une année partielle, car les patients n'ont pas tous été admis pendant la totalité de la période.		

### **My Choices My Health**

The program My Choices My Health is in its fifth 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.

To date, over 1000 New Brunswickers have completed the 6-week program. Between April 2012 and March 2013, nine sessions were delivered across the province with 70 citizens fully completing the program. The province will continue to support the My Choices My Health sessions by contacting citizens to register them for a class, providing materials to facilitators who want to deliver classes and conducting post class evaluations. All chronic disease management programs supported by DoH will be under review 2013 in an effort to coordinate services, leverage resources and to make decisions on future (re) certifications and licensing.

### **Ateliers Mes choix – Ma santé**

Le programme Mes choix – Ma santé en est à sa cinquième 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.

À ce jour, plus de 1 000 Néo-Brunswickois ont complété le programme de six semaines. Entre avril 2012 et mars 2013, neuf séances ont eu lieu dans l'ensemble de la province, et 70 citoyens ont suivi le programme au complet. Le gouvernement provincial continuera d'appuyer les séances Mes choix – Ma santé en communiquant avec les résidents pour les inscrire à une séance, en fournissant la documentation nécessaire aux animateurs qui souhaitent présenter des séances et en menant des évaluations après séance. Tous les programmes de gestion des maladies chroniques qu'appuie le ministère de la Santé feront l'objet d'un examen en 2013 en vue de coordonner les services, d'exploiter au mieux les ressources et de prendre des décisions concernant l'accréditation et l'obtention de licences à l'avenir.

## 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, chronic diseases (My Choices My Health) and Patient Connect NB (the provincial patient registry). A Teletypewriter (TTY) service enables 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 500 service providers and supports 550 physicians across the province, and the network continues to expand yearly. It provided advice and information to one in five NB households for 78,000 health situations in 2012-13. Of particular note, 40 per cent of callers 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 in 2012-13.

Tele-Care 811 continues to grow and develop partnerships 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, cancer screening, 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.

## 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, sept jours sur sept, depuis février 1997. Télé-Soins continue d'augmenter et d'étendre ses services en ajoutant d'autres lignes d'aide sans frais pour les citoyens. À ce jour, Télé-Soins 811 offre des lignes d'information publique sur la rage, le virus du Nil occidental et de la grippe aviaire, sur de l'aide pour la dépendance au jeu, les infections transmissibles sexuellement, les maladies chroniques (Mes choix – Ma santé) et sur Accès Patient NB (registre provincial de patients). Un service d'appareil de télécommunication permet 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; de fait, Télé-Soins 811 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. Ainsi, le personnel infirmier peut 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 500 fournisseurs de services et de soutenir 550 médecins partout dans la province, un réseau qui continue de s'étendre chaque année. Ce service a donné des conseils et des renseignements à un ménage néo-brunswickois sur cinq dans le contexte de 78 000 situations de santé en 2012-2013. Il est intéressant de souligner que 40 pour cent des appelants 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. Les soins fournis ont permis de réduire de plus 15 000 le nombre de visites à l'urgence en 2012-2013.

Télé-Soins 811 continue de se développer et de créer des partenariats, et de miser sur des services qui aideront la population à se retrouver dans le système de santé afin de rechercher les niveaux de soins appropriés. Les secteurs d'intérêt actuels sont notamment la santé mentale, le dépistage du cancer, 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 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 Programme extra-mural en plus d'autres services de santé communautaires et en établissement.

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. Home oxygen therapy is provided to approximately 4.9 per cent of the EMP provincial caseload.

Currently, approximately 57 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 16 per cent; 75-84 years – 20 per cent; and over 85 years – 21 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 22 per cent of client services and adults (19-64 years) 21 per cent.

The EMP has 786 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2012-13, 22,397 clients were discharged from the program and 467,422 visits (314,242 nursing visits, 102,560 rehabilitation service visits, and 50,620 other clinical service visits) were carried out along with 175,462 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 29.8 discharges per 1,000 population estimate.

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. L'oxygénothérapie est offerte à environ 4,9 pour cent des cas du Programme extra-mural à l'échelle provinciale.

À l'heure actuelle, environ 57 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 – 16 pour cent, de 75 à 84 ans – 20 pour cent et de plus de 85 ans – 21 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 21 pour cent des clients.

Le Programme extra-mural emploie dans la province plus de 786 équivalents temps plein financés. En 2012-2013, 22 397 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites a atteint 467 422 (314 242 visites par des infirmières, 102 560 visites par le service de réadaptation et 50 620 visites par d'autres services cliniques) et 175 462 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a recensé 29,8 congés d'hôpital pour 1 000 habitants.

## New Brunswick Extra-Mural Program

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13*
<b>Nursing Services</b>				
Visits	310,339	308,613	315,404	314,242
Telephone Contacts <sup>(1)</sup>	115,849	112,931	112,841	114,949
<b>Rehabilitation Services<sup>(2)</sup></b>				
Visits	93,967	96,799	110,822	102,560
Telephone Contacts <sup>(1)</sup>	34,714	36,192	38,527	34,408
<b>Other Clinical Services<sup>(3)</sup></b>				
Visits	49,209	47,750	50,207	50,620
Telephone Contacts <sup>(1)</sup>	25,471	24,989	25,056	26,105
<b>Total Contacts</b>	<b>629,549</b>	<b>627,274</b>	<b>652,857</b>	<b>642,884</b>
Full-time equivalents (FTE's) <sup>(4)</sup>	789	792	804	786
Discharges	19,159	19,416	19,506	22,397
Expenditures related to Visits (\$M)	\$55.4	\$59.3	\$60.0	\$60.1
Direct Cost per Visit	\$127.37	\$130.88	\$126.02	\$128.67
Gross Expenditures (\$M)	\$73.1	\$74.4	\$77.9	\$77.7
Cost per Discharges	\$3,814	\$3,832	\$3,934	\$3,427

\* 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.

(4) Full-time equivalents FTEs are calculated based on MIS data as (Worked Hours + Benefit Hours + Purchased Hours)/1950 and includes both MOS and UPP.

Source: EMP Repository (from PtCT system) and Management Information System (MIS)

## Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

		2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013*
<b>Services infirmiers</b>	Visites	310 339	308 613	315 404	314 242
	Appels téléphoniques <sup>(1)</sup>	115 849	112 931	112 841	114 949
<b>Services de réadaptation<sup>(2)</sup></b>	Visites	93 967	96 799	110 822	102 560
	Appels téléphoniques <sup>(1)</sup>	34 714	36 192	38 527	34 408
<b>Autres services cliniques<sup>(3)</sup></b>	Visites	49 209	47 750	50 207	50 620
	Appels téléphoniques <sup>(1)</sup>	25 471	24 989	25 056	26 105
<b>Total des contacts</b>		629 549	627 274	652 857	642 884
ETP <sup>(4)</sup>		789	792	804	786
Congés		19 159	19 416	19 506	22 397
Dépenses liées aux visites (M\$)		55,4 \$	59,3 \$	60,0 \$	60,1 \$
Coût direct par visite <sup>(4)</sup>		127,37 \$	130,88 \$	126,02 \$	128,67 \$
Dépenses brutes (M\$)		73,1 \$	74,4 \$	77,9 \$	77,7 \$
Coût par congé		3 814 \$	3 832 \$	3 934 \$	3 427 \$

\* 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.

(4) Les équivalents temps plein sont calculés à partir des données du SIG comme étant (heures travaillées + heures d'avantage + heures achetées)/1 950 et comprennent la gestion et le soutien opérationnel ainsi les unités de production-personne.

Source : Système d'information sur le Programme extra-mural et système d'information de gestion (SIG)  
Services de réadaptation

## 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.

## 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.

### Hospital Rehabilitation Services 2012-13<sup>1</sup>

	Attendances	Telephone Contacts <sup>2</sup>
Audiology	24,380	1,690
Occupational Therapy	111,076	3,484
Physiotherapy	323,980	5,755
Speech Language Pathology	41,337	4,489

<sup>1</sup> Source: MIS Preliminary data

<sup>2</sup> Telephone Contact is service to clients over the telephone

### Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2012-13<sup>1</sup>

	Attendances	Telephone Contacts <sup>2</sup>
Occupational Therapy	6,281	509
Physiotherapy	6,914	252
Speech Language Pathology	1,476	93

<sup>1</sup> Source: MIS Preliminary data

<sup>2</sup> 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 – 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.

### Services hospitaliers de réadaptation 2012-2013<sup>1</sup>

	Présences	Appels téléphoniques <sup>2</sup>
Audiologie	24 380	1 690
Ergothérapie	111 076	3 484
Physiothérapie	323 980	5 755
Orthophonie	41 337	4 489

<sup>1</sup> Source : données préliminaires du SIG.

<sup>2</sup> Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

### Centre de réadaptation Stan Cassidy 2012-2013<sup>1</sup>

	Présences	Appels téléphoniques <sup>2</sup>
Ergothérapie	6 281	509
Physiothérapie	6 914	252
Orthophonie	1 476	93

<sup>1</sup> Source : données préliminaires du SIG.

<sup>2</sup> 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 régions régionales de la santé.

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les deux régions 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, 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 régions régionales de la santé et ils font partie intégrante des soins de santé.

## Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	Post Audit 2010-11	Post Audit 2011-12 <sup>10</sup>	Preliminary Data 2012-13
<b>Staffing</b>			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	15,244	15,194	14,972
<b>Hospital Inpatient Separations</b>			
Separations <sup>7</sup>	93,595	93,485	90,893
<b>Number of Separations/1,000 Population<sup>8</sup></b>	<b>124.3</b>	<b>123.8</b>	<b>120.2</b>
Total Length of Stay	1,125,124	1,084,499	1,069,583
Average Number of Days per Hospital Stay	12.0	11.6	11.8
Number of In-Hospital Deaths <sup>9</sup>	3,852	3,816	3,836
<b>Surgical Episodes</b>			
Surgical Episodes <sup>1</sup> - Inpatients	24,632	24,781	23,863
Surgical Episodes <sup>1</sup> - Day Surgery	42,722	43,238	42,823
Total Surgical Episodes	67,354	68,019	66,686
<b>Percent of Surgical Episodes - Inpatient</b>	<b>36.6%</b>	<b>36.4%</b>	<b>35.8%</b>
<b>Percent of Surgical Episodes - Day Surgery</b>	<b>63.4%</b>	<b>63.6%</b>	<b>64.2%</b>
<b>Obstetrics</b>			
Number of Deliveries	7,278	7,089	6,991
<b>Number of Deliveries/1,000 Population<sup>8</sup></b>	<b>9.7</b>	<b>9.4</b>	<b>9.2</b>
<b>Bed Occupancy</b>			
Maximum Number of Beds in Operation <sup>2,3</sup>	2,600	2,600	2,598
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs <sup>2</sup>	2,575	2,573	2,583
Average Daily Census <sup>2</sup>	2,387	2,364	2,400
Average Occupancy per Day <sup>2</sup>	92.7%	91.9%	92.9%
<b>Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Pop'n<sup>8</sup></b>	<b>3.2</b>	<b>3.1</b>	<b>3.2</b>
<b>Emergency Room Visits</b>			
Emergency Room Visits <sup>4</sup>	618,855	610,537	620,341
<b>Number of ER Visits/1,000 Population<sup>8</sup></b>	<b>822.0</b>	<b>808.3</b>	<b>820.6</b>
<b>Ambulatory Visits</b>			
Outpatients Clinic Visits	784,799	879,817	871,376
Dialysis Visits	81,398	83,023	85,653
Oncology Clinic Visits	83,983	86,875	88,882
<b>Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population<sup>8</sup></b>	<b>1,042.38</b>	<b>1,164.80</b>	<b>1,152.69</b>
<b>Diagnostic Tests</b>			
Laboratory Procedures (# tests performed) <sup>5</sup>	20,890,740	21,207,461	21,327,902
Laboratory Procedures – Inpatient	4,432,932	4,417,654	4,497,912
Laboratory Procedures – Outpatient	16,457,808	16,789,807	16,829,990
<b>Percent of Laboratory Procedures - Inpatient</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>
<b>Percent of Laboratory Procedures - Outpatient</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures <sup>6</sup>	1,155,908	1,132,632	1,107,178
CT (computerized tomography) Scan Exams	147,565	142,964	136,892
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	37,204	38,063	37,330
<b>Population estimates<sup>8</sup></b>	<b>752,892</b>	<b>755,335</b>	<b>755,950</b>

- Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections & 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.
- Excludes 2 palliative beds at Queens North Health Complex that closed due to staff shortages.
- 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. In 2012, number of exams are reflective of implementation of revised national reporting standards.
- Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
- Population - 2010/11 rate based on the 2010 population estimates, 2011/12 rate based on the 2011 population estimate and 2012/13 rate based on the 2012 population estimate prepared by Statistics Canada in February 2013, 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 2010-2011	Postvérification 2011-2012 <sup>10</sup>	Données préliminaires 2012-2013
<b>Dotation en personnel</b> Personnel (ETP) – Comprend hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	15 244	15 194	14 972
<b>Congés de l'hôpital des patients hospitalisés</b> Congés de l'hôpital <sup>7</sup>	93 595	93 485	90 893
<b>Nombre de congés pour 1 000 personnes<sup>8</sup></b>	<b>124,3</b>	<b>123,8</b>	<b>120,2</b>
Durée totale du séjour à l'hôpital	1 125 124	1 084 499	1 069 583
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	12,0	11,6	11,8
Nombre de décès à l'hôpital <sup>9</sup>	3 852	3 816	3 836
<b>Interventions chirurgicales</b> Interventions chirurgicales <sup>1</sup> – Patients hospitalisés	24 632	24 781	23 863
Interventions chirurgicales <sup>1</sup> – Chirurgie d'un jour	42 722	43 238	42 823
Nombre total d'interventions chirurgicales	67 354	68 019	66 686
<b>Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés</b>	<b>36,6%</b>	<b>36,4%</b>	<b>35,8%</b>
<b>Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour</b>	<b>63,4%</b>	<b>63,6%</b>	<b>64,2%</b>
<b>Obstétrique</b> Nombre d'accouchements	7 278	7 089	6 991
<b>Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes<sup>8</sup></b>	<b>9,7</b>	<b>9,4</b>	<b>9,2</b>
<b>Occupation des lits</b> Nombre maximal de lits disponibles <sup>2,3</sup>	2 600	2 600	2 598
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les RRS <sup>2</sup> ,	2 575	2 573	2 583
Recensement quotidien moyen <sup>2</sup>	2 387	2 364	2 400
Occupation moyenne par jour <sup>2</sup>	92,7%	91,9%	92,9%
<b>Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes<sup>8</sup></b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>
<b>Nombre de visites en salle d'urgence</b> Nombre de visites en salle d'urgence <sup>4</sup>	618 855	610 537	620 341
<b>Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes<sup>8</sup></b>	<b>822,0</b>	<b>808,3</b>	<b>820,6</b>
<b>Nombre de visites en soins ambulatoires</b> Nombre de visites à la clinique externe	784 799	879 817	871 376
Nombre de visites au service de dialyse	81 398	83 023	85 653
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	83 983	86 875	88 882
<b>Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes<sup>8</sup></b>	<b>1 042,38</b>	<b>1 164,80</b>	<b>1 152,69</b>
<b>Tests de diagnostic</b> Analyses en laboratoire (nombre effectuées) <sup>5</sup>	20 890 740	21 207 461	21 327 902
Analyses en laboratoire – Patients hospitalisés	4 432 932	4 417 654	4 497 912
Analyses en laboratoire – Patients externes	16 457 808	16 789 807	16 829 990
<b>Pourcentage d'analyses en laboratoire – Patients hospitalisés</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>
<b>Pourcentage d'analyses en laboratoire – Patients externes</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>	<b>79%</b>
Imagerie diagnostique – Total des examens/analyses <sup>6</sup>	1 155 908	1 132 632	1 107 178
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	147 565	142 964	136 892
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	37 204	38 063	37 330
<b>Estimations démographiques<sup>8</sup></b>	<b>752 892</b>	<b>755 335</b>	<b>755 950</b>

- 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 actifs, de réadaptation et chroniques. Exclut les berceaux, les lits d'Anciens Combattants Canada, les établissements de psychiatrie et les centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) ainsi que les patients hospitalisés en salle d'urgence.
- Exclut deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health qui a fermé en raison d'une pénurie de personnel.
- 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 RRS 2. En 2012, le nombre d'examen reflète la mise en œuvre des normes de rapport nationales révisées.
- Congés de l'hôpital - comprend les soins actifs, de réadaptation, chroniques, généraux et tertiaires, les lits d'Anciens Combattants Canada et les établissements de psychiatrie.
- Population – le taux de 2010-2011 est basé sur les estimations démographiques de 2010; le taux de 2011-2012 est basé sur les estimations démographiques de 2011, le taux de 2012-2013 est basé sur les estimations démographiques de 2012 préparées par Statistique Canada en février 2013 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 2012-13	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Days Stay	Average Length of Stay
1	Live born infants	4,584	9,346	2.0
2	Chronic obstructive lung disease	2,968	28,780	9.7
3	Acute myocardial infarction (heart attack)	2,800	12,376	4.4
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	2,164	51,263	23.7
5	Heart failure	1,762	20,930	11.9
6	Pneumonia	1,674	13,947	8.3
7	Perineal laceration during delivery	1,512	3,380	2.2
8	Care involving use of rehabilitation procedures	1,481	60,667	41.0
9	Gonarthrosis (arthritis of knee)	1,395	7,134	5.1
10	Pain in throat and chest	1,301	3,507	2.7
		<b>21,641</b>		
Percentage of Total Separations		<b>23.8%</b>		

## Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Exercice 2012-2013	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N <sup>bre</sup> total de cas	N <sup>bre</sup> total de jours de séjour	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	4 584	9 346	2,0
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2 968	28 780	9,7
3	Infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)	2,800	12 376	4,4
4	Autres soins médicaux (p. ex. : soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	2 164	51 263	23,7
5	Insuffisance cardiaque	1 762	20 930	11,9
6	Pneumonie	1 674	13 947	8,3
7	Lacération du périnée durant l'accouchement	1 512	3 380	2,2
8	Soins nécessitant des processus de réadaptation	1 481	60 667	41,0
9	Gonarthrose (arthrose du genou)	1 395	7 134	5,1
10	Douleur à la gorge et à la poitrine	1 301	3 507	2,7
		<b>21 641</b>		
Pourcentage du total de congés de l'hôpital		<b>23,8%</b>		

