



2010-2011
Annual Report

Department of
Health

2010-2011
Rapport annuel

Ministère de la
Santé

2010-11 Annual Report

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

September, 2011

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-55471-658-6
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2010-2011

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

Septembre 2011

Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page
Ministère de la Santé

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-55471-658-6
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick



2010-2011
Annual Report

Department of
Health

2010-2011
Rapport annuel

Ministère de la
Santé

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

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2011.

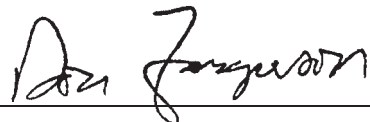


Madeleine Dubé
Minister

The Honourable Madeleine Dubé
Minister of Health
Province of New Brunswick

Madam:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2011



Don Ferguson
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 2011.

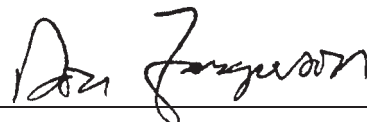


Madeleine Dubé
Ministre

L'honorable Madeleine Dubé
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Madame,

Je vous sou mets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2011.



Don Ferguson
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

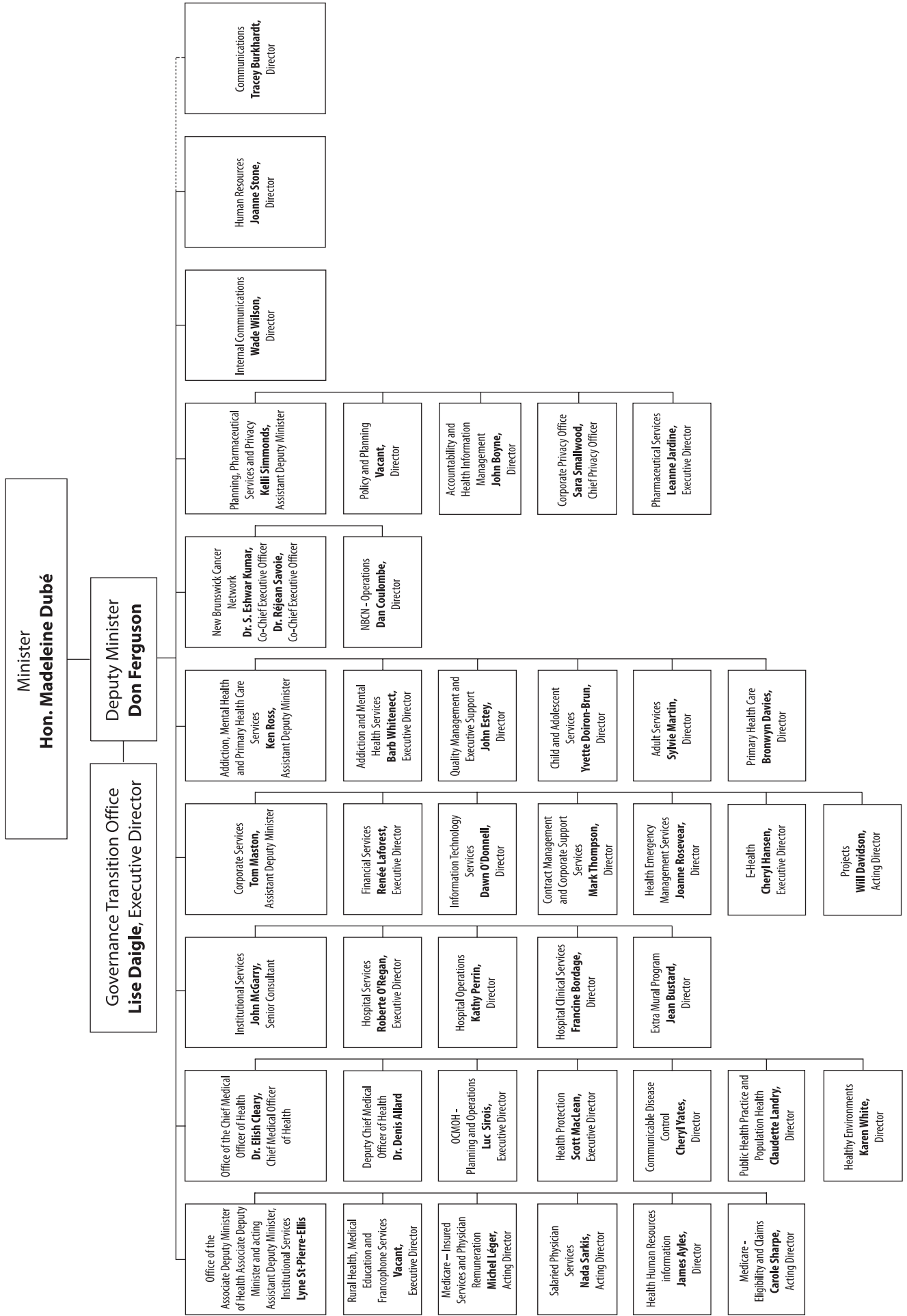
Organizational Chart	5
Legislation	7
Core Business Area	
Protection of Those Most at Risk	9
Mental Health Programs and Services9	
Child and Adolescent Mental Health Services.....	9
Psychiatric Patient Advocate Services.....	9
Youth Treatment Program.....	10
Public Health Programs and Services10	
Communicable Disease Prevention, Management and Control.....	11
• Immunization.....	11
• Respiratory Diseases.....	12
• Pandemic Influenza Planning.....	13
• Foodborne, Waterborne and Enteric Diseases.....	13
• Sexual Health.....	14
• Vectorborne & Zoonotic Diseases.....	17
Health Protection	17
• Food Safety.....	17
• Water Quality.....	20
• Environmental Health and Community Sanitation.....	21
• Tobacco Control.....	23
Healthy Families Development	24
• Early Childhood Initiatives.....	24
• Baby-Friendly Initiative (BFI).....	26
• Healthy Nutrition.....	27
• Oral Health.....	28
• Healthy Learners in School Program.....	28
• Injury Prevention.....	28
• Population Health Surveillance.....	29
• First Nations Health.....	29
Core Business Area	
Prevention/Education/Awareness	30
Mental Health Prevention/Promotion Initiatives30	
Youth and Community Engagement	31