## Ten Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2012-13	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	1,964
2	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	1,464
3	Excision total, uterus (hysterectomy)	1,130
4	Implantation of prosthesis - hip joint (hip replacement)	1,120
5	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	935
6	Excision total, appendix (appendectomy)	778
7	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	584
8	Fusion, spinal vertebrae	553
9	Excision partial, large intestine (colectomy)	525
10	Excision partial, prostate (prostatectomy)	486
		<b>9,053</b>
Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients		<b>37.9%</b>

## Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Exercice 2012-2013 Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés		Nbre total de cas
1	Césarienne	1 964
2	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)	1 464
3	Excision totale, utérus (hystérectomie)	1 130
4	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)	1 120
5	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	935
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)	778
7	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)	584
8	Fusion de vertèbres de la colonne vertébrale	553
9	Excision partielle, gros intestin (colectomie)	525
10	Excision partielle, prostate (prostatectomie)	486
		<b>9 053</b>
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés		<b>37,9 %</b>

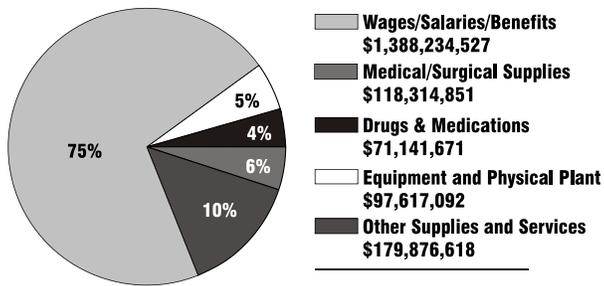
## Ten Most Frequent Surgeries in Day Surgery

Fiscal Year 2012-13 Top 10 Principle Surgical Episodes - Day surgery		Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)	10,478
2	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)	2,088
3	Inspection bladder (cystoscopy)	1,969
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	1,328
5	Implantation of tubes - tympanic membrane	1,108
6	Excision partial, uterus (dilation & curettage)	1,008
7	Repair, knee joint	1,007
8	Restore tooth	858
9	Release, nerve(s) of forearm & wrist (carpal tunnel)	806
10	Excision total, tonsils and adenoids	676
		<b>21,326</b>
Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery		<b>49.8%</b>

## Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Exercice 2012-2013 Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour		Nbre total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)	10 478
2	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)	2 088
3	Examen de la vessie (cystoscopie)	1 969
4	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	1 328
5	Insertion de tubes – membrane tympanique	1 108
6	Excision partielle, utérus (dilatation et curetage)	1 008
7	Réparation, articulation du genou	1 007
8	Réparation d'une dent	858
9	Libération, nerf ou nerfs de l'avant-bras et du poignet (canal carpien)	806
10	Excisions totales, amygdales palatines et pharyngiennes	676
		<b>21 326</b>
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour		<b>49,8 %</b>

## Distribution of RHA Expenditures 2012-13\*

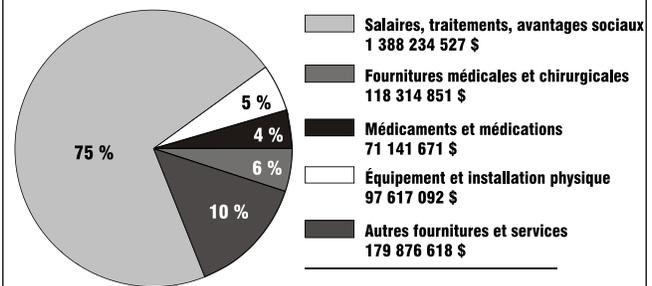


**Total (without Interdepartmental) \$1,855,184,759**

**Interdepartmental \$517,767**  
**Total (with Interdepartmental) \$1,855,702,526**

\*Excludes Corporate and FacilicorpNB  
 Data Source: Preliminary MIS as of June 18, 2013

## Répartition des dépenses des RRS 2012-2013\*



**Total (sans les dépenses interministérielles) 1 855 184 759 \$**

**Dépenses interministérielles 517 767 \$**  
**Total (avec les dépenses interministérielles) 1 855 702 526 \$**

\*Exclut les dépenses ministérielles et de FacilicorpNB  
 Source : Données préliminaires du SIG au 18 juin 2013

## Cardiac Care Program

- The New Brunswick Heart Centre provides tertiary cardiology services, including Cardiac Surgery, Interventional Cardiology and Electrophysiology Services, to New Brunswickers.
- During 2012-13, 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 which include:
  - 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.

## 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 2012-2013, 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 externes 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 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 blessures, l'éducation, la recherche, les politiques et les procédures, de même que l'amélioration de la qualité ont été créés et se rencontrent régulièrement.

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

- > The Moncton Hospital
- > Dr. Georges- L.- Dumont University Hospital Centrel
- > Dr. Everett Chalmers Hospital
- > Edmundston Regional Hospital
- > Chaleur Regional Hospital
- > Campbellton Regional Hospital
- > Miramichi 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.
- Development of the NB Trauma Registry is underway. The trauma registry is required to ensure accurate and complete data capture related to significant injury across New Brunswick. Data arising from the Registry is expected to guide improvements to processes of care in trauma within NB, and to guide injury prevention activity.

## 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

Dialysis becomes necessary when kidneys are failing and are no longer able to properly perform their primary function of waste products removal from the bloodstream. Three replacement methods currently exist: organ transplant, hemodialysis and peritoneal dialysis. While transplanting a kidney may be perceived as the preferred option, the scarcity of suitable and compatible donated

- 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 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
- > Hôpital régional de Campbellton
- > Hôpital régional de Miramichi

- Des traumatologues ont été ajoutés dans le 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.
- L'élaboration du registre des traumatismes du N.-B. est en cours. Le registre des traumatismes est nécessaire pour s'assurer d'avoir accès à des données exactes et complètes liées aux blessures importantes dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Les données provenant du registre devraient guider les améliorations à apporter aux processus de soins dans les cas de traumatisme au N.-B., et elles devraient servir de guide pour les activités de prévention des blessures.

## 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

La dialyse devient nécessaire quand le fonctionnement des reins commence à diminuer et quand ils ne sont plus en mesure d'éliminer adéquatement les déchets de la circulation sanguine. Il existe actuellement trois méthodes de traitement : la transplantation d'organe, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Alors que la transplantation d'un rein peut être perçue comme étant l'option privilégiée, la rareté des organes adaptés et

organs creates that most people suffering from chronic kidney disease will need to use the other two alternative methods at least temporarily or even permanently.

Hemodialysis is the prevalent method used to achieve dialysis. In this method, the dialysis, or filtration of waste products is executed by an artificial kidney machine called a dialyzer. Each hemodialysis treatment normally takes four to five hours and usually three to four treatments per week will be required. Peritoneal dialysis uses the peritoneal membrane of the abdomen to achieve the removal of waste products. Although a more natural independent approach, peritoneal dialysis may not be indicated for everyone.

In New Brunswick, hemodialysis is offered as a tertiary service performed mainly as an outpatient service located in a hospital or a hemodialysis clinic in the community. Depending on certain criteria such as, the availability of machines or other essential equipment support system (water purification) in the home, medical stability and level of autonomy, some clients may be candidate to perform their hemodialysis treatment in the comfort of their own home.

In 2012-13 over 866 clients received some form of dialysis treatment in one of the 11 sites across the province. Depending on the type of setting (nephrology centre, unit or satellite clinic) other types of services may be offered such as support and follow up services, client/family education, healthcare professional or service provider training, pre and post transplant services as well as case managing. Most units are operating at near full to full capacity. With pre-arrangements and upon availability of resources (staff and machines), visiting individuals on dialysis can receive their treatment while vacationing in our province.

The 11 sites consist of:

- **Nephrology Centres - 2 sites** (staffed with nephrologists): one in Moncton at the Dr. Georges L. Dumont University Hospital Centre and one in Saint John at the Saint John Regional Hospital, both centers provide clinical direction and support to units and satellite units,
- **Dialysis Units - 2 sites** (staffed with either nephrologists or internists): one located at the Edmundston Regional Hospital and one at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst,
- **Dialysis Satellite Clinics – 7 sites**: Miramichi, Sussex, St-Stephen, Fredericton, Waterville, Tracadie and Dalhousie. Note that satellite units only serve medically stable clients.

## Patient Safety

In 2012-13, the Department of Health 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.

compatibles fait en sorte que la majorité des personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique devront avoir recours à l'une des deux autres méthodes, au moins temporairement ou même de façon permanente.

L'hémodialyse est la méthode la plus utilisée pour effectuer la dialyse. Avec cette méthode, la dialyse, ou la filtration des déchets est effectuée par un appareil servant de rein artificiel que l'on appelle dialyseur. Chaque traitement d'hémodialyse dure normalement de quatre à cinq heures, et trois ou quatre traitements par semaine sont habituellement nécessaires. La dialyse péritonéale utilise la membrane péritonéale de l'abdomen pour assurer l'élimination des déchets. Bien qu'il s'agisse d'une approche indépendante plus naturelle, la dialyse péritonéale n'est pas indiquée pour tout le monde.

Au Nouveau-Brunswick, l'hémodialyse est offerte comme un service tertiaire, principalement en tant que service externe dans un hôpital ou une clinique d'hémodialyse située dans la collectivité. En fonction de certains critères, comme la disponibilité des appareils ou d'autres systèmes de soutien essentiels (purification de l'eau) dans la maison, la stabilité médicale et le niveau d'autonomie, certains clients peuvent être des candidats en vue de suivre leur traitement d'hémodialyse dans le confort de leur maison.

En 2012-2013, plus de 866 clients ont reçu une certaine forme de traitement de dialyse dans l'un des 11 centres situés partout dans la province. En fonction du type d'établissement (centre, unité ou clinique satellite de néphrologie), d'autres types de services peuvent être offerts, comme du soutien ou des services de suivi, de la formation au client ou à la famille, de la formation donnée par un professionnel de la santé ou par un fournisseur de service, des services avant ou après la transplantation, ainsi que la prise en charge de cas. La plupart des unités sont pratiquement exploitées au maximum de leur capacité. En prenant des dispositions à l'avance et selon la disponibilité des ressources (personnel et appareils), des personnes en visite qui ont besoin de traitements de dialyse peuvent recevoir leur traitement tout en étant en vacances dans notre province.

Les 11 centres sont classés comme suit :

- **Centres de néphrologie - 2 centres** (dotés de néphrologues) : un à Moncton au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et un à Saint John à l'hôpital régional de Saint John; ces deux centres offrent du soutien et des directives cliniques aux unités et aux cliniques satellites.
- **Unités de dialyse - 2 sites** (dotés en néphrologues ou en internistes) : une unité située à l'hôpital régional d'Edmundston et une unité située à l'hôpital régional Chaleur de Bathurst.
- **Cliniques satellites de dialyse - 7 sites** : Miramichi, Sussex, St. Stephen, Fredericton, Waterville, Tracadie et Dalhousie. Les unités satellites voient seulement aux patients dont l'état médical est stable.

## Sécurité des patients

En 2012-2013, 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.

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 setting 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.
- **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, 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 NB Department of Health became part of a trans-provincial collaboration between the Atlantic Provinces, in an effort 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.

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.
- **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 résistants aux antibiotiques** : Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des dommages causés par des organismes résistants 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 (TVP) et l'embolie pulmonaire.

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

De plus, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick s'est joint à une collaboration entre les provinces atlantiques, 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.

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

To pursue our objectives for quality and patient safety, the NB Department of Health in collaboration with the Canadian Patient Safety Institute delivered "Effective Governance for Quality and Patient Safety" to regional health authorities' board members and senior management.

In conjunction with the Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative, the NB Department of Health hosted the Atlantic Health Quality and Patient Safety Learning Exchange.

The Department of Health is working on a proposed *Health Services Quality Act* with a plan to be submitted at the fall setting legislation of 2013.

## **The Phenylketonuria (PKU) Program and Metabolic Screening Coordination Centre for New Brunswick**

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.

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

Afin d'atteindre nos objectifs en matière de qualité et de sécurité pour les patients, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients a présenté la trousse « Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients » aux membres du conseil et à la haute direction des régies régionales de la santé.

En partenariat avec la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a été l'hôte du « Partage de connaissances de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients ».

Le ministère de la Santé travaille actuellement sur une proposition de *Loi sur la qualité des services de santé*, et un plan devrait être présenté à la session d'étude des mesures législatives à l'automne 2013.

## **Programme de phénylcétonurie (PCU) et centre de coordination du dépistage métabolique pour le Nouveau-Brunswick**

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 préviendra 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 1<sup>er</sup> 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 phénylcétonurie a aussi commencé à gérer la commande et la livraison de cartes de prélèvement des échantillons et d'enveloppes spéciales prépayées pour leurs patients.

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

In November 2013, to ensure the program title reflects the work being done, the DH amended the title of the *PKU Case Management Program* to the *PKU Program and Metabolic Screening Coordination Centre for New Brunswick*.

In 2012-13, there was one new case of PKU. In total, 95 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, how serious they are and what to do about them.

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 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 Surgical Access initiative focuses on the time 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 Department of Health is mindful that the wait time window encompasses more than what is being reported via the current initiative. Nationally, there is movement toward measuring, monitoring and reporting on the wait time that occurs between the time when an individual is referred to see a specialist and the time of the appointment. This encompasses a great deal of the total waiting time and is currently not known. Preliminary work has occurred and will be one area of focus as we move forward with efforts to reduce wait times for New Brunswickers requiring surgery.

The surgical teams at each facility continue to actively work to reduce individual patient wait times. There have been continuous improvements. Please see Appendix A

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 novembre 2013, pour s'assurer que le titre du programme reflète les travaux réalisés, le ministère de la Santé a modifié le titre, le faisant passer de *Programme de gestion de la PCU* à *Programme de PCU et centre de coordination du dépistage métabolique pour le Nouveau-Brunswick*.

En 2012-2013, un nouveau cas de PCU a été détecté. Au total, 95 résidents du Nouveau-Brunswick sont atteints de phénylcétonurie et 14 d'hyperphénylalaninémie légère.

## **Gestion de l'accès aux soins chirurgicaux**

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 se situent les problèmes, leur degré de gravité et les solutions à y apporter.

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. 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, l'initiative sur l'accès aux soins chirurgicaux met l'accent sur le moment où la décision est prise d'opérer et où la demande d'intervention chirurgicale est reçue par le bureau de réservation ou de planification de la salle d'opération de l'établissement en question et le moment où l'intervention a lieu. 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 ministère de la Santé est conscient que les délais d'attente ne se limitent pas uniquement à ce qui est signalé dans le cadre de l'initiative actuelle. À l'échelle nationale, la tendance consiste à mesurer, à surveiller et à signaler le délai d'attente observé entre le moment où une personne est aiguillée vers un spécialiste et le moment du rendez-vous. Cette période représente une grande partie du délai d'attente total, et elle est actuellement inconnue. Des travaux préliminaires ont été réalisés et représenteront un domaine d'intérêt alors que nous irons de l'avant en vue de réduire les délais d'attente pour les Néo-Brunswickois ayant besoin d'une intervention chirurgicale.

Les équipes chirurgicales de chaque établissement continuent à travailler activement pour réduire les délais d'attente de chaque patient. On enregistre des améliorations continues. Veuillez

for complete Surgical Wait Time Trends for New Brunswick.

The Surgery New Brunswick public website [www.SurgeryNewBrunswick.ca](http://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 paediatric surgeries. The information can be viewed provincially, by community, by hospital, surgical specialty, or high volume surgical procedures.

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

consulter l'annexe A pour consulter les tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick.

Le site Web public Délais d'attente pour la chirurgie au Nouveau-Brunswick [www.chirurgienouveaubrunswick.ca](http://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 interventions chirurgicales, les interventions chirurgicales liées au cancer et les interventions chirurgicales pédiatriques. Les renseignements peuvent être consultés à l'échelle provinciale, par collectivité, hôpital, spécialité chirurgicale ou selon les interventions chirurgicales à haut volume.

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

<b>Surgical Wait Time Trends</b>				
<b>Wait time for all surgeries waiting as of:</b>	<b>March 31, 2011</b>	<b>March 31, 2012</b>	<b>March 31, 2013</b>	<b>% change from Mar. 31, 2011 to Mar. 31, 2013</b>
Median wait time in days	55	52	59	7.3%
90th percentile wait time in days	262	267	265	1.1%
Number of surgeries waiting longer than 12 months	660	641	585	-11.4%
<b>Wait time for cancer surgeries waiting</b>	<b>March 31, 2011</b>	<b>March 31, 2012</b>	<b>March 31, 2013</b>	<b>% change from Mar. 31, 2011 to Mar. 31, 2013</b>
Median wait time in days	14	12	18	28.6%
90th percentile wait time in days	59	65	73	23.7%

<b>Tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales</b>				
<b>Délais d'attente pour toutes les chirurgies en attente</b>	<b>31 mars 2011</b>	<b>31 mars 2012</b>	<b>31 mars 2013</b>	<b>% de changement du 31 mars 2011 au 31 mars 2013</b>
Délai d'attente médiane en jours	55	52	59	7,3 %
Délais d'attente du 90e percentile en jours	262	267	265	1,1 %
Nombre de chirurgies en attente pendant plus de 12 mois	660	641	585	-11,4 %
<b>Délais d'attente pour les chirurgies pour un cancer</b>	<b>31 mars 2011</b>	<b>31 mars 2012</b>	<b>31 mars 2013</b>	<b>% de changement du 31 mars 2011 au 31 mars 2013</b>
Délai d'attente médiane en jours	14	12	18	28,6 %
Délais d'attente du 90e percentile en jours	59	65	73	23,7 %

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

Percent of surgeries completed within timeframe	2010-11	2011-12	2012-13	% change from 2010-11 to 2012-13
Category I (within 3 weeks)	55%	55%	62%	12.7%
Category II (within 6 weeks)	62%	61%	63%	1.6%
Category III (within 3 months)	71%	69%	73%	2.8%
Category IV (within 12 months)	98%	98%	98%	0.0%
Surgeries completed within 12 months	98%	98%	99%	0.8%
Cancer surgeries completed within 6 weeks	90%	88%	89%	-1.1%
Cancer surgeries completed within 3 months	91%	88%	92%	1.1%

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

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2010-2011	2011-2012	2012-2013	% de changement de 2010-2011 à 2012-2013
Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	55 %	55 %	62 %	12,7 %
Catégorie II (dans un délai de 6 semaines)	62 %	61 %	63 %	1,6 %
Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	71 %	69 %	73 %	2,8 %
Catégorie IV (dans un délai de 12 mois)	98 %	98 %	98 %	0,0 %
Chirurgies complétées dans un délai de 12 mois	98 %	98 %	99 %	0,8 %
Chirurgies du cancer complétées dans un délai de 6 semaines	90 %	88 %	89 %	-1,1 %
Chirurgies du cancer complétées dans un délai de 3 mois	91 %	88 %	92 %	1,1 %

### Pan-Canadian Benchmarks - Percent of surgeries completed within Timeframes

Percent of surgeries completed within timeframe	2010-11	2011-12	2012-13	% change from 2010-11 to 2012-13
Total hip replacement (within 26 weeks)	74%	70%	73%	-1.4%
Total knee replacement (within 26 weeks)	64%	57%	59%	-7.8%
High-risk cataract surgery (within 16 weeks)	89%	91%	82%	-7.9%
Coronary Artery Bypass Graft (CABG):				
Level I (within 2 weeks)	83%	100%	75%	-9.6%
Level II (within 2-6 weeks)	82%	84%	85%	3.7%
Level III (within 6-26 weeks)	99%	100%	100%	1.0%
Hip fracture fixation (within 48 hours)	84%	85%	83%	-0.5%

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 August 22, 2013  
Source: NB Surgical Access Registry

## Références pancanadiennes – Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2010-2011	2011-2012	2012-2013	% de changement de
				2010-2011 à 2012-2013
Arthroplastie totale de la hanche (dans un délai de 26 semaines)	74 %	70 %	73 %	-1,4 %
Arthroplastie totale du genou (dans un délai de 26 semaines)	64 %	57 %	59 %	-7,8 %
Chirurgie de la cataracte à risque élevé (dans un délai de 16 semaines)	89 %	91 %	82 %	-7,9 %
Pontage aortocoronarien par greffe:				
Niveau I (dans un délai de 2 semaines)	83 %	100 %	75 %	-9,6 %
Niveau II dans un délai de 2 à 6 semaines)	82 %	84 %	85 %	3,7 %
Level III (dans un délai de 6 à 26 semaines)	99 %	100 %	100 %	1,0 %
*Réparation d'une fracture de la hanche (dans un délai de 48 heures)	84 %	85 %	83 %	-0,5 %

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 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les délais d'attente sont calculés à partir de la date et l'heure de l'admission à la date et l'heure de la chirurgie. Les données comprennent les transferts de patients hospitalisés provenant d'autres hôpitaux.”

Rapport achevé le 22 août 2013  
Source : Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick.

### Metabolic Newborn Screening Service

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 results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

In 2012-13 the service screened a total of 7087 newborns. From this total, the following positive disorders were

### Service de dépistage des troubles métaboliques 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 l'hypothyroïdie congénitale, les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour déceler les troubles métaboliques et génétiques 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.

En 2012-2013, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 087 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles

confirmed:

- one Phenylketonuria (PKU)
- two Congenital Hypothyroid (CH)
- two Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)
- one Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- one Glutaric Acidemia Type II (GAII)

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

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.

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. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years. New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening.

In 2012-13, a total of 6,488 newborns received a hearing screening test prior being discharged from the hospital. Another 260 newborns were tested as outpatients shortly after their discharge from the hospital.

suivants a été confirmé :

- un cas de phénylcétonurie (PCU);
- deux cas d'hypothyroïdie congénitale;
- deux déficits en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD);
- un déficit en acyl-coA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD);
- un cas d'acidémie glutarique de type II (AG II)

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 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.

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. Ce dépistage 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. 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.

En 2012-2013, un total de 6 488 nouveau-nés ont passé un test d'audition avant de recevoir leur congé de l'hôpital, tandis que 260 autres nouveau-nés ont été évalués en tant que patients externes peu de temps après avoir obtenu leur congé de l'hôpital.

RHA/RRS	Total Infants/ Total des nourrissons	Total Screened/ Total des nourrissons évalués	Total Not Screened/ Total des nourrissons non évalués	Total Passed/ Total de résultats normaux	Total Referred/ Nombre total d'aiguillages	Total Tested in OPD/ Total évalué en soins externes	Total Refusals/ Total de refus
Vitalité	1,879	1,591	288	1,320	233	240	*
Horizon	5,232	4,897	335	4,033	781	20	*
<b>NB Total (N.-B.)</b>	<b>7,111</b>	<b>6,488</b>	<b>623</b>	<b>5,353</b>	<b>1,014</b>	<b>260</b>	<b>9</b>

\*Number 5 or less./Cinq ou moins.

## Respiratory syncytial virus (RSV)

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 2012-13 was 136 which is a decrease from 145 in 2011-12. The total product cost of Synagis for 2012-13 was \$801,899.74 a decrease of \$6,017.54 from 2011-12.

## 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 in Bathurst, continues to accept new clients and follow existing clients from New Brunswick while working collaboratively with surgical sites located in Ontario, Quebec, Nova Scotia and Newfoundland and Labrador to ensure continuity of care.

Over the past five years the number of 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 worker has increased by 67 per cent. The number of clients for 2012-13 has increased by 18 from 2011-12 for a total of 154, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

## Virus respiratoire syncytial (RS)

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 2012-2013 était de 136, ce qui est une baisse par rapport à 145 en 2011-2012. Le coût total du Synagis pour 2012-2013 s'élevait à 801 899,74 \$, ce qui est une diminution de 6 017,54 \$ par rapport à 2011-2012.

## 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, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve et Labrador pour assurer la continuité des soins.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de clients qui ont été suivis par l'équipe d'implants cochléaires formée d'audiologistes et par d'autres partenaires provinciaux tels que des orthophonistes, des psychologues, des oto-rhino-laryngologistes et des travailleurs sociaux a augmenté de 67 pour cent. Le nombre de clients en 2012-2013 a augmenté de 18 par rapport à 2011-2012, passant à 154, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

### Annual Provincial Number of Clients/Nombre annuel de clients à l'échelle provinciale

2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
92	101	121	136	154

## Distribution of Clients by Health 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
46	26	21	*	*	39	10	*	154

\* Number of clients smaller than 10./Nombre de clients inférieur à 10.

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

Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
96	58*	154

\* 19 clients with bilateral implants; therefore total number of implants maintained and programmed: 173/ Parmi les clients, 19 ont reçu des implants bilatéraux, par conséquent, le nombre total d'implants maintenus et programmés était de 173.

### PET- CT Provincial Service

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, at the Saint John Regional Hospital.

In 2012-13 a second site was added to this provincial service, at the Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Center in Moncton. The service opened in July of 2012.

Since its inception, a maximum number of examinations were set per year for the provincial program. As improvements in technology and operations have been made, the provincial service has grown to meet the demands in an effort to maintain appropriate wait times. A total of 1222 examinations were performed in 2012-13.

The New Brunswick PET-CT Advisory committee has been very active in 2012-13. Its membership was reviewed and its mandate was revised to reflect the most current practice. GE Healthcare was chosen to perform a Lean Six Sigma process review, aiming at identifying potential improvements to the service. A report will be completed in 2013-14.

A subgroup has developed new indicators to improve reporting on the service activities. A review of the current clinical practice guidelines was also initiated. 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.

### Service provincial TEP/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 touchés par certains problèmes oncologiques à l'hôpital régional de Saint John.

En 2012-2013, un deuxième site a été ajouté à ce service provincial, soit au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont de Moncton. Le service a débuté en juillet 2012.

Depuis les débuts de ce service, un nombre maximum d'examens a été établi par année pour le programme provincial. À mesure que la technologie et les opérations se sont améliorées, le service provincial s'est développé pour répondre à la demande dans un effort visant à maintenir des délais d'attente appropriés. Au total, 1 222 examens ont été effectués en 2012-2013.

Le comité consultatif du TEP-CT du Nouveau-Brunswick a été très actif en 2012-2013. Son effectif a été passé en revue, et son mandat a été révisé afin de refléter les pratiques actuelles. L'entreprise GE Healthcare a été choisie pour appliquer le processus Lean Six Sigma afin de déterminer les améliorations potentielles pouvant être apportées au service. Un rapport sera rédigé en 2013-2014.

Un sous-groupe a élaboré de nouveaux indicateurs afin d'améliorer la production de rapports sur les activités du service. Un examen des lignes directrices pratiques cliniques actuelles a également été amorcé. Le service provincial et les médecins traitants qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent les respecter.

## 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 2012-13 was approximately \$26.1 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 Donation Program

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 initial inspection by Health Canada in the fall of 2009 and a second inspection in July 2012. The outcome of the inspections 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, these professionals 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 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 203 individuals in Canada who may not have otherwise received a kidney (current as of July 2013). The NBODP has also been involved in the

## 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 2012-2013, le coût du service pour le Nouveau-Brunswick s'élevait à environ 26,1 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 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.

## Programme de dons d'organes

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 initiale du Programme à l'automne 2009, et une seconde inspection a été réalisée en juillet 2012. Les résultats de l'inspection ont confirmé que le Programme était conforme 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 sont basées à Saint John et deux à Moncton) et travaillent avec zèle pour s'assurer que le public et les professionnels de la santé obtiennent le soutien et les renseignements nécessaires. Ces professionnels sont en disponibilité 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick travaille toujours étroitement avec la Société canadienne du sang pour offrir un soutien au programme d'échange de donneurs vivants. Deux coordonnateurs (un pour chaque région 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 203 personnes au Canada qui, autrement, n'auraient peut-être pas reçu un rein (renseignement à jour en date de juillet 2013).

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 Aug, 2013 there are 53 persons waiting for a kidney, 6 persons waiting for a heart and 8 persons waiting for a liver in New Brunswick.

As of March 31, 2013; 297,819 New Brunswick residents (39.7 per cent) have indicated their wishes to donate organs after death through the Medicare card registration.

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 août 2013, au Nouveau-Brunswick, 53 personnes attendaient un rein, 6 attendaient un cœur et 8 attendaient un foie.

Au 31 mars 2013, 297 819 résidents du Nouveau-Brunswick (39,7 pour cent) avaient indiqué leur souhait de faire un don d'organes après leur mort grâce à la procédure d'inscription de l'Assurance-maladie.

<b>Organ Donation/Dons d'organes</b>				
<b>Year/Année</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2012-2013</b>
Number of Referrals/Nombre de donneurs dirigés	32	22	22	25
Number of Donors/Nombre de donneurs	11	9	8	8
<b>Organs donated/Dons d'organes :</b>				
Heart/Cœur	6	2	5	4
Lungs/Poumons	2	10	6	6
Liver/Foie	11	9	7	5
Kidney/Reins	20	18	14	16
Pancreas/Pancréas	2	6	2	3
<b># of Recipients/Nbre de receveurs :</b>				
Heart/Cœur	4	0	6	4
Lungs/Poumons	9	1	3	6
Liver/Foie	9	4	5	5
Kidney/Reins	38	18	30	23
Pancreas/Pancréas	1	0	0	1
<b># on waiting list/Nbre de personnes sur la liste d'attente :</b>				
Heart/Cœur	1	1	4	6
Liver/Foie	13	13	9	8
Kidney/Reins	57	59	37	53
Kidney and pancreas/Rein et pancréas	1	0	0	0
Lungs/Poumons	0	1	0	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

## Stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique

### Immunoglobuline intraveineuse (IGIV)

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-

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 100,762.5 grams at a cost of \$5,571,253 which was comparable to the previous year but, due to favourable exchange rate, the cost decreased by \$323,385. The number of patients continuing IVIG treatment was 136 and the number of new patients for whom this product was prescribed in 2012-13 was 163 bringing the total number of patients to 299, which is a 4.2 per cent increase compared to the previous year.

Utilization and management programs have been developed to monitor and provide guidelines to ensure the product is used within an evidence based medicine approach.

## 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,
- 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.

Much evaluation has been completed in 2012 to review where further expansion of existing resources would be valuable. As such, work has been completed and in early fiscal 2013, a pilot project will be launched to include six of eight Regional Psychiatric Units and integrate the Mental Health Criteria Set which provides standardized clinical criteria for individuals receiving care within the scope of inpatient psychiatric units. Potential outcomes of this project include a possible reduction in length of stay as well as other efficiencies that would increase accessibility of psychiatric resources for those in the midst of crisis and/or in need of acute stabilization.

Ready for Discharge/Transition (RFD/T) refers to days where patients are clinically stable and therefore no

ci. Les patients qui souffrent d'immunodéficiences sont plus susceptibles aux infections mortelles. Des directives d'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse (IGIV) 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'IGIV distribuée par la Société canadienne du sang a été de 100 762,5 grammes à un coût de 5 571 253 \$, ce qui était comparable à l'année précédente, mais, en raison du taux de change favorable, le coût a diminué de 323 385 \$. Le nombre de patients qui ont continué leurs traitements d'immunoglobuline intraveineuse est de 136 et le nombre de nouveaux patients à qui ce produit a été prescrit en 2012-2013 est de 163, ce qui porte le nombre total de patients à 299, soit une hausse de 4,2 pour cent du nombre de patients par rapport à l'année précédente.

Des programmes d'utilisation et de gestion ont été élaborés pour surveiller et fournir des lignes directrices afin de s'assurer que le produit est utilisé dans le cadre d'une approche médicale fondée sur les preuves.

## Gestion de l'utilisation

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

Le Système de gestion de l'utilisation 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;
- 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;
- d'établir un cadre commun pour améliorer la communication interdisciplinaire.

Nombre d'évaluations ont été réalisées en 2012 pour déterminer à quel endroit il pourrait être utile d'augmenter les ressources. Ainsi, des travaux ont été réalisés et au début de l'exercice 2013, un projet pilote sera lancé pour inclure six des huit unités psychiatriques régionales et pour intégrer l'ensemble de critères en santé mentale pour les personnes qui reçoivent des soins dans les unités internes de psychiatrie. Les résultats potentiels de ce projet comprennent une possible réduction de la durée de l'hospitalisation ainsi que d'autres gains d'efficacité qui permettraient d'augmenter l'accessibilité aux ressources psychiatriques pour les personnes qui sont en période de crise ou qui ont besoin d'être stabilisées à court terme.

Les termes « Prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition (POC-T) » font référence aux jours au cours desquels le patient est

longer require an acute care bed. RFD/T assessed days are categorized by:

- **Physician Related Reason:** includes waiting for a consultation, no current physician order, unclear plan of care, pain control, etc.
- **Hospital Related Reason:** includes waiting for another bed in hospital (ex. psychiatry), service delays of 24+ hours for hospital services (ex. diagnostic testing), etc.
- **Community Related Reason:** includes patients waiting for nursing home, patients in the process of placement, patients with no one to assist with home care, etc.

Further analysis and collaboration will be occurring to strategize around the physician related reasons and hospital related reasons in particular in order to improve utilization across the health system. Community related reasons have not changed significantly in a number of years in terms of the numbers reported via the UMS. This speaks to the need for larger systemic change which will require partnering with other departments to seek improvement. Physician related reasons and hospital related reasons may be able to show improvement over a shorter period of time with development of internal processes change and efforts which will improve overall utilization. This is the goal over the short-term.

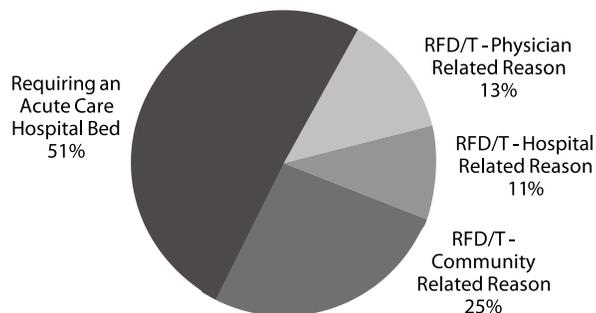
cliniquement stable et n'a donc plus besoin d'un lit pour des soins de courte durée. Les jours examinés au cours desquels le patient est prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition sont classés par catégorie selon :

- Les motifs attribuables au médecin : comprennent notamment en attente pour une consultation, aucune ordonnance du médecin en cours, un plan de soins ambigu, la gestion de la douleur, etc.
- Les motifs attribuables à l'hôpital : comprennent, par exemple, en attente d'un autre lit dans l'hôpital (p. ex. en psychiatrie), des retards de 24 heures ou plus pour des services hospitaliers (p. ex. les tests de diagnostic), etc.
- Les motifs attribuables à la collectivité : comprennent, entre autres, les patients en attente d'un foyer de soins, les patients en voie de placement et les patients qui n'ont personne pour les aider avec les soins à domicile.

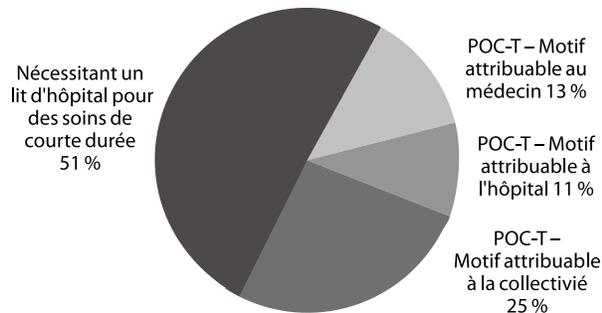
Une analyse et une collaboration plus approfondies auront lieu pour établir une stratégie concernant les motifs attribuables au médecin et les motifs attribuables à l'hôpital, en particulier pour améliorer l'utilisation dans l'ensemble du système de santé. Les motifs attribuables à la collectivité n'ont pas varié significativement depuis nombre d'années en ce qui a trait aux données signalées par l'intermédiaire du Système de gestion de l'utilisation. Cela souligne la nécessité d'apporter des changements systémiques plus importants qui nécessiteront la mise en place de partenariats avec d'autres ministères en vue d'observer des améliorations. Les motifs attribuables au médecin et à l'hôpital peuvent être associés à des améliorations à court terme en apportant un changement aux processus internes et en déployant des efforts qui amélioreront l'utilisation générale des ressources. Il s'agit de l'objectif à court terme.