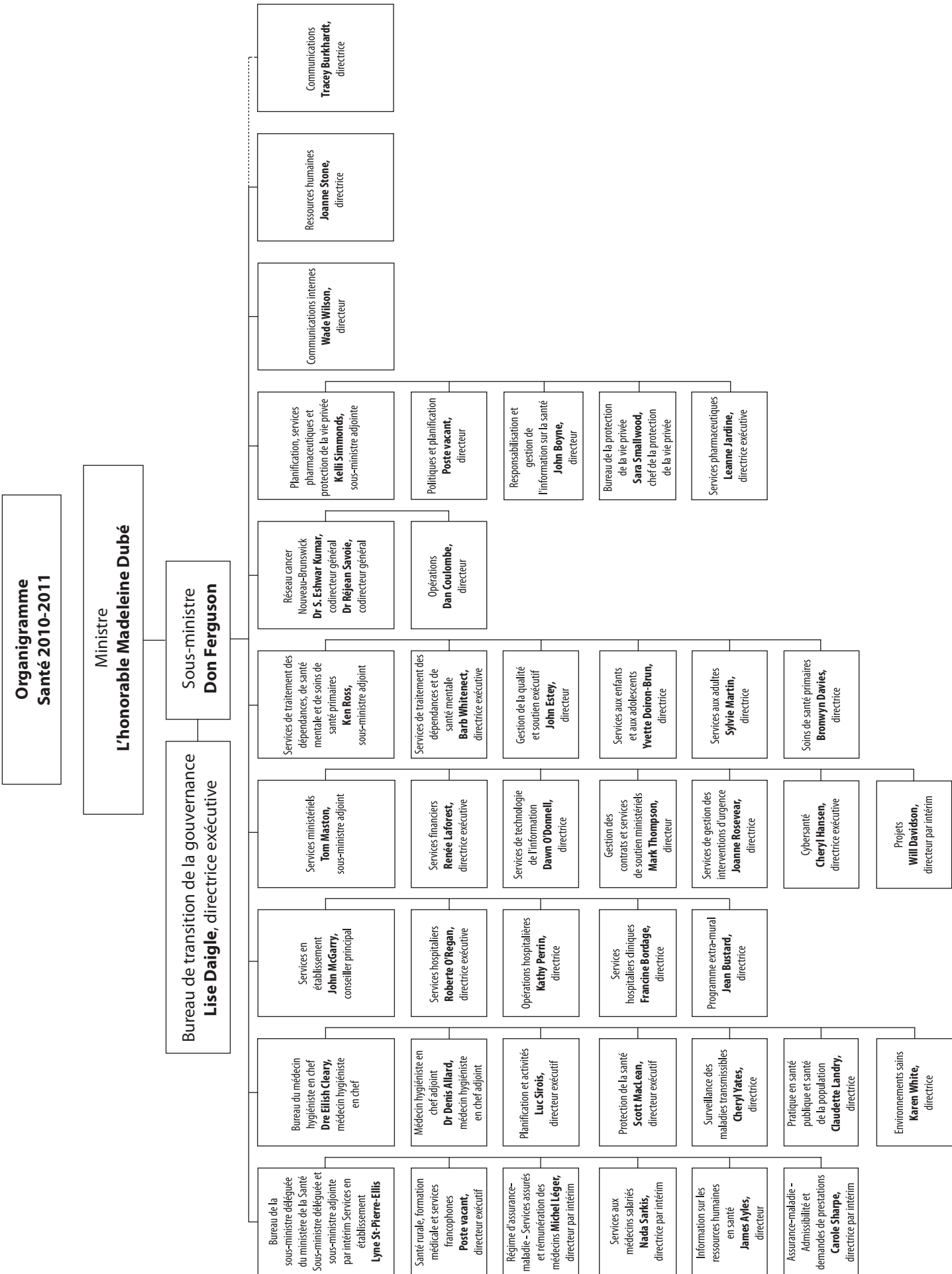
TABLE DES MATIÈRES

Organigramme	6
Législation	7
Secteur d'activité principal	
Protection des personnes les plus à risque	9
Programmes et services de santé mentale 9	
Services de santé mentale pour enfants et adolescents.....	9
Services de défense des malades psychiatriques.....	9
Programme de traitement pour les jeunes.....	10
Programmes et services de santé publique 10	
Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles.....	11
• Immunisation.....	11
• Maladies respiratoires.....	12
• Planification en cas de pandémie d'influenza.....	13
• Maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique.....	13
• Santé sexuelle.....	14
• Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses.....	17
Protection de la santé	17
• Salubrité des aliments.....	17
• Qualité de l'eau.....	20
• Écosalubrité et salubrité communautaire.....	21
• Lutte contre le tabagisme.....	23
Promotion de milieux familiaux sains	24
• Programme Initiatives pour la petite enfance.....	24
• Initiative Amis des bébés.....	26
• Saine nutrition.....	27
• Hygiène dentaire.....	28
• Programme Apprenants en santé à l'école.....	28
• Prévention des blessures.....	28
• Surveillance de la santé de la population.....	29
• Santé des Premières Nations.....	29
Secteur d'activité principal	
Prévention, Éducation et Sensibilisation	30
Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale30	
Engagement de la jeunesse et de la communauté	31

Core Business Area - Provision of Care	33	Secteur d'activité principal - Prestation de soins	33
Ambulance Services	33	Services d'ambulance	33
Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services	36	Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires	36
• Addiction Services.....	36	• Services de traitement des dépendances.....	36
• Community Mental Health Centres.....	37	• Centres de santé mentale communautaires.....	37
• Adult Community Mental Health Services.....	38	• Services communautaires de santé mentale auprès des adultes.....	38
• In-Patient Psychiatric Care.....	38	• Soins psychiatriques aux patients hospitalisés.....	38
• Primary Health Care.....	39	• Soins de santé primaires.....	39
• Community Health Centres.....	40	• Centres de santé communautaires.....	40
• Chronic Disease Prevention and Management.....	42	• Prévention et gestion des maladies chroniques.....	42
• Tele-Care.....	43	• Télé-Soins.....	43
Hospital Services	44	Services hospitaliers	44
• Cardiac Care Program.....	49	• Programme de soins cardiaques.....	49
• NB Trauma Program.....	49	• Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick.....	49
• Mobile Lithotripsy Services.....	50	• Services mobiles de lithotritie.....	50
• Dialysis Services.....	50	• Services de dialyse.....	50
• Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service.....	50	• Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU).....	50
• Surgical Access Management.....	52	• Gestion de l'accès aux services de chirurgie.....	52
• Metabolic/Genetic Newborn Screening Services.....	55	• Service de dépistage des troubles métaboliques et généétiques chez les nouveau-nés.....	55
• Universal Newborn Infant Hearing Screening Program.....	56	• Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons.....	56
• Respiratory Syncytial virus (RSV) Infection Prevention.....	57	• Prévention des infections au virus respiratoire syncytial (VRS).....	57
• Cochlear Implant Follow-Up Services.....	58	• Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires.....	58
• PET-CT.....	58	• Tomographie par émission de positrons (TEP) et tomographie par ordinateur (CT).....	58
• Organ and Tissue Procurement.....	59	• Dons d'organes et de tissus.....	59
• Canadian Blood Services.....	60	• Société canadienne du sang.....	60
• Patient Safety.....	61	• Sécurité des patients.....	61