<b>Days Reviewed using UMS Acute Care Criteria Set</b>						
	<b>2010-11</b>		<b>2011-12</b>		<b>2012-13</b>	
	<b>Days</b>	<b>% of total days</b>	<b>Days</b>	<b>% of total days</b>	<b>Days</b>	<b>% of total days</b>
Requiring an Acute Care Hospital Bed	140,889	49%	188,885	52%	198,007	51%
RFD/T - Physician Related Reason	37,047	13%	46,631	13%	48,750	13%
RFD/T - Hospital Related Reason	24,434	9%	36,822	10%	42,982	11%
RFD/T - Community Related Reason	83,559	29%	88,541	25%	94,766	25%
<b>Total assessed days</b>	<b>285,929</b>	<b>100%</b>	<b>360,879</b>	<b>100%</b>	<b>384,505</b>	<b>100%</b>

### 2012-13 UMS Days Reviewed



### Jours examinés à l'aide du Système de gestion de l'utilisation en 2012-2013



### Jours examinés à l'aide de l'ensemble des critères de soins de courte durée du Système de gestion de l'utilisation

	2010-2011		2011-2012		2012-2013	
	Jours	% Jours	Jours	% Jours	Jours	% Jours
Nécessitant un lit d'hôpital pour des soins de courte durée	140 889	49 %	188 885	52 %	198 007	51 %
POC-T - Motif attribuable au médecin	37 047	13 %	46 631	13 %	48 750	13%
POC-T - Motif attribuable à l'hôpital	24 434	9%	36 822	10 %	42 982	11 %
POC-T - Motif attribuable à la collectivité	83 559	29 %	88 541	25 %	94 766	25 %
<b>Total des jours évalués</b>	<b>285 929</b>	<b>100 %</b>	<b>360 879</b>	<b>100 %</b>	<b>384 505</b>	<b>100 %</b>

### Capital Construction

Construction of the new energy centre at the Dr. Georges-L-Dumont University Hospital Centre continued during fiscal 2012-13. The new energy centre is expected to be completed in June 2013.

Renovations for the 15-bed intensive care / stepdown unit at the Chaleur Regional Hospital started in June 2012 and expected to be completed in December 2013.

Design for the new 140-bed psychiatric hospital in Campbellton continued during 2012-13. 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.

Architectural planning and design for the Oncology Clinics Addition at the Moncton Hospital started in July 2012 and continued throughout fiscal 2012-13. Construction of the single-storey wing addition is expected to start in September 2013 and be completed in August 2014.

### Projets d'immobilisations

La construction du nouveau centre d'énergie au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont s'est poursuivie au cours de l'exercice 2012-2013. On prévoit que la construction du nouveau centre d'énergie sera terminée en juin 2013.

Les travaux de rénovation pour l'unité de soins intensifs et de soins courants de 15 lits à l'hôpital régional Chaleur ont débuté en juin 2012, et les travaux devraient être achevés en décembre 2013.

La conception du nouvel hôpital psychiatrique de 140 lits à Campbellton s'est poursuivie en 2012-2013. 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.

La planification et la conception architecturales de l'ajout aux cliniques d'oncologie du Moncton Hospital ont commencé en juillet 2012 et se sont poursuivies tout au long de l'exercice 2012-2013. La construction de l'ajout d'une aile à un étage devrait commencer en septembre 2013, et les travaux devraient être terminés en août 2014.

Architectural planning and design for the new Breast Health Centre at the Dr. Georges-L.-Dumont started in July 2012 and continued throughout fiscal 2012-13. Renovations for the new Breast Health Centre are expected to start in September 2013 and be completed in August 2014.

Architectural planning and design for the new Addictions Treatment Centre in Edmundston started in April 2012. It is expected that construction of the new Centre will be starting in September 2013 and completed in the Fall of 2014.

The 3-year initiative to replace six (6) Magnetic Resonance Imaging (MRI) units continued during fiscal 2012-13. New MRI units were installed at the Moncton Hospital, Saint John Regional Hospital, Edmundston Regional Hospital, Miramichi Regional Hospital and Chaleur Regional Hospital (Bathurst). The remaining unit will be installed at the Dumont Hospital during fiscal 2013-14.

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.

## Capital Equipment

A variety of capital equipment acquisitions totaling \$16 million were made in fiscal 2012-13 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- Echocardiography machines for the Dr. Georges L. Dumont University Hospital Centre;
- An allergy system and a dose reduction upgrade to the existing CT unit for the Moncton Hospital;
- An oncology CT simulator and a SPEC-CT camera for the Saint John Regional Hospital;
- An ophthalmology operating microscope for Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- A digital radiography unit and ICU cardiac monitors for the Edmundston Regional Hospital;
- A mobile digital radiography unit at the Campbellton Regional Hospital;
- A digital radiography unit and ICU cardiac monitors for the Chaleur Regional Hospital;
- Replacement of the central telemetry monitoring system at the Miramichi Regional Hospital.

In addition, the 3-year MRI replacement project continued in 2012-13, with the purchase and installation of new units at the Moncton Hospital, the Edmundston Regional Hospital, the Saint John Regional Hospital, the Miramichi Regional Hospital and at the Chaleur Regional.

La planification et la conception architecturales du nouveau centre de santé du sein au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont ont commencé en juillet 2012 et se sont poursuivies tout au long de l'exercice 2012-2013. Les travaux de rénovation pour le nouveau centre de santé du sein devraient commencer en septembre 2013 et prendre fin en août 2014.

La planification et la conception architecturales du nouveau centre de traitement des dépendances à Edmundston ont commencé en avril 2012. On prévoit que la construction de ce nouveau centre commencera en septembre 2013 et qu'elle sera achevée à l'automne 2014.

L'initiative de trois ans visant à remplacer six (6) unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'est poursuivie au cours de l'exercice 2012-2013. Les nouvelles unités d'IRM ont été installées au Moncton Hospital, à l'hôpital régional de Saint John, à l'hôpital régional d'Edmundston, à l'hôpital régional de Miramichi et à l'hôpital régional Chaleur (Bathurst). La dernière unité sera installée au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont au cours de l'exercice 2013-2014.

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, divers projets d'efficacité énergétique ont été achevés à plusieurs hôpitaux.

## Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 16 millions de dollars ont été effectuées en 2012-2013 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Voici les principales acquisitions de biens d'équipement :

- des appareils d'échocardiographie pour le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont;
- un système d'allergie et une mise à niveau pour la réduction de dose pour l'unité existante de tomographie par ordinateur au Moncton Hospital;
- un simulateur de tomographie par ordinateur pour oncologie et une caméra diagnostique de tomographie par ordinateur pour l'hôpital régional de Saint John;
- un microscope ophtalmologique pour l'hôpital régional Dr Everett Chalmers;
- une unité de radiographie numérique et des moniteurs cardiaques pour soins intensifs pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- un appareil mobile de radiographie numérique pour l'hôpital régional de Campbellton;
- une unité de radiographie numérique et des moniteurs cardiaques pour soins intensifs pour l'hôpital régional Chaleur;
- le remplacement du système de télésurveillance centrale à l'hôpital régional de Miramichi.

En outre, le projet de remplacement sur trois ans des appareils d'IRM s'est poursuivi en 2012-2013, avec l'achat et l'installation de nouvelles unités au Moncton Hospital, à l'hôpital régional d'Edmundston, à l'hôpital régional de Saint John, à l'hôpital régional de Miramichi et à l'hôpital régional Chaleur.

## **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 NB Healthcare system, including other Divisions of the Dept. of Health, the Regional Health Authorities, FacilicorpNB, the New Brunswick Health Council, and the NB Health Research and Innovation Council.

In 2012-13, NBCN worked on a number of key strategic initiatives and projects to improve cancer care in New Brunswick.

NBCN's work associated with the Radiation Therapy Wait Time Guarantee continued in 2012-13, in collaboration with radiation oncology at the Atlantic Health Sciences Center in Saint John and the Dr. Leon Richard Oncology Centre in Moncton. The Guarantee, which came into effect in April 2010, ensures that NB patients will not wait more than eight weeks from being ready to treat with radiation therapy. The establishment of the Guarantee included significantly enhancing the province's capacity to meet future volumes in radiation therapy. In this regard, two new linear accelerators, which provide radiation therapy, are operational at the Atlantic Health Sciences Center and three new linear accelerators are now operational at the Dr. Leon Richard Oncology Centre.

Associated with the Radiation Therapy Wait Time Guarantee, the Provincial Cancer Treatment Access Repository (CTAR) is the primary tool used by the two cancer centers and NBCN to monitor, manage and report on timely access to radiation therapy. As well, contingency plans with recourse options within and outside of the province are in place in order to meet the commitments of the Guarantee. In this regard, 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. Public reporting of wait times in radiation therapy is provided on the NBCN section of the Department of Health website.

In 2012-13, NBCN completed the work on the National Staging and Pathology Synoptic Reporting Project, funded by the Canadian Partnership of Cancer (CPAC) through an agreement with the NB Department of Health. The two primary goals of the project were 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 seven of eight laboratories in the province using the cancer protocols and electronic cancer

## **Réseau cancer Nouveau-Brunswick (RCNB)**

Le Réseau cancer Nouveau-Brunswick (RCNB) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les faits 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 cancérologie est déployée au niveau des régions 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 liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation efficaces des services de lutte contre le cancer.

En exécutant son mandat, le Réseau cancer Nouveau-Brunswick 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 régions 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 2012-2013, le réseau a travaillé sur plusieurs initiatives stratégiques clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick.

Le travail du RCNB en lien avec le délai d'attente garanti pour la radiothérapie s'est poursuivi en 2012-2013, en collaboration avec la radio-oncologie au Centre des sciences de la santé de l'Atlantique de Saint John et au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard de Moncton. Le délai d'attente garanti, qui est en vigueur depuis avril 2010, 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. La mise en place du délai d'attente garanti comprenait une amélioration significative de la capacité de la province à répondre aux volumes futurs en radiothérapie. À cet égard, deux nouveaux accélérateurs linéaires, qui fournissent les traitements de radiothérapie, sont fonctionnels au Centre des sciences de la santé de l'Atlantique et trois nouveaux accélérateurs linéaires sont maintenant fonctionnels au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard.

Parallèlement à la garantie du délai d'attente en radiothérapie, le Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO) est le principal outil utilisé par les deux centres de traitement du cancer et par le RCNB afin de surveiller et de gérer l'accès rapide à la radiothérapie et de rendre des comptes à cet effet. De plus, des plans d'urgence avec des options de recours à l'intérieur et à l'extérieur de la province sont en place afin de respecter l'engagement relatif au délai d'attente garanti pour la radiothérapie. À cet égard, un protocole d'entente entre les quatre provinces de l'Atlantique a été signé en 2010 comme plan d'urgence au cas où une province ne serait pas en mesure de respecter le délai d'attente garanti pour un patient. Les délais d'attente en radiothérapie sont signalés au public dans la section du RCNB du site Web du ministère de la Santé.

En 2012-2013, le RCNB a terminé 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 consistaient 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

checklists (eCCs) 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 eCCs has been endorsed by the Canadian Association of Pathologists and the NB 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 and in the electronic health record in real time to facilitate diagnostic and treatment decisions.

The enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs is a key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province. In this regard, NBCN continued the planning work in 2012-13 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 3rd most common cancer in the province. Guidance for this program is being provided to NBCN by a multi-stakeholder steering committee. Clinical Practice Guidelines for the program will be distributed to appropriate stakeholders in late 2013. The program will involve inviting individuals 50 – 74 years of age who are at “average risk” for colon cancer to complete an at-home stool specimen test (Fecal Immunochemical Test - FIT) every two years. The laboratory at the Campbellton Regional Hospital has been designated as the provincial laboratory for processing the completed FIT. Individuals with a positive FIT result will be referred for a colonoscopy. The program will navigate participants throughout the screening process. In collaboration with a local working group, the Saint John area will be the first Health Zone to implement the program, which is expected to begin in the first quarter of 2014. The program is expected to be fully operational in the province in 2015.

Work also continued in 2012-13 towards advancing the implementation of a provincial Cervical Cancer Prevention and Screening (CCPS) program. The primary focus has been the ongoing planning and development of the remaining cervical screening program elements, particularly in defining the business and IT requirements for the Cancer Screening – Integrated Information System (CS-IIS) which will manage both Cervical and the Colon Cancer Screening Programs. The IT solution will also use screening data from the Cervical Cancer Prevention and Screening Repository (CCPSR) to help manage participants according to the current New Brunswick Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines. This will help ensure that women 21– 69 years of age (target age group) regularly participate in cervical cancer screening. Information to NB clinicians and the general public about the Program and Clinical Practice Guidelines continued in 2012-13. The NB CCPS program is expected to be fully operational across the province in 2013-14.

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. 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 et des protocoles 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 l'établissement des rapports de pathologie permettra de s'assurer que les données nécessaires sur la tumeur et son stade seront présentes dans les rapports de pathologie et le dossier de santé électronique en temps réel afin de faciliter le diagnostic et les décisions de traitement.

L'établissement et l'amélioration de programmes de dépistage et de prévention du cancer représentent la priorité principale du RCNB dans ses efforts visant la réduction du fardeau du cancer dans la province. À cet égard, le RCNB a poursuivi le travail de planification en 2012-2013 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 troisième cancer en importance dans la province. Un comité directeur multilatéral est chargé de donner des conseils au RCNB relativement à ce programme. Le guide de pratique clinique pour le programme sera distribué aux intervenants appropriés à la fin de 2013. Le programme invitera les personnes âgées de 50 à 74 ans qui présentent un « risque moyen » de cancer du côlon à prélever à domicile un échantillon de selle aux fins d'analyse (test immunochimique fécal, TIF) tous les deux ans. Le laboratoire de l'hôpital régional de Campbellton a été désigné en tant que laboratoire provincial pour traiter les TIF. Les personnes dont le TIF est associé à un résultat positif seront aiguillées en vue de subir une coloscopie. Le programme suivra les participants tout au long du processus de dépistage. En collaboration avec un groupe de travail local, la région de Saint John sera la première zone à mettre en œuvre le programme, lequel devrait commencer au cours du premier trimestre de 2014. Le programme devrait être entièrement opérationnel à l'échelle de la province en 2015.

Les travaux se sont également poursuivis en 2012-2013 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 planification continue et l'élaboration du reste des éléments du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, particulièrement en ce qui a trait à l'établissement des exigences opérationnelles et de technologie de l'information pour le système d'information intégré sur le dépistage du cancer (CS-IIS), lequel gèrera les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du côlon. La solution de technologie de l'information utilisera aussi les données de dépistage du répertoire du programme de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus pour aider à prendre en charge les participantes conformément à la version actuelle du Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin (col de l'utérus) au Nouveau-Brunswick. Ainsi, cela permettra aux femmes âgées de 21 à 69 ans (groupe d'âge cible) de participer régulièrement au dépistage du col de l'utérus. De l'information concernant le programme et le guide de pratique clinique a continué d'être transmise aux cliniciens du Nouveau-Brunswick et à la population générale en 2012-2013. Le programme de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus du Nouveau-Brunswick devrait être entièrement opérationnel à l'échelle de la province en 2013-2014.

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 first-ever provincial report (New Brunswick Breast Cancer Screening Services Program Performance Indicators 1996-2009), produced by NBCN's epidemiological team, is expected to be released late summer 2013. This report provides an overview of how well the program is delivering high quality mammography screening in NB.

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 NB patients and families to manage through the health care system as smoothly as possible.

In 2012-2013, NBCN continued its involvement with the pan Canadian Oncology Drug Review (pCODR), a national process for the review and recommendation of new cancer drugs. The Provincial Oncology Formulary Advisory Committee, a collaborative process implemented by NBCN in January 2010, has been instrumental in 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 silver certified by the North American Association of Central Cancer Registries, Inc. (NAACCR) for data submitted for the 2010 coding year. 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, to identify current and future resource and training needs and to provide reliable data for epidemiological studies. The NB PCR provides data to support cancer System Performance Indicators like Stage at Diagnosis for top four cancers and number of lymph nodes examined in colon cancer since 2010.

The NBCN epidemiology team began working on another new provincial cancer report, similar to the Provincial Cancer Report 2002-06 published in 2010, where cancer incidence, mortality, prevalence, survival and projections will be examined throughout the period 2007-11. The report is expected to be released in 2014-15.

The epidemiological team was actively involved in a number of national working groups designated to develop methodologies for cancer statistics and

Le RCNB a continué à travailler avec le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, 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 tout premier rapport provincial (Services de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick – Rapport sur le rendement du programme de 1996 à 2009), produit par l'équipe épidémiologique du RCNB, devrait être publié à la fin de l'été 2013. Ce rapport indique dans quelle mesure le programme permet d'assurer un dépistage par mammographie de haute qualité au Nouveau-Brunswick.

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 2012-2013, le RCNB a poursuivi sa participation à l'examen national conjoint des médicaments oncologiques, un processus national d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques. Le Comité consultatif provincial sur le formulaire des médicaments oncologiques, un processus de collaboration mis en place par 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 régies régionales de la santé.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, situé à Saint John et relevant du RCNB, 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 d'argent du North American Association of Central Cancer Registries, Inc. (NAACCR) pour les données qu'il a présentées pour 2010. Les raisons principales d'évaluer les données d'incidence des registres centraux sur le cancer sont 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, de déterminer les besoins actuels et futurs en ressources et en formation et de fournir des données fiables pour les études épidémiologiques. Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick fournit des données à l'appui du système des indicateurs de rendement comme le stade de diagnostic des quatre principaux cancers et le nombre de ganglions lymphatiques examinés dans les cas de cancer du côlon depuis 2010.

L'équipe épidémiologique du RCNB a commencé à travailler à un autre nouveau rapport provincial sur le cancer, semblable au Rapport provincial sur le cancer pour la période de 2002 à 2006 publié en 2010, où l'incidence et la prévalence du cancer ainsi que la mortalité et la survie associées à cette maladie et des projections seront examinées pour l'ensemble de la période de 2007 à 2011. Ce rapport devrait être publié en 2014-2015.

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

calculations and to train junior analysts across Canada (e.g., C-Span working group of the Canadian Partnership Against Cancer). The team was also involved in several cancer-related research projects such as Demographic and Socioeconomic barriers to breast screening in NB (University of New Brunswick). In addition, the team completed more than 26 different cancer data requests from various government sections, NGOs and researchers.

In 2012-13, 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 the reporting of cancer control indicators across provincial jurisdictions and throughout the cancer control continuum. The fourth report, "The 2012 Cancer System Performance Report" on the status of cancer control in Canada and the "Breast Cancer Control in Canada; A System Performance Special Focus Report" were published in the fall of 2012. Also in 2012, NBCN began working on the first-ever New Brunswick Cancer System Performance Report. The Report is expected to be released by the end of 2013.

Another key priority of NBCN is palliative care. In response to identified needs, in October 2012 NBCN hosted an oncology education day for NB health care providers in collaboration with the Canadian Partnership Against Cancer. The content of this education day was the continuation of the Education in Palliative and End-of-Life Care™ - Oncology in Canada (EPECTM-O Canada) Program that had been presented in 2011. This successful event was attended by 58 participants, with representatives of palliative care providers working in seven licensed professions and other key providers working in the hospital and community settings (including Community College, community pharmacy and private practice). A third education day providing more content from the EPECTM-O Canada Program is being planned, in partnership with CPAC, for the spring 2014.

Following the review of palliative care service delivery and needs in the province by an interdivisional group within the Department of Health, a multi-stakeholder advisory committee was established in June 2012 to propose a palliative care strategy for New Brunswick. The committee's work was to be completed by June 2013.

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, 2013 approximately 9,000 New Brunswick residents had participated in the study.

NBCN is also working collaboratively with other provincial cancer agencies and the Canadian Partnership Against Cancer on an initiative for the listing of all cancer clinical trials being conducted across the country

In 2012-13, NBCN continued to participate on various provincial, regional and national oncology initiatives, such

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 pris part à plusieurs projets de recherche liés au cancer, tels que Demographic and Socioeconomic barriers to breast screening in NB (Université du Nouveau-Brunswick). De plus, l'équipe a répondu à plus de 26 demandes différentes de données sur le cancer présentées par différents secteurs gouvernementaux, des organisations non gouvernementales et des chercheurs.

En 2012-2013, le RCNB 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 quatrième rapport, le « Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer » sur la situation du contrôle du cancer au Canada et le rapport intitulé « Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système » ont été publiés à l'automne 2012. Également en 2012, le RCNB a commencé à rédiger le tout premier rapport du Nouveau-Brunswick sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Le rapport devrait être publié d'ici la fin de 2013.

Une autre priorité clé du réseau est les soins palliatifs. Pour répondre aux besoins déterminés, une journée d'éducation en oncologie s'adressant aux fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick a été tenue en octobre 2012 par le RCNB, en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer. Le contenu de cette journée d'éducation était la suite du programme Education in Palliative and End-of-Life Care™ - Oncology in Canada (EPECTM-O Canada) qui avait été présenté en 2011. À cet événement très réussi ont participé 58 personnes, dont des représentants des fournisseurs de soins palliatifs dans sept professions agréées et d'autres importants fournisseurs dans les secteurs hospitalier et communautaire (incluant en collège communautaire, en pharmacie communautaire et en pratique privée). Une troisième journée éducative, avec davantage de contenu provenant du programme EPECTM-O Canada est prévue, en partenariat avec le Partenariat canadien contre le cancer, pour le printemps 2014.

Après l'examen de la prestation des services de soins palliatifs et des besoins dans la province par un groupe interdivisionnel du ministère de la Santé, un comité consultatif regroupant plusieurs intervenants a été mis sur pied en 2012 pour proposer une stratégie en la matière pour le Nouveau-Brunswick. Les travaux du comité devraient être terminés en juin 2013.

En ce qui concerne la recherche sur le cancer, le RCNB 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 2013, environ 9 000 résidents du Nouveau-Brunswick participaient à l'étude.

Le RCNB travaille aussi en collaboration avec d'autres organismes provinciaux et avec le Partenariat canadien contre le cancer à une initiative visant à dresser la liste de tous les essais cliniques sur le cancer qui sont en cours dans l'ensemble du pays.

En 2012-2013, le RCNB a continué de participer à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en oncologie, notamment

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) and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON). 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 2012-13. As well, NBCN personnel continued to Chair the provincial MIS Radiation Oncology Professional Advisory Group.

In 2012-13, 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:

Wait time benchmark in radiation therapy (patients to receive radiation therapy within four weeks of being ready-to-treat): In 2012-13, on average 95 per cent 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, 2010 to March 31, 2012 was 59.1 per cent (see Figure 3). NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the 70 per cent benchmark. In New Brunswick, data from 1986 to 2011 showed that the age-standardized mortality rate of female breast cancer significantly decreased by 2.3 per cent annually.

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) et le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA). 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 2012-2013. De même, le personnel du RCNB a continué de présider le groupe consultatif professionnel du SIG sur l'oncologie et la radiothérapie à l'échelle provinciale.

En 2012-2013, 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.

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 2012-2013, 95 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 la page 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 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2012, était de 59,1 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. Au Nouveau-Brunswick, les données disponibles de 1986 à 2011 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.

**New Brunswick Breast Cancer Screening Service  
Biennial Participation Rate in Women 50 to 69 Years - Fiscal Years 2010-11 and 2011-12**

Region	Number of Women Screened	Number of Women in Target Population	Participation Rate
1 Moncton	18,589	27,142	68.5%
1B	7,608		
1SE	10,981		
2 Saint John	12,329	23,579	52.3%
3 Fredericton	11,857	22,027	53.8%
4 Edmundston	4,245	7,575	56.0%
5 Campbellton	2,653	4,365	60.8%
6 Bathurst	7,287	12,660	57.6%
7 Miramichi	4,490	6,620	67.8%
New Brunswick	61,450	103,968	59.1%

Source – NBCN using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

**Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick  
Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2010-2011 et 2011-2012**

Région	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 Moncton	18 589	27 142	68,5 %
1B	7 608		
1SE	10 981		
2 Saint John	12 329	23 579	52,3 %
3 Fredericton	11 857	22 027	53,8 %
4 Edmundston	4 245	7 575	56,0 %
5 Campbellton	2 653	4 365	60,8 %
6 Bathurst	7 287	12 660	57,6 %
7 Miramichi	4 490	6 620	67,8 %
Nouveau-Brunswick	61 450	103 968	59,1 %

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.

**Emergency Preparedness and Response**

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.

**Mesures et interventions d'urgence**

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 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 beaucoup de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées.

Emergency Preparedness and Response provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of the Emergency Preparedness and Response unit is to build capacity (plans, resources, exercises 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 the Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2012-13, the Emergency Preparedness and Response unit continued to focus on maintaining a state of readiness through the following:

- Led or coordinated the following planning initiatives and projects under the auspices of the Provincial Health Emergency Preparedness Steering Committee, and in partnership with Department of Health, Horizon Health Network, Vitalité Health Network, Ambulance New Brunswick and FacilicorpNB emergency management officials:
  - Updated the provincial health emergency preparedness 5-year strategic action plan.
  - Updated the provincial nuclear health emergency plan, in collaboration with the NB Emergency Measures Organization, NB Power, Health Networks, Ambulance NB and federal and provincial government departments.
  - Continued development of the provincial health system decision support system tool and operational protocol.
  - Continued with development of an education and training framework for the provincial health emergency management program.
  - In collaboration with health sector and other provincial partners, developed a provincial mutual aid operational framework to align with the national mutual aid operational framework. The framework serves as a policy and operational framework which aligns with the national mutual aid framework and articulates the protocols, processes, policies, agreements, roles and responsibilities necessary for the Province to make a request or respond to a request for mutual aid to and from another Canadian jurisdiction.
  - In partnership with Vitalité Health Network, departmental stakeholders and the Public Health Agency of Canada, developed a provincial Emergency Response Assistance Plan (ERAP) policy and operational framework for dealing with transportation emergencies involving Risk Group 4 pathogens.
- Continued to provide stewardship and management of custodial agreements of the NB

L'Unité de mesures et interventions d'urgence fournit une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en améliorant constamment les programmes.

La mission de l'Unité de mesures et interventions d'urgences consiste à développer la capacité (plans, ressources, exercices 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 de mécanismes de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services d'incendie, de police 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 2012-2013, l'Unité de mesures et interventions d'urgence a continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Direction ou coordination des initiatives et projets de planification suivants sous l'égide 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, du réseau de santé Horizon, du réseau de santé Vitalité, d'Ambulance Nouveau-Brunswick et de FacilicorpNB :
  - Mise à jour du plan d'action stratégique quinquennal de mesures d'urgence en santé provinciales.
  - Mise à jour du plan provincial de la santé en cas d'urgence nucléaire, 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 de l'outil d'aide à la décision et du protocole opérationnel du système provincial de la santé.
  - Élaboration d'un cadre de travail sur l'éducation et la formation à l'égard du programme provincial de gestion des situations d'urgence.
  - En collaboration avec le secteur de la santé et d'autres partenaires provinciaux, élaboration d'un cadre opérationnel provincial d'aide mutuelle en harmonie avec le cadre opérationnel national d'aide mutuelle. Le cadre sert de politique et de cadre opérationnel en accord avec le cadre national d'aide mutuelle, et il précise les protocoles, les politiques, les ententes, les rôles et les responsabilités nécessaires pour que la province puisse faire une demande d'aide mutuelle à une autre administration canadienne ou répondre à une telle demande.
  - En partenariat avec le réseau de santé Vitalité, les intervenants ministériels et l'Agence de santé publique du Canada, élaboration d'une politique et d'un cadre opérationnel pour le Plan d'aide en cas d'urgence afin d'intervenir en cas d'urgence lié au transport touchant des agents pathogènes du groupe de risque 4.
- Poursuite de la gérance et de la gestion des ententes de fiducie des réserves d'urgence prépositionnées de

pre-positioned emergency stockpile of medical supplies associated with the National Emergency Stockpile System (NESS).

- Participated in a national nuclear emergency preparedness table top exercise with the goal of improving nuclear emergency preparedness associated with the Point Lepreau Generating Station.
- 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, such as the health emergency mutual aid / surge capacity support framework and all-hazards emergency response plan.
- Participated in several pan-Canadian table top and drill exercises to test and validate the national and provincial Mutual Aid operational frameworks.
- Participated in a national ERAP training program as members of the provincial ERAP response coordination team.
- Participated in the design and implementation of the on-going provincial nuclear emergency (Point Lepreau Generating Station) exercise program. Exercises included a provincial government-level drill on the decontamination field capability and associated table top exercise.
- Developed a workplan and implementation plan to update 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 NB 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.

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

fournitures médicales du N.-B. associées au Système de la réserve nationale d'urgence (SRNU).

- Participation à un exercice sur table sur la préparation nationale aux situations d'urgence nucléaire en ayant pour objectif d'améliorer la préparation aux situations d'urgence nucléaire associées à la centrale nucléaire de Pointe Lepreau.
- 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 et un plan d'intervention dans des situations d'urgence tous risques.
- Participation à plusieurs exercices sur table et simulations à l'échelle pancanadienne afin de mettre à l'essai et de valider les cadres opérationnels provinciaux d'aide mutuelle.
- Participation à un programme de formation sur le Plan d'aide national en cas d'urgence en tant que membres de l'équipe de coordination du Plan d'aide provincial en cas d'urgence.
- Participation à la conception et à la mise en œuvre du programme provincial d'exercices continus en cas d'urgence nucléaire (centrale nucléaire de Pointe Lepreau). Les exercices comprenaient une simulation à l'échelle du gouvernement provincial sur la capacité en matière de décontamination sur le terrain et un exercice sur table connexe.
- Élaboration d'un plan de travail et mise en œuvre du plan pour mettre à jour le plan de continuité des activités à l'intention du ministère pour assurer le maintien des services essentiels en cas de catastrophe et la protection des biens d'entreprise.
- 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 global du gouvernement.
- 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.

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

other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning and response.

- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, led and coordinated updates to the Communication and TeleCare Services annexes of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan. Initiated work in updating the Critical Care, First Nations, Public Health and Infection Control 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.
- Provided management oversight and on-going support to the provincial emergency (pandemic) stockpile management system.

## Strategic Communications

The Strategic Communications Branch promotes the programs, policies and activities of the Department of Health through strategic communications planning and support. It includes three streams of activities which are: Public Affairs and Media Relations; Production Services; and Internal Communications and Web Services.

The branch's Public Affairs and Media Relations team develops communications plans, provides advice and support to senior managers; conducts media relations, plans announcements and news conferences; and prepares communications documents such as speeches, news releases and correspondence. The Production Services team works with other branches in the department to increase public awareness and develop public education materials that promote a healthier public. The Internal Communications and Web Services team is responsible for the department's web site and its intranet site for health employees, as well as for employee engagement. It also provides editorial and technical support for special internal initiatives.

## Health Business and Technology Solutions

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 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 functions as one entity with matrix teams supporting key initiatives and strategies within the Branch. Three units 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

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, direction et coordination en lien avec les mises à jour apportées aux annexes sur la communication et les services de Télé-Soins du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la grippe pandémique. Lancement des travaux sur la mise à jour des annexes sur les soins critiques, les Premières Nations, la Santé publique et le contrôle des infections.
- 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.
- Supervision de la gestion et soutien continu à l'égard du système provincial de gestion des réserves en cas d'urgence (pandémie).

## Communications stratégiques

La Direction des communications stratégiques s'occupe de la promotion des programmes, des politiques et des activités du ministère de la Santé par l'entremise de la planification et le soutien stratégiques des communications. La direction comprend trois principaux secteurs d'activités, soit les affaires publiques et les relations avec les médias, les services de production ainsi que les communications internes et les services Web.

L'équipe des affaires publiques et des relations avec les médias prépare des plans de communication, offre des conseils et des services de soutien aux cadres supérieurs, s'occupe des relations avec les médias, planifie les annonces et les points de presse et prépare des documents de communication comme les discours, les communiqués et la correspondance. L'équipe des services de production travaille de concert avec les autres directions du ministère pour accroître la sensibilisation du public et développe des documents visant à promouvoir la santé de la population. L'équipe des communications internes et des services Web gère le site Web du ministère de la Santé et le site intranet des employés du ministère et s'occupe de la mobilisation des employés. Elle offre des services techniques et de soutien à la rédaction pour des initiatives internes particulières.

## Direction des solutions opérationnelles et technologiques en santé

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 efficaces de solutions fonctionnelles et technologiques.

La structure de la direction découle d'un alignement des services et des ressources en vue de créer un maximum de valeur pour nos clients et pour le ministère de la Santé, tout en favorisant une culture de travail en équipe et de responsabilisation.

La Direction des solutions opérationnelles et technologiques en santé fonctionne comme une seule entité dont les équipes centralisées et pluridisciplinaires soutiendront ses principales initiatives et stratégies. Trois unités soutiennent les employés dans leurs activités quotidiennes et leurs plans de travail : l'Unité des solutions d'entreprise, l'Unité de développement et de prestation

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.

## **Infrastructure, Application Support and Maintenance Activities**

Over the past year, through implementation of standardized tools, processes and procedures, we have positioned ourselves to provide more efficient and measurable support across Health applications, more specifically, through clarification of roles and responsibilities for both IT and Business, prioritization of requests, release packaging and management and Quality Assurance (QA). This will continue to evolve over the next year.

During 2012-13 some of the support teams for Health applications were transitioned to FacilicorpNB. The Provincial Application Support Team (PAST) was transitioned to FacilicorpNB. This team provides application support services for the following applications: Surgical Access Registry (SAR), Cancer Treatment Access Repository (CTAR), Cervical Cancer Prevention Screening Repository (CCPSR), Utilization Management System (UMS) and Workload Management System (WMS).

The department has undertaken an Insourcing Initiative. Phase I included insourcing of Team Lead positions and was completed in the summer of 2012. Position Description Questionnaires (PDQs) were written and proposal submitted for Phase II for the following positions: Senior Programmer Analysts, Senior Business Analysts, and Senior Systems Analysts.

In technical infrastructure the branch continued its approach to consolidation, retirement of legacy

et l'équipe opérationnelle Un patient un dossier. Les principaux rôles 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 de développement 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, Développement et 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 en 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.

## **Infrastructure, soutien aux applications et activités de maintenance**

Au cours de la dernière année, par la mise en œuvre d'outils, de procédures et de processus normalisés, nous nous sommes positionnés afin de pouvoir offrir du soutien plus efficace et mesurable pour l'ensemble des applications du secteur de la santé, et plus particulièrement par la clarification des rôles et des responsabilités des technologies de l'information et des activités opérationnelles, le classement par ordre de priorités des demandes, la diffusion de communiqués ainsi que la gestion et l'assurance de la qualité. Ces travaux continueront d'évoluer au cours de la prochaine année.

Au cours de l'année 2012-2013, certaines des équipes de soutien pour les applications du domaine de la santé sont passées à FacilicorpNB. L'équipe de soutien des applications provinciales est passée à FacilicorpNB. Cette équipe offre du soutien pour les demandes suivantes : Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux, Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO), répertoire du programme de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, Système de gestion de l'utilisation (SGU) et Système de gestion de la charge de travail.

Le ministère a entrepris une initiative d'internalisation. La phase I comprenait l'internalisation des postes de chef d'équipe, et cette phase a été réalisée au cours de l'été 2012. Les questionnaires sur la description des postes (QDP) ont été rédigés et une proposition a été présentée pour la phase II pour les postes suivants : programmeurs-analystes principaux, analystes de gestion principaux et analystes de systèmes principaux.

Dans l'infrastructure technique, la direction a poursuivi son approche en matière de consolidation, de retrait des serveurs

servers, and expansion of virtualization infrastructure to reduce our facilities management costs, and improve manageability.

A number of initiatives also focused on hardware refresh:

- CSDS underwent a hardware refresh which migrated away from the legacy metaframe farm to XEN virtual server hosts (reduction from 26 servers to 6 physical). Introduced virtualization to streamline management and reduce hardware footprint and implemented new infrastructure to expand CSDS capabilities to host IPAS.
- Diagnostic Image Repository (DI-R) storage refresh – increase in system performance, reduction in hardware footprint, reduction in power consumption, reduce service costs.
- Electronic Health Record (EHR) system - Migrated away from stand-alone HPUX environments to virtualized host environments and current technology stacks.