• Utilization Management.....	62	• Gestion de l'utilisation.....	62
• Capital Equipment.....	64	• Biens d'équipement.....	64
• NB Extra Mural Program.....	64	• Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.....	64
• Rehabilitation Services.....	66	• Services de réadaptation.....	66
• Capital Construction.....	67	• Projets d'immobilisations.....	67
New Brunswick Cancer Network	68	Réseau cancer Nouveau-Brunswick	68
Health Emergency Management Services	73	Services de gestion des interventions d'urgence	73
Pandemic Planning and Response	75	Planification et intervention en cas de pandémie	75
Communications	76	Communications	76
Information Technology Services	76	Services de technologie de l'information	76
Contract Management and Corporate Support Services	82	Gestion des contrats et services de soutien ministériels	82
Official Languages	82	Langues officielles	82
Overall Summary of Staffing Activity	82	Sommaire général des activités de dotation	82
Office of Associate Deputy Minister of Health	83	Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé	83
• Medicare.....	83	• Régime d'Assurance-maladie.....	83
• Francophone and Rural Services.....	84	• Services en français et services ruraux.....	84
• New Brunswick Career Days.....	85	• Journées carrières au Nouveau-Brunswick.....	85
• Allied Health Professionals Resource Strategy.....	85	• Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles.....	85
• Nursing Resource Strategy.....	86	• Stratégie en matière de ressources infirmières.....	86
• Physician Resource Strategy.....	88	• Stratégie des ressources médicales.....	88
Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division	89	Division de la planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée	89
• Health Planning, Policy and Legislation.....	89	• Planification des politiques et de la législation en matière de santé.....	89
• Pharmaceutical Services.....	91	• Services pharmaceutiques.....	91
• Corporate Privacy Office.....	93	• Bureau de la protection de la vie privée.....	93
• Accountability and Health Information Management.....	94	• Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé.....	94
Financial Overview (Pie Chart)	95	Aperçu financier (diagramme circulaire)	95
Financial Overview (Itemized Totals)	96	Aperçu financier (totaux détaillés)	97
Financial Overview (Variances)	98	Aperçu financier (écarts)	98

Organizational Chart Health 2010-11





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 DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET MISES EN APPLICATION PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

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

LOIS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DE LA 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
Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé	Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé
Sages-femmes	Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick

* doit être promulguée

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services

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

Child and Adolescent Mental Health Services

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

Services provided include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based multidisciplinary teams, intervention may be provided on a short, medium or long-term basis as determined by clients' needs. The sharing of expertise, through consultations with the Departments of Education and Early Childhood Development, Public Safety, and Social Development, is promoted. In the 2010-11 fiscal year, Child and Adolescent Community Mental Health Services provided a total of 28,145 in-person services to 5,324 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 2010-11, a total of 1,703 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 4.3 per cent from the previous year.