Additionally, the branch focused on relocation initiatives for OPOR based systems to the Saint John Data Centre. This strategy decreases cost and reduces risk while improving service levels. This included:

- Transition of the DIS infrastructure from the Marysville Data Center to Saint John.
- Transition of the EHR system. This was completed as part of the hardware refresh, with a build and implementation through a cut-over approach which was completed with minimal downtime.

## **Project Initiatives Completed in 2012-13**

### **Electronic Communication for Physicians**

Electronic Communication for Physicians will allow NB 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.

### **Integrated Service Delivery**

This project was focused on integrating the delivery of services to troubled youth in the province. This includes social workers, probation officers, teachers and other professionals who currently deliver their services independent of each other. A Gap Analysis and Preliminary Business Model were undertaken in this phase.

### **Salaried Physician Accountability**

This project created a benchmark performance reporting tool for salaried physicians in the province.

patrimoniaux et d'accroissement de la capacité de l'infrastructure virtuelle afin de réduire nos coûts de gestion des installations et d'améliorer la gestion.

Un certain nombre d'initiatives ont également mis l'accent sur la modernisation du matériel :

- Le matériel du système de prestation de services aux clients (SPSC) a été modernisé, abandonnant la batterie de serveurs patrimoniaux Metaframe et passant aux serveurs hôtes virtuels XEN (réduction de 26 à 6 serveurs physiques). Introduction de l'infrastructure virtuelle pour rationaliser la gestion et réduire le volume de matériel nécessaire, et mise en œuvre d'une nouvelle infrastructure pour accroître les capacités du SPSC afin d'héberger l'amélioration des pratiques dans les services de traitement des dépendances.
- Mise à niveau du stockage du dépôt d'imagerie diagnostique – augmenter le rendement du système, diminuer le volume de matériel requis, réduire la consommation énergétique, diminuer les coûts d'entretien
- Système de dossier de santé électronique (DSE) – Abandon des environnements autonomes HPUX au profit des environnements virtuels et des technologies actuelles.

De plus, la direction a mis l'accent sur les initiatives de relocalisation pour les systèmes « Un patient un dossier » vers le centre de données de Saint John. Cette stratégie vise à diminuer les coûts et les risques, tout en améliorant les niveaux de services. Cela comprenait :

- Transition du Système d'information sur les médicaments du centre de données de Marysville au centre de données de Saint John.
- Transition du système de dossiers de santé électronique. Cette transition a été réalisée dans le cadre de la modernisation du matériel, tandis que la réalisation et la mise en œuvre ont été assurées par une approche de transfert qui a été achevée avec un temps d'indisponibilité minimal.

## **Initiatives de projets achevées en 2012-2013**

### **Système de communication des médecins**

Ce système permettra aux médecins du Nouveau-Brunswick d'avoir directement accès à leurs formulaires de facturation deux fois par mois par voie électronique, évitant ainsi le besoin de les imprimer et de les poster par Postes Canada.

### **Prestation intégrée des services**

Ce projet mettait l'accent sur l'intégration de la prestation de services aux jeunes de la province qui sont en crise. Ce projet touche les travailleurs sociaux, les agents de probation, les enseignants et les autres professionnels qui offrent actuellement leurs services de façon indépendante les uns des autres. Une analyse des lacunes et un modèle opérationnel préliminaire ont été réalisés durant cette phase.

### **Imputabilité des médecins salariés**

Ce projet a mis au point un outil de référence d'évaluation du rendement pour les médecins salariés de la province.

## **Project Initiatives Underway 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 2013-14.

### **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. The project was suspended in December 2012 due to fiscal restraint.

### **Electronic Medical Records**

These are provider centric systems which allow physician's offices to schedule patients, document and chart patient information, print prescriptions and interface to regional clinical systems to obtain results, orders etc. Implementation will occur in 2013-14.

### **High Speed Teletransmission**

This will add the ability for physicians to submit their claim information to Medicare in a secure format using the internet and allow us to move away from the antiquated modem technology currently being used. 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 2013-14.

### **Medical Imaging Framework**

This project is assessing and analyzing the current state of the provincial Medical Imaging Information system with a goal to provide and recommendations and costs on the components of a future provincial system. Implementation will occur in 2013-14.

## **Initiatives de projets en cours 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 2013-2014.

### **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. Le projet a été suspendu en décembre 2012 en raison de contraintes financières.

### **Dossiers médicaux électroniques**

Il s'agit de systèmes axés sur le fournisseur qui permettent aux bureaux du médecin d'établir les rendez-vous des patients, de documenter et de consigner les renseignements du patient, d'imprimer des prescriptions et d'assurer l'interface avec les systèmes cliniques régionaux pour obtenir les résultats, les ordonnances, etc. Ce projet sera mis en œuvre en 2013-2014.

### **Télétransmission à haute vitesse**

Cela permettra aux médecins de soumettre leurs données de facturation à l'Assurance-maladie dans un format sécurisé à l'aide d'Internet, et cela nous permettra d'abandonner la technologie de modem archaïque qui est actuellement utilisée. 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 santé complémentaires et de professionnels du traitement des dépendances.

Ce projet sera mis en œuvre en 2013-2014.

### **Cadre pour l'imagerie médicale**

Ce projet vise à évaluer et à analyser l'état actuel du système d'imagerie médicale en ayant pour objectif de fournir des recommandations et d'établir les coûts des composantes d'un futur système provincial. Ce projet sera mis en œuvre en 2013-2014.

## 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 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. Implementation will occur in 2013-14.

## 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 régions 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. Ce projet sera mis en œuvre en 2013-2014.

### Annual Report Financial Review (Projects)/Examen financier du rapport annuel (projets)

	FY 2012-13/ EF 2012-2013	
	TOTAL/ TOTALS	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE
Drug Information System/ Système d'information sur les médicaments	1,056.0	-
Electronic Medical Record Planning (EMR)/ Planification des dossiers médicaux électroniques (DME)	864.8	252.0
Colorectal Cancer Screening/ Dépistage du cancer colorectal	594.6	-
Improving Practices in Addictions Services / Amélioration des pratiques au sein des Services de traitement des dépendances	458.0	456.8
Radiology Billing/ Facturation des services de radiologie	116.4	-
Electronic Communication for Physicians/ Système de communication des médecins	65.6	-
High Speed Teletransmission/Télétransmission à haute vitesse	19.2	-
Medical Imaging Framework/Cadre pour l'imagerie médicale	37.0	-
<b>TOTALS/TOTAUX</b>	<b>\$ 3,211.5</b>	<b>\$ 708.8</b>

## 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, strategic procurement, records and information management, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security and parking. 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 revisions to the procurement process as well as completing a number of projects in the areas of facilities management and vehicle management.

## Services de soutien ministériels

Cette direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation des services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des installations, les achats stratégiques, la gestion des archives et de l'information, 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 et le stationnement. 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 révision du processus d'achat et à terminé un certain nombre de projets dans les secteurs de la gestion des installations et de la gestion des véhicules.

## Official Languages Annual Report 2012-13

### Introduction

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 and its activities are being done progressively.

### Report

#### Focus 1: Language of Service

The department continues to monitor the use of the mandatory iLearn module on official languages and its use is monitored to ensure that all employees go through the module.

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 continue to be made and the Department of Health continues to support their initiatives in serving the public in both official languages.

For the fiscal year 2012-13 a total of twenty one (21) complaints were made concerning official languages. The Department of Health (1 unfounded), Vitalité Health Network (4), Horizon Health Network (11), Facilicorpnb (0), Ambulance NB (5) and the New Brunswick Health Council (0).

Of these twenty one, fourteen are closed and seven are still active.

#### Focus 2: Language of Work

Management still encourage employees to work in their language of choice.

Work tools are on the department's intranet for better access.

Meetings continue to be held in both official languages.

#### Focus 3: Promotion of Official Languages

Employees are encouraged to speak and work in their official language of choice.

#### Focus 4: Knowledge of the legislation and other obligations

Information or links pertaining to official languages is on the department's intranet and employees are encouraged to view the Intranet on a regular basis. The department's official languages consultant is also available for assistance.

### 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 NB.

## Rapport annuel 2012-2013 sur les langues officielles

### Introduction

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, et ses activités sont menées à bien de façon progressive.

### Rapport

#### Axe 1 : Langue de service

Le ministère continue de surveiller l'utilisation du module de formation obligatoire iLearn sur les langues officielles, et son utilisation est surveillée pour veiller à ce que tous les employés aient suivi cette formation.

Le réseau de santé Horizon et le réseau de santé Vitalité ont également élaboré des plans d'action. Les réseaux de santé 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 continuent de l'être, et le ministère de la Santé continue de soutenir les initiatives visant à servir le public dans les deux langues officielles.

Pour l'exercice 2012-2013, un total de 21 plaintes ont été déposées concernant les langues officielles : ministère de la Santé (1 plainte non fondée), réseau de santé Vitalité (4), réseau de santé Horizon (11), FacilicorpNB (0), Ambulance NB (5) et Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé (0).

De ces 21 plaintes, 14 ont été réglées et 7 sont toujours actives.

#### Axe 2 : Langue de travail

La direction encourage ses employés à travailler dans la langue de leur choix.

Des outils de travail se trouvent dans l'intranet du ministère pour en faciliter l'accès.

Les réunions continuent d'avoir lieu dans les deux langues officielles.

#### Axe 3 : Promotion des langues officielles

Les employés sont encouragés à parler et à travailler dans la langue officielle de leur choix.

#### Axe 4 : Connaissance de la Loi et des autres obligations

De l'information et des liens concernant les langues officielles sont affichés dans l'intranet du ministère, et les employés sont invités à les consulter sur une base régulière. Le consultant du ministère en matière de langues officielles est également disponible aux fins d'assistance.

### 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 régies 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 FacilicorpNB en la matière.

## 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 2012-13 for the Department of Health.

- The department advertised 43 competitions, including 26 open competitions and 17 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:

Appointment type	Section of the <i>Civil Service Act</i>	Number
Specialized Professional, Scientific or Technical	15(1)	1
Equal Employment Opportunity Program	16(1)(a)	0
Departmental Talent Management Program	16(1)(b)	1
Lateral transfer	16(1)(c)	9
Regular appointment of casual/ temporary	16(1)(d)(i)	2
Regular appointment of students/apprentices	16(1)(d)(ii)	0
<b>Total number of appointments without competition</b>		<b>13</b>

- 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.

## Overall Summary - Disclosures of Wrongdoing

Pursuant to Section 18 of the *Public Interest Disclosure Act*, 0 complaints alleging wrongdoing were made to the Deputy Head of the Department of Health and 0 complaints were submitted to the Ombudsman.

## 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 2012-2013.

- Le ministère a annoncé 43 concours, dont 26 concours publics et 17 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 :

Type de nomination	Article de la <i>Loi sur la Fonction publique</i>	Nombre
Personnel professionnel, scientifique ou technique spécialisé	15(1)	1
Programmes d'équité en matière d'emploi	16(1)(a)	0
Programme de gestion du talent ministériel	16(1)(b)	1
Mutation latérale	16(1)(c)	9
Nominations d'employés occasionnels ou temporaires à un poste permanent	16(1)(d)(i)	2
Nominations d'étudiants et d'apprentis à un poste permanent	16(1)(d)(ii)	0
<b>Nombre total de nominations sans concours</b>		<b>13</b>

- 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.

## Sommaire général – Divulgence des actes répréhensibles

En vertu de l'article 18 de la *Loi sur les divulgations faites dans l'intérêt public*, aucune plainte alléguant un acte répréhensible n'a été déposée auprès de l'administrateur général du ministère et, par conséquent, aucune n'a été présentée à l'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 unit and Medicare Eligibility and Claims branch.

The Medicare Insured Services and Physician Remuneration unit is responsible for the negotiation and interpretation of all physician remuneration agreements with the New Brunswick Medical Society along with the formal consultation process for the Medical Pay Plan. The unit also manages, develops policies, monitors and evaluates all remuneration agreements as well as manages disputes and appeals between Medicare and physicians / beneficiaries.

Medicare Eligibility and Claims branch 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' Monitoring and Compliance unit also audits physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-for-Service Master agreement. The branch also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

The Monitoring and Compliance unit consists of six full time auditors, supported by the expertise of an in-house Medical Consultant and an established Professional Review Committee, made up of New Brunswick physicians.

In fiscal 2012-13:

- The number of eligible residents increased slightly, from 748,468 in 2011-12 to 748,510 in 2012-13.
- The total number of physicians registered with Medicare as of March 31, 2013 was 1,640\*. This is an increase over March 31, 2012 of 1.4 per cent when there were 1,618 physicians registered.
- The number of fee-for-service physicians grew from 1,120 to 1,145, a 2.2 per cent increase between 2011-12 and 2012-13. For the same time period, the number of salaried physicians increased slightly from 441 to 442. The number of physicians with other funding arrangements, including sessional, dropped from 57 to 53 or a decrease of 7.0 per cent.
- In 2012-13, the Monitoring and Compliance unit recovered over \$1M in incorrect billings, which brings their performance on par and in some cases more active than other Canadian jurisdictions.

## Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé

La sous-ministre déléguée joue un rôle clé en prodiguant des 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 effectifs du secteur de la santé et la prestation de services dans les collectivités francophones.

### Services de l'Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux nécessaires, 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 réclamations de l'Assurance-maladie.

L'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie est chargée de la négociation et de l'interprétation de toutes les ententes de rémunération des médecins avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick et du processus de consultation officiel pour le plan de Rémunération du personnel médical. L'unité gère et élabore aussi des politiques, elle surveille et évalue toutes les ententes de rémunération et elle gère les conflits et les appels entre le régime et les médecins/prestataires.

La Direction de l'assurance-maladie – Admissibilité et réclamations 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 demandes de paiement provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'Unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité de la Direction de l'assurance-maladie – Admissibilité et réclamations vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et à l'entente-cadre 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.

L'Unité de surveillance et de l'assurance de la conformité est constituée de six vérificateurs à temps plein, lesquels bénéficient de l'expertise d'un consultant médical interne et d'un comité d'examen professionnel composé de médecins du Nouveau-Brunswick.

Au cours de l'exercice financier 2012-2013 :

- Le nombre de résidents admissibles a légèrement augmenté, passant de 748 468 en 2011-2012 à 748 510 en 2012-2013.
- En date du 31 mars 2013, le nombre total de médecins inscrits avec l'Assurance-maladie était de 1 640\*. Par rapport au 31 mars 2012, il s'agit d'une augmentation de 1,4 pour cent alors qu'il y avait 1 618 médecins inscrits.
- Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est passé de 1 120 à 1 145, soit une augmentation de 2,2 pour cent entre 2011-2012 et 2012-2013. Durant cette même période, le nombre de médecins salariés a légèrement augmenté, passant de 441 à 442. Le nombre de médecins payés selon d'autres dispositions, notamment à la vacation, a diminué, passant de 57 à 53, soit une baisse de sept pour cent.
- En 2012-2013, l'Unité de surveillance et de l'assurance de la conformité a recouvré plus d'un million de dollars en facturations incorrectes, ce qui amène son rendement à un niveau comparable parfois même supérieur à celui des autres administrations canadiennes.

- In 2011-12, accountability benchmarks were established for salaried physicians practicing in Family Medicine. In 2012-13 benchmarks were developed for the following salaried specialities: Paediatricians, Psychiatrists, Cardiology, Endocrinology, Geriatrics, Infectious Disease, Internal Medicine, Neurology, Obstetrics and Gynaecology, Physical Medicine, Respiriology and Rheumatology. Benchmarks for the remaining specialty groups will be developed in 2013-14.
- To support the monitoring of the accountability benchmarks, the Department developed an automated monitoring tool for RHAs which was implemented on April 2013.

\* Reporting the number of registered physicians with Medicare is a change to the way physician counts have been reported in previous Annual Reports. This change was made to better reflect a more accurate number of physicians providing care throughout the fiscal year. Previous Annual Reports reported the number of physicians paid by Medicare and because of the timing of retroactive payments some physicians were paid during the year in question however were no longer actively practicing within the province in that fiscal period.

## 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 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 2012-13, the province recruited 92 physicians. This target was consistent with recruitment rates in recent years. However the province also saw 61 physicians leave their practice this year. Therefore, a total of 31 net new physicians were added in the province in 2012-13, as shown the table below:

- En 2011-2012, des points de repère en matière de responsabilisation ont été établis pour les médecins salariés exerçant la médecine familiale. En 2012-2013, des points de repère ont été établis pour les médecins salariés exerçant dans les spécialités suivantes : pédiatrie, psychiatrie, cardiologie, endocrinologie, gériatrie, maladies infectieuses, médecine interne, neurologie, obstétrique et génécologie, physiatry, pneumologie et rhumatologie. Les points de repère pour le reste des groupes de spécialistes seront établis en 2013-2014.
- Afin de soutenir la surveillance des points de repère en matière de responsabilisation, le ministère a développé un outil de surveillance automatisé à l'intention des régions régionales de la santé qui a été mis en œuvre au mois d'avril 2013.

\* Le signalement du nombre de médecins inscrits avec l'Assurance-maladie est un changement par rapport à la façon dont le nombre de médecins était signalé dans les précédents rapports annuels. Ce changement a été apporté afin de mieux refléter le nombre exact de médecins fournissant des soins tout au long de l'exercice financier. Les précédents rapports annuels faisaient état du nombre de médecins payés par l'Assurance-maladie, et compte tenu des paiements rétroactifs, certains médecins étaient payés durant l'année en question, et ce, même s'ils n'exerçaient plus activement dans la province au cours de cet exercice financier.