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

Programmes et services de santé mentale

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

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

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

Les services offerts comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. L'intervention, assurée par des équipes communautaires multidisciplinaires, peut dispenser des services à court, à moyen ou à long terme, selon les besoins du client. Elle favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des ministères de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, de la Sécurité publique et du Développement social. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, les Services de santé mentale pour enfants et adolescents ont offert 28 145 services personnalisés à 5 324 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 2010-2011, 1 703 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 4,3 pour cent par rapport à l'année précédente.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education and Early Childhood Development, Public Safety, and Social Development, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 14 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2010-11, 314 youths were actively followed by the program, 27 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

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

PUBLIC HEALTH

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

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

In order to better fulfill the above mandate, legislative changes were proclaimed in November 2009 to further protect the public from health hazards, environmental risks and communicable diseases. Specifically, the Public Health Act and 6 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 the interests of protecting the health of the population.

A multi year, phased-in and risk based approach has been and continues to be taken to fully implement the new legislation and to ensure communication with stakeholders occurs at every stage of implementation.

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 3) healthy families development.

Programme 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 financier 2010-2011, le programme a offert des services actifs à 314 jeunes, dont 27 ont dû être admis au Centre Pierre-Caissie, à Moncton.

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

SANTÉ PUBLIQUE

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

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

Afin de mieux remplir le mandat susmentionné, des modifications législatives ont été promulguées en novembre 2009 dans le but de protéger davantage le public des risques pour la santé, des risques en matière d'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.

Une approche progressive, pluriannuelle et fondée sur les risques a été adoptée afin de mettre pleinement en œuvre la nouvelle législation et de veiller à la communication avec les intervenants à chaque stade de la mise en œuvre.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les régions 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 3) la promotion de milieux familiaux sains.

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 with communicable diseases.

Immunization

The New Brunswick Department of Health funds immunization programs against wide range of vaccine preventable diseases. Publicly funded vaccines are provided through the routine childhood and adult schedules, targeted programs for high risk individuals and for post-exposure immunoprophylaxis. Vaccines recommended in the routine immunization schedule are delivered by Public Health through immunization clinics, school clinics and by other healthcare providers throughout New Brunswick.

In the 2010-11 fiscal year the following enhancements were made to the New Brunswick Immunization Program:

1. In July 2010, pneumococcal 13-valent conjugate vaccine (Pevnar 13[®]) replaced Pevnar[®], a 7-valent vaccine in the Routine Immunization Schedule for Children to be given at 2, 4 and 12 months. A time limited catch-up program, ending in March 31, 2011, was offered to children aged 12 to 23 months.
2. Influenza vaccine eligibility policy was expanded to include all children up to five years of age and their household contacts. Children 5 years to 18 years were also made eligible to receive influenza vaccine. Members of a household expecting a newborn during the 2010-11 influenza season also became similarly eligible for influenza vaccine.
3. In January 2011, a second dose of varicella vaccine was introduced into the Routine Immunization Schedule for Children, to be given at 18 months. A time limited catch-up program was set up so that all children born in 2009 and later were eligible to receive the second dose of the vaccine free of charge.
4. Also, in January 2011, as part of a campaign to protect newborns and young infants against pertussis (whooping cough), Tdap, an adult pertussis containing vaccine booster was introduced for all women in the post-partum period and their partners.
5. Other developments in NB Immunization Program in 2010-11 included:
 - Launch of the Adverse Events Following Immunization (AEFI) surveillance program. The new NB AEFI reporting form with corresponding user guide were developed and implemented in June 2010.
 - Protocol for the management of immunization-related anaphylaxis in non-hospital settings was revised and published in February 2011.

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.

Immunsation

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick finance les programmes de vaccination contre toute une série de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les vaccins financés par le secteur public sont offerts par l'entremise des programmes d'immunsation systématique qui s'adressent aux enfants et aux adultes et des programmes ciblés pour les personnes à risque élevé, et pour l'immunsoprophylaxie post-exposition. Les vaccins recommandés dans les programmes d'immunsation systématique sont administrés par la Santé publique au cours de cliniques de vaccination et de cliniques de vaccination en milieu scolaire, ainsi que par d'autres fournisseurs de soins partout au Nouveau-Brunswick.