## 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, 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 2012-2013, la province a recruté 92 médecins. Ce nombre correspond aux taux de recrutement des dernières années. Cependant, 61 médecins ont également cessé d'exercer cette année dans la province. Il s'agit donc d'un total net de 31 nouveaux médecins dans la province en 2012-2013, comme le montre le tableau ci-dessous :

## Net New Physicians<sup>1</sup> by physician type, fiscal years 2007-08 to 2012-13/ Nombre net de nouveaux médecins<sup>1</sup> par type de médecin, années financières 2007-2008 à 2012-2013

Physician Type/Type de médecin	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Family Physicians/Médecins de famille	26	24	26	16	29	23
Specialists/Spécialistes	31	28	27	9	22	8
<b>All Physicians/Total de médecins</b>	<b>57</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>51</b>	<b>31</b>

### Notes:

<sup>1</sup>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/<sup>1</sup>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 2012-13 include:

- Nine family practitioners received the \$35,000 location grant, available to those who establish a practice within the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John.
- Twelve specialists received the \$40,000 location grant, available to specialists whose specialty has been designated as hard-to-recruit.
- Four family practitioners who established a practice 40 km outside the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John received a \$50,000 location grant.
- Twenty-five \$20,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.
- A total of four Emergency Room recruitment bonuses of \$25,000 each were provided.
- A total of 20 bursaries were provided to 16 family medicine residents and 4 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.
- Eight candidates received sponsorship under the Supernumerary Residency Training Program. This program provides funding and sponsorship for additional residency or fellowship training, with a return of service commitment.
- A total of 400 weeks were paid to 102 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 seventh intake of students in September, 2012, welcoming 27 new students to the program. In May, 2012, it celebrated its third 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

### Voici d'autres faits saillants relevés en 2012-2013 :

- Neuf médecins de famille ont reçu la subvention d'emplacement de 35 000 \$ accordée à ceux qui établissent leur cabinet dans les villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John.
- Douze 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.
- Quatre 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-cinq subventions d'affaires de 20 000 \$ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.
- Un total de quatre primes de recrutement de 25 000 \$ en salle d'urgence ont été attribuées.
- Un total de 20 bourses ont été accordées à 16 résidents de médecine familiale et à 4 résidents de spécialité. Le programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse.
- Huit candidats ont été parrainés dans le cadre du programme de formation en résidence surnuméraire. Le programme fournit un financement et un parrainage pour des places supplémentaires en échange d'un engagement de service.
- Un total de 400 semaines ont été accordées à 102 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 septième groupe d'étudiants en septembre 2012, accueillant ainsi 27 nouveaux étudiants au sein du programme. En mai 2012, la troisième cohorte d'étudiants ont reçu leur diplôme et 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

students were accepted into residency programs for other specialties.

In September, 2012 Dalhousie Medicine New Brunswick officially welcomed its third intake of 30 students in Saint John. The third year of the new curriculum was successfully launched in September, along with the Longitudinal Integrated Clerkship Program in Miramichi. This year also marked the expansion of the program into teaching sites in Fredericton, Moncton, and Miramichi, as well as in Saint John with the arrival of the first Dalhousie Medicine New Brunswick clinical clerks.

### **Post Graduate Programs**

Thirty eight 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 90 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 2012-13:

#### **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 2012-13, 45 nurses benefited from this program.

#### **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 Practitioners**

An Education Subsidy Program benefited 24 student nurse practitioners who are employed in nursing in New Brunswick, by helping defray tuition costs. At the end of March 2013, New Brunswick had 79 nurse practitioners practicing in various sectors of the provincial health care system, including: emergency rooms, community health centers, nursing homes, community mental health centers and other primary care settings. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some

dans les programmes de résidence pour d'autres spécialités.

En septembre 2012, l'école de médecine de l'Université Dalhousie a officiellement accueilli son troisième groupe de 30 étudiants à Saint John. La troisième année du nouveau programme a été lancée avec succès en septembre tout comme le programme de stage clinique longitudinal intégré à Miramichi. Cette année marque également l'expansion du programme dans les sites cliniques à Fredericton, à Moncton, à Miramichi ainsi qu'à Saint John avec l'arrivée des externes de l'école de médecine de l'université Dalhousie.

### **Programmes de deuxième cycle**

Trente-huit 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 90 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 2012-2013, 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 droits de scolarité pour les programmes de mise à jour**

Les infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui ont réintégré le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs droits 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 2012-2013, 45 infirmières ont bénéficié de ce programme.

#### **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.

#### **Infirmières praticiennes**

Un programme de subvention des études a permis à 24 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui aide à payer les droits de scolarité. À la fin de mars 2013, le Nouveau-Brunswick comptait 79 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé provincial, par exemple : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les foyers de soins, les centres de santé mentale communautaires et d'autres milieux de soins primaires. Tant que le Nouveau-Brunswick ne

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 having access to services from the right mix of health professionals, at the right place and at the right time, the provincial Allied Health Resources Strategy included the following "targeted" initiatives in 2012-13:

#### **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. As such, the program assists the Regional Health Authorities (RHAs) with their recruitment efforts and their succession planning, especially as it relates to anticipated retirements. It is intended to be a relevant and dynamic recruitment strategy which is reviewed on an annual basis to make sure it is still relevant and helping to meet RHAs' staffing needs. In the fall of 2012, fourteen bursaries were offered to students enrolled in various high priority health professions, including medical laboratory technology, medical radiation technology, physiotherapy, psychology and speech language pathology.

#### **Rehabilitation and Pharmacy Services: Clinical Education Program**

The New Brunswick Clinical Education Program is a unique provincial initiative which was implemented several years ago to assist with the repatriation of NB residents enrolled in pharmacy and rehabilitation programs of study outside of NB. The program's specific mandate is to recruit and coordinate clinical placements within New Brunswick's health-care facilities for NB students enrolled in out-of-province audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, radiation therapy and speech 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 2012-13, 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 are students who benefited first hand from this program.

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**

Afin d'aider la population du Nouveau-Brunswick à avoir accès aux services de professionnels de la santé appropriés, au bon endroit et en temps opportun, dans le cadre la Stratégie en matière de ressources professionnelles en santé, les initiatives suivantes ont été « ciblées » en 2012-2013 :

#### **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. Ainsi, le programme aide les régies régionales de la santé dans leurs efforts de recrutement et leur planification des retraites, en particulier en ce qui a trait aux retraites anticipées. Ce programme se veut une stratégie de recrutement dynamique et pertinente que l'on passera en revue annuellement afin de s'assurer qu'il demeure pertinent et utile pour répondre aux besoins en dotation des régies régionales de la santé. À l'automne de 2012, 14 bourses ont été offertes à des étudiants inscrits dans diverses professions de la santé hautement prioritaires, notamment les techniques de laboratoire médical, la technologie de radiation médicale, la physiothérapie, la psychologie et l'orthophonie.

#### **Services de réadaptation et de pharmacie – Programme de formation clinique**

Le Programme de formation clinique du Nouveau-Brunswick est une initiative provinciale unique qui a été mise en place il y a plusieurs années pour aider au rapatriement des médecins-résidents du Nouveau-Brunswick qui sont inscrits à des programmes d'étude en pharmacie et en réadaptation à l'extérieur de la province. Son mandat consiste à faciliter et 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 audiologie, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie, en radiothérapie et en 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 2012-2013, 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 ayant bénéficié de ce programme.

## Recruitment and Retention Strategies

### New Brunswick Career Days

The tenth annual New Brunswick Career Days were held in and out-of-province universities where New Brunswick residents are studying to become health care professionals. This annual recruitment tour provides an opportunity for New Brunswick students and their classmates to meet with representatives from the Regional Health Authorities and the Department of Health to discuss the province's health care system, unique health reform initiatives, as well as potential employment opportunities in NB. Over 250 students attend the event each year, many opting to become members of the provincial Student Registry, one of the recruitment tools 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 NB.

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.

### Service Provider Database

The Department of Health maintains an electronic information system used to collect, analyze and report data on regulated health professionals. This application is known as the Service Provider Database, and is available to participating health regulatory authorities throughout New Brunswick. This system provides each association with an IT solution, supporting their roles as a health licensing body, as well as providing agreed upon standardized, operational, and ad hoc reports.

In exchange for use of Service Provider Database system, the department has negotiated with each health licensing body, access to the non-identifiable pieces of data contained within. With this information and the built-in reporting capabilities of the system, the department has been able to monitor changing trends in the healthcare workforce. Additionally, the system provides the department with detailed statistical data to assist in health workforce planning, policy development and public accountability.

## Stratégies de recrutement et de maintien en poste

### Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la dixième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'intérieur et 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 à leurs collègues de classe de rencontrer des représentants des régies régionales de la santé et du ministère de la Santé afin de discuter du système de soins de santé de la province, des initiatives uniques en matière de santé, ainsi que d'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

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 à l'allocation du financement dans le cadre 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 du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux ainsi que des organismes de réglementation de la santé afin de faire que les questions de reconnaissance des compétences étrangères et de mobilité de la main-d'œuvre soient abordées avec équité et en temps opportun.

### Base de données des fournisseurs de services

Le ministère de la Santé tient à jour un système de renseignements électronique qui recueille, analyse et présente des données sur les professionnels de la santé réglementés. Cette application est connue comme étant la base de données des fournisseurs de services, et toutes les autorités réglementaires participantes du domaine de la santé du Nouveau-Brunswick y ont accès. Le système fournit à chaque association une solution en technologie de l'information qui les appuie dans leur travail en tant qu'organisme de réglementation dans le domaine de la santé, ainsi que des rapports normalisés, opérationnels et ponctuels adoptés d'un commun accord.

En échange de l'utilisation du système de base de données des fournisseurs de services, le ministère a négocié avec chaque organisme de réglementation dans le domaine de la santé l'accès aux données non identifiables qui y sont contenues. Grâce à ces données et à la capacité de produire des rapports intégrés au système, le ministère est en mesure de surveiller les tendances sur le plan de la main-d'œuvre du secteur de la santé. De plus, le système fournit au ministère des données statistiques détaillées afin de faciliter la planification de la main-d'œuvre du secteur de la santé, l'élaboration de politiques et la responsabilité publique.

The current health regulatory authorities using the Service Provider Database are:

- Association of New Brunswick Licensed Practical Nurses
- New Brunswick Association of Occupational Therapists
- New Brunswick Association of Audiologists and Speech Language Pathologists
- New Brunswick Association of Social Workers
- New Brunswick Association of Medical Laboratory Technologists
- New Brunswick Association of Medical Radiation Technologists
- College of Physiotherapists of New Brunswick
- Paramedic Association of New Brunswick
  
- Nurses Association of New Brunswick\*

\*Do not directly use the system but provide data extracts for inclusion into the system.

## Francophone Services

The Department of Health and both Health Networks continues there on-going efforts to improve services in French throughout the province;

Some of the work done in 2012-13 includes:

- Return of emergency services and ambulance stop at Hôpital de l'Enfant-Jésus in Caraquet.
- Consultation meeting with key stakeholders for the development of a five-year action plan to ensure an equitable distribution of health services between the province's two regional health authorities.
- Announcement of an investment of \$8.5 million for an integrated breast cancer treatment centre including the construction of a two-storey addition to the Dr-Georges-L.-Dumont University Hospital Centre to consolidate breast health services.
- Official opening of the new radiation therapy treatment unit at the Dr. Léon-Richard Oncology Centre. A \$14.4-million project involving the acquisition of three new linear accelerators that deliver intensity modulated radiation therapy and the addition of two new radiation therapy treatment rooms.
- Announcement of the Action plan for an equitable health services (2013-18). The plan represents an investment of \$10 M over the next five years.

## Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division

The functions of the Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division fell under the mandate of an assistant deputy minister responsible for strategic corporate activities.

The division was primarily responsible for overall health system governance planning, including the research and

Les autorités réglementaires du domaine de la santé qui utilisent actuellement la base de données des fournisseurs de services sont :

- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick
- Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
  
- Association des orthophonistes et des audiologistes du Nouveau-Brunswick
- Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick
- Association des technologistes de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick
- Association des technologues en radiation médicale du Nouveau-Brunswick
- Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick
- Association des travailleurs paramédicaux du Nouveau-Brunswick
  
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick\*

\*N'utilise pas directement le système, mais fournit des extraits de données aux fins d'inclusion dans le système.

## Services en français

Le ministère de la Santé et les deux régions régionales poursuivent leurs efforts en cours visant à améliorer les services offerts en français dans toute la province;

Voici certains des travaux effectués en 2012-2013 :

- Retour des services d'urgence et de l'arrêt pour ambulances à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet.
- Rencontre de consultation avec les intervenants clés pour l'élaboration d'un plan d'action quinquennal afin de garantir une distribution équitable des services de santé entre les deux régions régionales de la santé.
- Annonce d'un investissement de 8,5 millions de dollars pour un centre intégré de traitement du cancer du sein, incluant la construction d'un ajout de deux étages au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont afin de consolider les services relatifs à la santé des seins.
- Ouverture officielle de la nouvelle unité de radiothérapie au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard. Un projet de 14,4 millions de dollars comportant l'acquisition de trois nouveaux accélérateurs linéaires offrant une radiothérapie à modulation d'intensité et l'ajout de deux nouvelles salles de radiothérapie.
  
- Annonce du Plan d'action pour des services de santé équitables (2013-2018). Le plan représente un investissement de plus de 10 M\$ au cours des cinq prochaines années.

## 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 relevaient du mandat d'un sous-ministre adjoint chargé des activités stratégiques ministérielles.

La division était principalement responsable de la planification globale de la gouvernance du système de santé, dont la recherche

development of innovative concepts/projects leading to the long-term sustainability of the health care system. The division was also responsible for corporate 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. In addition, the division included 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 was comprised of four branches in the 2012-13 fiscal year:

- 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) supported all departmental divisions in developing the policies that shape programs and operations. The branch coordinated all departmental Memoranda to Executive Council regarding policy decisions, legislative and regulatory issues and financial decisions. The coordination and writing of the Strategic Plan and the Provincial Health Plan were driven by the Health Planning, Policy and Legislation Branch, as was the development of all public legislation related to health. In addition, the branch was responsible for Right to Information requests and appointments to the various agencies, boards and commissions within the purview of the department. The branch also acted for the Minister in respect of his legislative oversight of private health profession legislation. Finally, the branch was 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 and passed in the 2012-13 fiscal year:

#### **Third Session of the 57th Legislature**

- Bill 6, An Act to Amend the *Medical Services Payment Act*, was introduced November 28, 2012 and received Royal Assent December 20, 2012. These amendments will enable the Department of Health to disclose certain information related to medical professionals to the New Brunswick Medical Society, to assist it in representing the medical professionals in negotiation of specific agreements with the department.

et le développement des concepts et des projets innovateurs menant à la viabilité à long terme du système de soins de santé. La division était aussi responsable de la planification stratégique ministérielle, 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. De plus, la division comprenait 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 était formée de quatre directions durant l'exercice 2012-2013 :

- a) Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé
- b) Services pharmaceutiques
- c) Bureau de la protection de la vie privée
- d) Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

#### **a) Direction de la 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 a appuyé toutes les divisions ministérielles dans l'élaboration des politiques qui donnent forme aux programmes et aux activités. La direction a coordonné 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. La Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé a coordonné et rédigé le plan stratégique et le plan provincial de la santé, comme elle a élaboré les lois d'intérêt public liées à la santé. En outre, la direction était 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 a aussi agi pour le compte du ministre en ce qui concerne la surveillance de la législation régissant les professions du domaine de la santé privées. Enfin, la direction était aussi 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 adoptées en 2012-2013:

#### **Troisième session de la 57<sup>e</sup> Législature :**

- Le projet de loi no 6, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, a été présenté le 28 novembre 2012 et a reçu la sanction royale le 20 décembre 2012. Ces modifications permettront au ministère de la Santé de dévoiler à la Société médicale du Nouveau-Brunswick certains renseignements liés aux professionnels de la santé, et ce, pour aider la Société dans sa représentation des professionnels médicaux dans le cadre des négociations en vue de conclure des ententes particulières avec le ministère.

- Bill 11, An Act to Amend the *Personal Health Information Privacy and Access Act*, was introduced December 5, 2012 and received Royal Assent December 20, 2012.

This Bill incorporated the concept of a “research data centre” into the *Act* and will support New Brunswick-based research that requires highly controlled access to personal health information. Following discussions with the Department of Health, the University of New Brunswick has established a leading-edge research data centre capable of housing administrative data, including personal health information, for the purpose of supporting and facilitating health and social policy research. The results of this research are expected to provide valuable information to the Department of Health for enhanced planning and decision making with the objective of a more effective health care system as we move forward.

As the departmental lead for the federal / provincial / territorial health file, the branch continued to invest significant time and effort in this area during fiscal 2012-13. As a result of the Council of the Federation's establishment of the Health Care Innovation Group in July 2011, during fiscal 2012-13 the branch continued to be deeply involved, at a lead level, in the ‘Scopes of Practice’ and ‘Team Based Models’ work for the country but also at a co-ordination level with other branches within the department in the areas of generic drugs, brand drugs, clinical practice guidelines, appropriateness, health human resources and performance effectiveness.

The branch was active in supporting New Brunswick's representatives at the Atlantic table of Deputy Ministers, Ministers and Premiers. Work during this time period included: coordinating the development and approval of materials as requested by the Atlantic Premiers, Health Ministers and Deputy Ministers; planning meetings with the lead province for Deputies to have in-depth discussions on health innovation and future collaborative opportunities.

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 existing issues and to seek ways to better integrate provincial and federally funded health services and programs for New Brunswick's Aboriginal population.

## **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).

- Le projet de loi no 11, *Loi modifiant la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, a été présenté le 5 décembre 2012 et a reçu la sanction royale le 20 décembre 2012.

Ce projet de loi incorporait le concept de « centres de données de recherche » dans la *Loi*, et il appuiera la recherche basée au Nouveau-Brunswick qui nécessite l'accès hautement contrôlé aux renseignements personnels sur la santé. Après des discussions avec le ministère de la Santé, l'Université du Nouveau-Brunswick a mis sur pied un centre de données de recherche de pointe capable d'héberger des données administratives, notamment des renseignements personnels sur la santé, afin d'appuyer et de faciliter la recherche sur la santé et les politiques sociales. Les résultats de cette recherche devraient fournir de l'information utile au ministère de la Santé en vue d'améliorer la planification et la prise de décision en ayant comme objectif d'améliorer l'efficacité du système de soins de santé.

En tant que responsable ministériel du dossier de santé fédéral, provincial et territorial, la direction a continué d'investir du temps et des efforts importants dans ce domaine au cours de l'exercice financier 2012-2013. À la suite de la mise en place du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé par le Conseil de la fédération en juillet 2011, au cours de l'exercice 2012-2013, la direction a continué d'être très active, sur le plan de la direction, dans les travaux liés à la « portée de la pratique » et aux « modèles axés sur le travail d'équipe » pour le pays, mais aussi sur le plan de la coordination avec d'autres directions du ministère dans les domaines des médicaments génériques, des médicaments brevetés, des lignes directrices de pratique clinique et de leur pertinence, des ressources humaines en santé et de l'efficacité du rendement.