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, les améliorations suivantes ont été apportées au programme d'immunsation du Nouveau-Brunswick :

1. En juillet 2010, le vaccin conjugué contre le pneumocoque 13-valent (Pevnar 13[®]) a remplacé le Pevnar[®], un vaccin 7-valent inclus dans le calendrier d'immunsation systématique pour les enfants, qui est administré à 2, 4 et 12 mois. Un programme de rattrapage à durée limitée, qui a pris fin le 31 mars 2011, a été offert aux enfants âgés de 12 à 23 mois.
2. La politique d'admissibilité au vaccin contre la grippe a été élargie afin d'inclure tous les enfants de cinq ans et moins ainsi que leurs contacts familiaux. Les enfants âgés de 5 à 18 ans étaient également admissibles à recevoir le vaccin contre la grippe. Les membres d'un ménage attendant un nouveau-né au cours de la saison grippale 2010-2011 étaient eux aussi admissibles à recevoir le vaccin contre la grippe.
3. En janvier 2011, une deuxième dose du vaccin contre la varicelle, à être administrée à 18 mois, a été ajoutée au calendrier d'immunsation systématique pour les enfants. Un programme de rattrapage à durée limitée a été mis en place de sorte que tous les enfants nés en 2009 et après soient admissibles à recevoir la deuxième dose du vaccin gratuitement.
4. De plus, en janvier 2011, dans le cadre de la campagne de protection des nouveau-nés et des nourrissons contre la coqueluche (toux coquelucheuse), le vaccin DTC, un vaccin de rappel pour adulte contenant le virus de la coqueluche, est devenu disponible pour toutes les femmes en période postnatale ainsi que pour leur partenaire.
5. D'autres changements ont aussi été apportés au programme d'immunsation systématique de 2010-2011 :
 - Lancement du programme de surveillance des effets secondaires suivant l'immunsation. Le nouveau rapport des effets secondaires suivant l'immunsation du Nouveau-Brunswick (formulaire) ainsi qu'un guide de l'utilisateur ont été élaborés et mis en œuvre en juin 2010.
 - Le protocole de gestion de l'anaphylaxie liée à la vaccination en milieux non hospitaliers a été révisé et publié en février 2011.

Respiratory Diseases

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

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

Surveillance Data: Respiratory Diseases

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

In 2010-11, several small clusters of pertussis cases were observed in Region 1. A total of 41 cases were reported in 2010-11 compared to 24 cases in 2009-10. The highest increase in number of cases was within two age groups: <1 and 5-14 year olds. This increase mostly occurred from December, 2010 to February, 2011 and tapered off in April, 2011.

Table A-1 - Respiratory Disease Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2006-2010

Disease	2006	2007	2008	2009	2010
Measles	0	0	0	0	0
Mumps	0	16.51	0.1	0.1	0
Pertussis	3.6	3.1	3.1	3.2	5.5
Rubella	0	0	0	0	0.1
Diphtheria	0	0	0	0	0
H. Influenzae type b	0.1	0	0	0	0.4

Source: OCMOH, Communicable Disease Control Branch.
Note: the denominator use to calculate the 2010 rates are the 2010 preliminary post-censal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.

Maladies respiratoires

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

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

Données de surveillance : Maladies respiratoires

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

En 2010-2011, plusieurs petits groupes de cas de coqueluche ont été observés dans la Région 1. Ce sont 41 cas qui ont été déclarés comparativement à 24 cas en 2009-2010. L'augmentation la plus marquée du nombre de cas a été observée au sein de deux groupes d'âge, soit chez les enfants de moins d'un an et chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. Cette augmentation s'est surtout produite entre décembre 2010 et février 2011, puis elle a progressivement diminué en avril 2011.

Tableau A-1 - Taux d'incidence des maladies respiratoires (par tranche de 100 000 habitants) par année, 2006-2010

Maladie	2006	2007	2008	2009	2010
Rougeole	0	0	0	0	0
Oreillons	0	16,51	0,1	0,1	0
Coqueluche	3,6	3,1	3,1	3,2	5,5
Rubéole	0	0	0	0	0,1
Diphthérie	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0,1	0	0	0	0,4

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, Direction du contrôle des maladies transmissibles.
Remarque : Le dénominateur utilisé pour calculer les taux de 2010 est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2010 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.

**Table A-2 - Number of Cases of Respiratory Disease by Zones, 2010/
Tableau A-2 - Nombre de cas de maladies respiratoires par zone, 2010**

Disease / Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Measles/Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Mumps/Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis/Coqueluche	35	0	<5*	<5*	0	0	<5*	41
Rubella/Rubéole	<5*	0	0	0	0	0	0	1
Diphtheria/Diphthérie	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Influenzae type/H. influenzae type b	0	<5*	0	<5*	0	0	0	3

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

Pandemic Influenza Planning

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

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

Foodborne, Waterborne and Enteric Diseases

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

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

Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases

Incidence rates of selected enteric diseases have been generally stable or slightly decreasing over the last eight years. All of the incidence rates of selected diseases below have been stable except for Giardiasis which has been increasing steadily since 2004, however it remains lower than Canadian rates. The Salmonellosis incidence rate has increased in 2010; however this is the first increase since 2006. This increase is largely attributable to the increasing incidence of Salmonella Enteritidis; a trend also observed in other Canadian provinces.