La direction a joué un rôle actif en appuyant les représentants du Nouveau-Brunswick à la table atlantique des ministres, des sous-ministres et des premiers ministres. Les travaux effectués au cours de cette période comprennent : coordonner l'élaboration et l'approbation de la documentation à la demande des premiers ministres, des ministres et des sous-ministres de la Santé des provinces de l'Atlantique et planifier des rencontres avec la province responsable pour que les sous-ministres puissent avoir des discussions approfondies à propos de l'innovation en santé et de futures occasions de collaborer.

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 s'attaquer aux problèmes existants et de trouver 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) 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.)

## 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](http://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. Drugs which are eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

During 2012-13, the NBPDP incurred expenses of \$183.2 million, of which \$176.9 million (96.4 per cent) were drug costs and \$6.3 million (3.4 per cent) were administrative costs.

## 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 (PMONB) 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 PMONB du site Web du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : [www.gnb.ca/santé](http://www.gnb.ca/santé).

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité peuvent faire 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. Les médicaments admissibles au remboursement en vertu du programme sont indiqués dans le formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

En 2012-2013, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 183,2 millions de dollars, dont 176,9 millions (96,4 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 6,3 millions (3,4 pour cent) les frais administratifs.

## NBPDP Data/Données du PMONB

	2010-11	2011-12	2012-13
Total program expenditures/ Dépenses du programme	\$188.6M	\$195.6M	\$183.2M
Total number of claims (prescriptions)/ Nombre total de réclamations (ordonnances)	4.0M	4.3M	4.5M
Total number of active beneficiaries¹/ Nombre de bénéficiaires actifs¹	99,270	100,857	101,147
Average number of claims per beneficiary/ Nombre moyen de réclamations par bénéficiaire	40.3	42.6	44.8
Average expenditure per beneficiary/ Moyenne payée par bénéficiaire	\$1,841	\$1,887	\$1,749
Average expenditure per claim/ Moyenne payée par réclamation	\$45.68	\$44.33	\$39.05

¹An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the fiscal years./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les exercices financiers visés.

### c) Corporate Privacy Office

The Corporate Privacy Office (CP Office) was established in the fall of 2008 to develop and implement a privacy management framework for the Department of Health. New Brunswick privacy and access legislation was extensively revised in September 2010 with the proclamation of the *Right to Information and Protection of Privacy Act* (RTIPPA) and the *Personal Health Information Privacy and Access Act* (PHIPAA).

The Corporate Privacy Office chairs the Chief Privacy Officers' Working Group to help support a consistent approach to the protection of privacy and access across the health care system. The Chief Privacy Officers' Working Group is comprised of the Chief Privacy Officers from the department, the two Regional Health Authorities, Facilicorp NB Ltd and Ambulance NB.

In 2012-13, key accomplishments of the Corporate Privacy Office included:

- Providing input for the amendments made to PHIPAA in December 2012, to define a "Research Data Centre" in support of the UNB initiative discussed above;
- Ongoing support for the implementation of PHIPAA, RTIPPA and the associated regulations;
- Providing information and training to departmental staff regarding their roles and responsibilities under PHIPAA and RTIPPA;
- Monitoring compliance with annual training;
- Monitoring the department's progress in addressing gaps identified in the Privacy Gap Analysis;
- Facilitating dialogue through the departmental Data Stewardship Committee as well as the Privacy and Security Collaboration Group;
- Responding to internal and external inquiries related to privacy and access;
- Investigating departmental privacy incidents;

### c) Bureau ministériel de la protection de la vie privée

Le Bureau de la protection de la vie privée a été établi à l'automne 2008 pour élaborer et mettre en œuvre un cadre de gestion de la vie privée pour le ministère de la Santé. La législation du Nouveau-Brunswick relative à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information a été révisée en septembre 2010 avec la proclamation de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) et de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS).

Le Bureau ministériel de la protection de la vie privée préside le groupe de travail du chef de la protection de la vie privée en vue de favoriser l'adoption d'une approche cohérente à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information dans l'ensemble du système de soins de santé. 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 2012-2013, les principales réalisations du Bureau ministériel de la protection de la vie privée comprenaient ce qui suit :

- contribution aux modifications apportées à la LAPRPS en décembre 2012 afin de définir un « centre de données de recherche » en appui à l'initiative de l'UNB décrite ci-dessus;
- soutien continu pour la mise en œuvre de la LAPRPS, de la LDIPVP et des règlements afférents;
- information et formation pour le personnel ministériel concernant leurs rôles et responsabilités en vertu de la LAPRPS et de la LDIPVP;
- surveillance de la conformité avec la formation annuelle;
- surveillance de la progression du ministère en vue de combler les lacunes établies dans l'analyse des lacunes en matière de protection de la vie privée;
- facilitation du dialogue par l'intermédiaire du comité ministériel de gérance de données et du groupe de collaboration en matière de protection de la vie privée et de la sécurité;
- réponse aux requêtes internes et externes liées à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information;
- enquête sur les incidents liés à la vie privée au sein du ministère;

- Overseeing the completion of Privacy Impact Assessments;
- Overseeing the risk assessment related to Data Sharing Agreements; 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 2012-13 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, evaluation and planning purposes complies with PHIPAA;
- Provision of resources to support the analysis and planning activities of the Emergency Operations Center, specifically with respect to nuclear emergency exercises.

- supervision des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée;
- supervision de l'évaluation des risques liés aux ententes sur le partage des données;
- 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 2012-2013 :

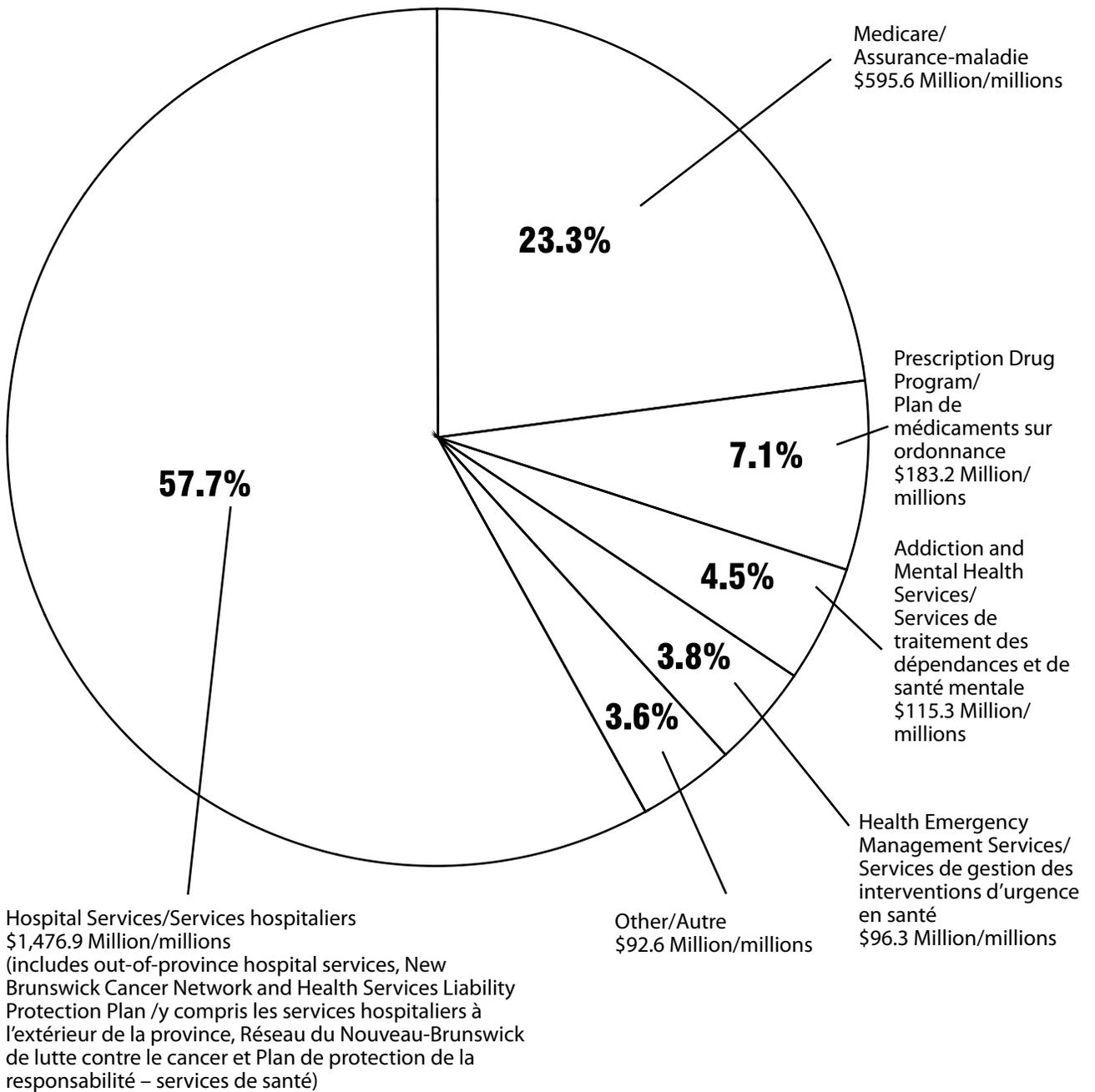
- Coordination et gestion de plusieurs fonds majeurs de renseignements, y compris les activités d'amélioration de la qualité des données, le renouvellement de contrats de licence et l'orientation des ressources contractuelles de soutien.
- Poursuite de l'élaboration d'un registre provincial électronique 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 des efforts considérables 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 relations avec des intervenants internes et externes afin d'assurer la conformité de l'échange ou la divulgation des données administratives à des fins de recherche, d'évaluation et de planification avec la LAPRPS.
- 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**  
**\$2,559.9 Million**  
**2012-13**

# Aperçu financier

**Dépenses réelles**  
**2 559,9 millions \$**  
**2012-2013**



# Financial Overview 2012-13

(000's)

## Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
<b>Corporate and Other Health Services</b>						
Administration and Financial Services	8,885.0	-	8,885.0	7,691.4	1,193.6	1
Health Business & Technology Solutions	22,410.0	-	22,410.0	16,041.4	6,368.6	2
Planning and Health Human Resources	5,713.0	-	5,713.0	5,307.9	405.1	
Medical Education Program Services	8,466.0	536.0	9,002.0	9,114.3	(112.3)	
Out of Province Hospital Payments	67,598.0	-	67,598.0	65,256.2	2,341.8	3
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.0	-	
Public Health Program Services	21,137.0	28.5	21,165.5	19,906.9	1,258.6	4
Health Services Liability Protection Plan	1,000.0	-	1,000.0	2,567.2	(1,567.2)	5
Hospital Program Services	33,882.0	-	33,882.0	30,163.8	3,718.2	6
New Brunswick Cancer Network	4,062.0	-	4,062.0	2,511.7	1,550.3	7
Health Emergency Management Services	98,324.0	7.0	98,331.0	96,295.9	2,035.1	8
Addiction Program Services	3,019.0	-	3,019.0	2,887.4	131.6	
Mental Health Program Services	15,479.0	-	15,479.0	11,880.6	3,598.4	9
<b>Medicare</b>	601,372.0	-	601,372.0	595,640.8	5,731.2	10
<b>Prescription Drug Program</b>	192,024.0	-	192,024.0	183,203.4	8,820.6	11
Regional Health Authorities						
Medical Education	11,840.0	7.8	11,847.8	11,186.9	660.9	
Public Health Services	21,728.0	480.0	22,208.0	22,507.8	(299.8)	
Hospital Services	1,365,366.0	11,793.6	1,377,159.6	1,376,317.0	842.6	
Addiction Services	18,720.0	187.5	18,907.5	18,895.4	12.1	
Mental Health Services	80,908.0	744.0	81,652.0	81,643.4	8.6	
<b>Department Total Ordinary</b>	<b>2,582,808.0</b>	<b>13,784.4</b>	<b>2,596,592.4</b>	<b>2,559,894.4</b>	<b>36,698.0</b>	
<b>Capital</b>	<b>23,200.0</b>	<b>-</b>	<b>23,200.0</b>	<b>23,199.9</b>	<b>0.1</b>	
<b>Revenue</b>						
Interest & Investment Income	75.0	-	75.0	196.8	121.8	
General	29,430.0	-	29,430.0	32,503.9	3,073.9	12
Miscellaneous	600.0	-	600.0	633.0	33.0	
Conditional Grants	6,834.0	-	6,834.0	5,282.0	(1,552.1)	13
<b>Department Total Revenue</b>	<b>36,939.0</b>	<b>-</b>	<b>36,939.0</b>	<b>38,615.6</b>	<b>1,676.6</b>	

# Aperçu financier 2012-2013

(000)

## Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
<b>Services ministériels et autres services de santé</b>						
Administration et services financiers	8 885,0	-	8 885,0	7 691,4	1 193,6	1
Direction des Solutions Opérationnelles et Technologiques en santé	22 410,0	-	22 410,0	16 041,4	6 368,6	2
Planification et ressources humaines en santé	5 713,0	-	5 713,0	5 307,9	405,1	
Services des programmes de formation médicale	8 466,0	536,0	9 002,0	9 114,3	(112,3)	
Règlement des services hospitaliers hors-province	67 598,0	-	67 598,0	65 256,2	2 341,8	3
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,0	-	
Services des programmes de santé publique	21 137,0	28,5	21 165,5	19 906,9	1 258,6	4
Plan de protection de la responsabilité - services de santé	1 000,0	-	1 000,0	2 567,2	(1 567,2)	5
Services des programmes hospitaliers	33 882,0	-	33 882,0	30 163,8	3 718,2	6
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer	4 062,0	-	4 062,0	2 511,7	1 550,3	7
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	98 324,0	7,0	98 331,0	96 295,9	2 035,1	8
Services du programme de traitement des dépendances	3 019,0	-	3 019,0	2 887,4	131,6	
Services des programmes en santé mentale	15 479,0	-	15 479,0	11 880,6	3 598,4	9
<b>Assurance-maladie</b>	601 372,0	-	601 372,0	595 640,8	5 731,2	10
<b>Plan de médicaments sur ordonnance</b>	192 024,0	-	192 024,0	183 203,4	8 820,6	11
<b>Régies régionales de la santé</b>						
Formation médicale	11 840,0	7,8	11 847,8	11 186,9	660,9	
Services de santé publique	21 728,0	480,0	22 208,0	22 507,8	(299,8)	
Services hospitaliers	1 365 366,0	11 793,6	1 377 159,6	1 376 317,0	842,6	
Services de traitement des dépendances	18 720,0	187,5	18 907,5	18 895,4	12,1	
Services de santé mentale	80 908,0	744,0	81 652,0	81 643,4	8,6	
<b>Total du compte ordinaire du ministère</b>	<b>2 582 808,0</b>	<b>13 784,4</b>	<b>2 596 592,4</b>	<b>2 559 894,4</b>	<b>36 698,0</b>	
<b>Compte de capital</b>	<b>23 200,0</b>	<b>-</b>	<b>23 200,0</b>	<b>23 199,9</b>	<b>0,1</b>	
<b>Recettes</b>						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	75,0	-	75,0	196,8	121,8	
Recettes générales	29 430,0	-	29 430,0	32 503,9	3 073,9	12
Recettes diverses	600,0	-	600,0	633,0	33,0	
Subventions conditionnelles	6 834,0	-	6 834,0	5 282,0	(1 552,1)	13
<b>Recettes totales du ministère</b>	<b>36 939,0</b>	<b>-</b>	<b>36 939,0</b>	<b>38 615,6</b>	<b>1 676,6</b>	

## **FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2012-13**

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2012-13:

1. Surplus due to vacant positions and improved business processes.
2. Surplus due to suspension of Drug Information System project and IT planned expenditure reductions.
3. Surplus due to lower than expected growth in the Out of Province Hospital Program.
4. Surplus due to vaccine usage lower than anticipated.
5. Deficit due to higher than estimated costs of claims.
6. Surplus due to reduced costs related to Canadian Bloods Services as a result of lower than expected use of products as well as price reductions.
7. Surplus due to delayed expenditures in the Colorectal Cancer Screening Program.
8. Surplus due to operating efficiencies, as well as reduced administrative expenditures.
9. Surplus due to timing relating to the community placements of Restigouche Hospital Centre patients.
10. Surplus relating to lower than expected Fee For Service billings.
11. Surplus relating to savings achieved through the suspension of the Drug Information System as well as quicker than anticipated implementation of the Generic Drug Pricing Policy.
12. Surplus related to an increase in Health Auto Levy recoveries. Surplus also related to higher than expected revenues for ambulance fees for New Brunswick residents.
13. Shortfall in revenue due to lower than anticipated costs of E-Health related projects, to which revenue is directly related.

## **APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2012-2013**

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2012-2013 sont expliqués ci-dessous :

1. Excédent associé aux postes vacants et aux processus opérationnels améliorés.
2. Excédent associé à la suspension du projet de système d'information sur les médicaments et aux réductions prévues des dépenses liées à la technologie de l'information.
3. Excédent associé à la croissance inférieure à celle prévue du règlement des services hospitaliers hors province.
4. Excédent associé à l'utilisation de vaccins inférieure à ce qui était prévu.
5. Déficit lié aux coûts des demandes de paiement supérieurs aux estimations.
6. Excédent dû aux coûts réduits associés à la Société canadienne du sang en raison de l'utilisation des produits inférieure à ce qui était prévu ainsi qu'à la baisse des prix.
7. Excédent associé au retard dans les dépenses du programme provincial organisé de dépistage du cancer colorectal.
8. Excédent associé à l'efficacité opérationnelle et à la réduction des dépenses administratives.
9. Excédent associé au moment choisi pour le placement communautaire des patients du Centre hospitalier Restigouche.
10. Excédent associé à la facturation moins élevée que prévu pour la rémunération à l'acte.
11. Excédent associé aux économies réalisées par la suspension du système d'information sur les médicaments et par la mise en œuvre plus rapide que prévu de la Politique sur le prix des médicaments génériques.
12. Excédent associé à une augmentation de la contribution automatique pour les services de santé. Excédent également associé à des revenus plus élevés que prévu pour les frais d'ambulance pour les résidents du Nouveau-Brunswick.
13. Manque à gagner sur le plan des revenus dû aux coûts inférieurs à ceux anticipés des projets de cybersanté, pour lesquels les revenus sont directement associés.