Planification en cas de pandémie d'influenza

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

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

Maladies d'origine alimentaire, hydrique et entérique

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

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

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Les taux d'incidence des maladies entériques sélectionnées ont été généralement stables ou ont légèrement diminué au cours des huit dernières années. Tous les taux d'incidence des maladies sélectionnées ci-dessous ont été stables, sauf celui de la giardiose, qui augmente régulièrement depuis 2004; il demeure toutefois plus faible que les taux canadiens. Le taux d'incidence de la salmonellose a augmenté en 2010, mais il s'agit de la première augmentation depuis 2006. Cette hausse est en grande partie attribuable à l'incidence croissante de Salmonella enteritidis, une tendance qui est également observée dans les autres provinces canadiennes.

Table A-3 - Enteric, Food and Waterborne Diseases Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2006 to 2010

Disease	2006	2007	2008	2009	2010
Campylobacteriosis	20.1	23.1	21.4	25.8	17.4
Giardiasis	12.3	11.8	14.6	13.6	15.0
E. coli O157:H7	2.8	4.0	1.9	2.0	2.0
Salmonellosis	19.6	17.7	14.1	13.7	19.6
Shigellosis	0.3	0.5	0.9	1.2	0.8

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.

Notes

- The denominator use to calculate rates are the 2010 preliminary postcensal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.
- All rates presented in this table were reviewed according to new analysis algorithm and population estimates.

Tableau A-3 - Taux d'incidence des maladies entériques, alimentaires et hydriques (par tranche de 100 000 habitants) par année, de 2006 à 2010

Maladie	2006	2007	2008	2009	2010
Campylobactériose	20,1	23,1	21,4	25,8	17,4
Giardiase	12,3	11,8	14,6	13,6	15,0
E. coli O157:H7	2,8	4,0	1,9	2,0	2,0
Salmonellose	19,6	17,7	14,1	13,7	19,6
Shigellose	0,3	0,5	0,9	1,2	0,8

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

Remarques

- Le dénominateur utilisé pour calculer les taux est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2010 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.
- Tous les taux présentés dans ce tableau ont été révisés en fonction des nouvelles estimations démographiques et des nouveaux algorithmes analytiques.

Table A-4 - Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases by Zones, 2010-11/

Tableau A-4 - Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques par zone, 2010-2011

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Campylobacteriosis/Campylobactériose	37	19	25	17	<5	26	<5	131
Giardiasis/Giardiase	34	22	33	<5	<5	15	<5	113
E. coli O157:H7/E. coli O157:H7	5	<5	5	<5	0	<5	0	15
Salmonellosis/Salmonellose	49	14	45	<10	<5	16	13	147
Shigellosis/Shigellose	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	6

Sexual Health

Sexually Transmitted and Blood Borne Infections

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

Sexual Health Centers

Using a comprehensive approach, the Sexual Health Centers aim to improve, support and maintain a healthy sexuality for the youth in New Brunswick. The goals of the program are to prevent and reduce unintended teen pregnancies and sexually transmitted and blood-borne infections in youth under 24 years old.

Program components include sound, current and age-appropriate sexual health education, counseling and clinical services to youth. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided

Santé sexuelle

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

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

Centres de santé sexuelle

À l'aide d'une approche globale, les centres de santé sexuelle visent à améliorer, à soutenir et à maintenir la santé sexuelle des jeunes néo-brunswickois. Le programme a pour but de prévenir et de réduire les grossesses imprévues chez les adolescentes et les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes âgés de moins de 24 ans.

Les composantes du programme offrent aux jeunes des services avisés, actuels et pertinents à leur âge en matière d'éducation sexuelle, de counseling et de services cliniques. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à

through sexual health centers located in all zones along with outreach services as needed.

In fiscal year 2010-11, a total of 14,389 individual consultations for counseling, testing and treatment were provided by physicians, nurse practitioners and public health nurses. From this number, 68 per cent of consultations were provided to youth less than 20 years old. Males are under-represented in this clientele; they account for only 12 per cent of the consultations.

Approximately 16,000 individuals were reached through 339 information and education group sessions. The largest proportion of the students is in grades 9 through 12.

The sexual health program is currently planning to focus more on health promotion activities within the population and high risk groups.

Sexually Transmitted Infection Information Line

The Sexually Transmitted Infection (STI) Information Line (1-866-785-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other infections including HIV and Hepatitis C. New Brunswick residents have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2010-11, the STI Info line responded to 414 calls for advice, information and referral. Twenty-three per cent of calls were from females and 28 per cent, from males. The most frequent callers were 31-35 years old (12 per cent) followed by 21-25 years old (10 per cent) and then by 16-20 years old (8 per cent).

HIV Testing

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

Regional Public Health staff delivers the 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. HIV testing options include anonymous, non-nominal and nominal.

In 2010-11, Public Health HIV Testing Program provided testing and counselling services to 468 individuals in the community. This number is lower than it was in 2009-10 when 682 individuals were tested. This reduction in testing services is due to Public Health putting more emphasis on promoting wellness and preventing infections within the community than on testing to find unknown cases.

l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont fournis par des centres de santé sexuelle situés dans toutes les zones, avec des services d'extension si nécessaire.

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, un total de 14 389 consultations individuelles pour du counseling, des tests et des traitements ont été données par des médecins, des infirmières praticiennes et des infirmières en santé publique. Ce sont les jeunes de moins de 20 ans qui ont bénéficié de 68 pour cent de ces consultations. Les hommes sont sous-représentés dans cette clientèle; ils ne représentent que 12 pour cent des consultations.

Les 339 séances informatives et éducatives de groupe ont touché près de 16 000 personnes. La majeure partie des élèves sont des élèves de la 9e à la 12e année.

À l'heure actuelle, le Programme de santé sexuelle planifie mettre davantage l'accent sur les activités de promotion de la santé au sein de la population et des groupes à risque élevé.

Ligne d'information sur les infections transmissibles sexuellement

La ligne sans frais sur les infections transmissibles sexuellement (1 866 785-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les infections transmissibles sexuellement et d'autres infections, y compris le VIH et l'hépatite C. Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En 2010-2011, la ligne d'information sur les infections transmissibles sexuellement a répondu à 414 appels de personnes qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage. Vingt-trois pour cent des appels provenaient des femmes et 28 pour cent, des hommes. Les personnes qui ont appelé le plus fréquemment étaient âgées de 31 à 35 ans (12 pour cent), suivies des personnes âgées de 21 à 25 ans (10 pour cent), puis des personnes âgées de 16 à 20 ans (8 pour cent).

Dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services aux personnes courant un risque d'exposition au VIH ainsi qu'à d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le but du programme est de réduire le taux d'incidence de ces infections au moyen de services d'éducation et de counseling, d'un dépistage précoce et d'un accès au traitement pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le succès de ce programme est renforcé par la collaboration entre la Santé publique, le Service correctionnel Canada et la Sécurité publique, ainsi qu'avec d'autres partenaires communautaires tels que les organismes de services en matière de sida.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage 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. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal.

En 2010-2011, le programme de dépistage du VIH de la Santé publique a fourni des services de dépistage et de counseling à 468 personnes au sein de la collectivité. Ce nombre est inférieur à celui de 2009-2010, année au cours de laquelle 682 personnes ont subi un dépistage. Cette réduction des services de dépistage est due au fait que la Santé publique met davantage l'accent sur la promotion du bien-être et sur la prévention des infections au sein de la collectivité que sur le dépistage pour découvrir des cas inconnus.

One hundred and nineteen (119) inmates were tested in Public Safety's correctional facilities in 2010-11. This number is comparable to 110 in 2009-10. The memorandum of understanding between the Department of Health and Correction Services Canada and Public Safety is currently under revision.

Needle and Syringe Exchange Program

The Office of the Chief Medical Officer of Health is currently funding AIDS service organizations to deliver a needle/syringe exchange program. The goal of this harm reduction program is to reduce the risk of contracting bloodborne infections such as HIV and Hepatitis C. The department provides funding for the program coordination as well as needles, syringes and condoms to AIDS service organizations in Saint John, Fredericton and Moncton. This program was reviewed in 2010. Public Health is currently examining the recommendations of the reviewer.

Surveillance of Sexually Transmitted Bloodborne Infections (STBBI)

Table A-5 illustrates that the trend in ST/BBI is increasing in some areas but this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates. However, the increase in chlamydia and syphilis is a concern. In 2010-11, the incidence rate of chlamydia increased by 21.3 per cent overall and by 32.5 per cent among 15 to 19 years old. The 15 to 24 age group now represents 3 cases out of 4 (74.7 per cent) in the province. A syphilis outbreak started at the end of 2009, and the incidence rate of infectious syphilis has quickly reached the national rate. Even if the number of cases is low compared to other provinces (see Table A-6), it remains important to closely monitor the situation.

Table A-5 - Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens Incidence Rates (per 100,000) by Year, 2006 to 2010

Disease	2006	2007	2008	2009	2010
Genital Chlamydia	179.8	164.3	199.5	209.0	253.5
Gonorrhoea	4.0	5.9	5.4	6.3	9.7
Syphilis - All	0.9	1.6	1.5	2.5	6.7
Infectious	0.1	0.5	0.8	1.7	5.9
HIV	2.0	1.6	1.6	0.1	0.5
AIDS	0.4	0.4	0.1	0.1	0.1

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit.

Notes

- The denominator used to calculate rates are the 2010 preliminary postcensal population estimates by Statistics Canada which is based on 2006 census data.
- All rates presented in this table were reviewed according to new analysis algorithm and population estimates.

Cent dix-neuf détenus ont subi un dépistage dans les établissements correctionnels de la Sécurité publique en 2010-2011. Ce nombre est comparable au nombre de 2009-2010, qui est de 110. Le protocole d'entente entre le ministère de la Santé et Service correctionnel Canada et la Sécurité publique est en cours de révision.

Programme d'échange d'aiguilles et de seringues

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef finance actuellement les organismes de services en matière de sida pour déployer un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. Le but de ce programme de réduction des méfaits est de réduire le risque de contracter des infections transmissibles par le sang telles que le VIH et l'hépatite C. Le ministère finance la coordination du programme ainsi que les aiguilles, les seringues et les préservatifs pour les organismes de services en matière de sida à Saint John, à Fredericton et à Moncton. Le programme a été examiné en 2010. La Santé publique étudie actuellement les recommandations de l'examineur.

Surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Le tableau A-5 démontre que la tendance des infections transmissibles sexuellement et par le sang est à la hausse dans certaines régions sans toutefois être unique au Nouveau-Brunswick, puisque la plupart de ces taux d'incidence sont inférieurs ou comparables aux taux nationaux. Cependant, l'augmentation des cas de chlamydie et de syphilis est préoccupante. En 2010-2011, le taux d'incidence de la chlamydie a augmenté de 21,3 pour cent dans l'ensemble et de 32,5 pour cent chez les 15 à 19 ans. Le groupe d'âge des 15 à 24 ans représente maintenant trois cas sur quatre (74,7 pour cent) dans la province. Une éclosion de syphilis a commencé à la fin de 2009, ce qui a fait en sorte que le taux d'incidence de syphilis infectieuse atteigne rapidement le taux national. Même si le nombre de cas est faible comparativement aux autres provinces (voir le tableau A-6), il est important de surveiller de près la situation.

Tableau A-5 - Taux d'incidence des infections transmissibles sexuellement ou des agents pathogènes transmissibles par le sang (par tranche de 100 000 habitants) par année, de 2006 à 2010

Maladie	2006	2007	2008	2009	2010
Chlamydie génitale	179,8	164,3	199,5	209,0	253,5
Gonorrhée	4,0	5,9	5,4	6,3	9,7
Syphilis – toutes	0,9	1,6	1,5	2,5	6,7
Infectieuse	0,1	0,5	0,8	1,7	5,9
VIH	2,0	1,6	1,6	0,1	0,5
SIDA	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1

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

Remarques

- Le dénominateur utilisé pour calculer les taux est les estimations démographiques postcensitaires préliminaires de 2010 de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2006.
- Tous les taux présentés dans ce tableau ont été révisés en fonction des nouvelles estimations démographiques et des nouveaux algorithmes analytiques.

**Table A-6 - Number of Cases of Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens by Zones, 2010-11/
Tableau A-6 - Nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement ou d'agents pathogènes transmissibles par le sang
par zone, 2010-2011**

Disease/Maladie	Zones							Provincial Total Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Genital Chlamydia/Chlamydie génitale	770	354	544	44	31	91	73	1907
Gonorrhea/Gonorrhée	45	4	18	<5	<5	<5	<5	73
Syphilis - All/Syphilis – toutes	19	3	20	<5	<5	5	<5	50
Infectious/Infectieuse	18	3	20	<5	<5	<5	<5	44
HIV/VIH	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	4
AIDS/SIDA	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	1

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

Vectorborne and Zoonotic Diseases

Vectorborne and zoonotic diseases are diseases capable of being transmitted from animals to humans. These include rabies, Lyme disease and West Nile virus. New Brunswick has sporadic notifications of human cases associated with these diseases. In fiscal 2010-11, the main components of the vectorborne and zoonotic disease program included the prevention of disease in people through public and professional awareness and education, surveillance of cases and specific interventions as appropriate, including prophylactic treatment of persons exposed to suspect rabid animals. The awareness and education campaign consisted of press releases, print, radio, website, toll-free information lines and community information sessions.

Health Protection

The Health Protection Programs are overseen by the Health Protection Branch within the Office of the Chief Medical Officer of Health. The programs include: food safety (including inspection/regulation of food premises and agri-food services), monitoring of water quality, community sanitation, institutional health, communicable disease control, tobacco control and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs is based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

Activities carried out by the Health Protection Branch regional offices in 2010-11 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

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 virus du Nil occidental. Quelques cas humains sporadiques de ces maladies ont été déclarés au Nouveau-Brunswick. Pour l'exercice financier 2010-2011, les principaux volets du programme de lutte contre les maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses comprenaient la prévention des maladies par des mesures de sensibilisation et d'information du public et des milieux professionnels, la surveillance des cas et les interventions spécifiques, le cas échéant, notamment le traitement prophylactique des personnes exposées aux animaux présumés enragés. La campagne de sensibilisation et d'information a été mise en œuvre par l'entremise de communiqués de presse, des journaux, de la radio, d'un site Web, de lignes d'information sans frais et de séances d'information communautaires.

Protection de la santé

Les programmes de protection de la santé sont supervisés par la Direction de la protection de la santé, qui relève du Bureau du médecin hygiéniste en chef. Les programmes visent notamment à assurer la salubrité des aliments (y compris l'inspection et la réglementation des locaux destinés aux aliments et des services agroalimentaires), la surveillance de la qualité de l'eau, l'hygiène communautaire, la santé en établissement, la surveillance des maladies transmissibles, la lutte contre le tabagisme et la promotion de la santé.

La prestation des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

Les activités entreprises par les bureaux régionaux de la Direction de la protection de la santé en 2010-2011 sont décrites ci-après.

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

who is responsible to enforce requirements of the *Public Health Act* for the operation of food premises.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance 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 2010-11, 3,538 licenses were issued to New Brunswick food premises, this is an increase of 204 licenses. This may be attributed to the beginning of the implementation of the new *Public Health Act* which was proclaimed in November 2009 and will require a greater number of facilities to be licensed as implementation is phased-in. Public health inspectors conducted 5,048 inspections of licensed establishments and conducted 380 inspections of unlicensed, temporary or special event food vendors. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 1,539 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities. The Department of Health recognizes the importance of health education as a means of decreasing the incidence of foodborne illness.

la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé publique* relatives à l'exploitation des établissements de services alimentaires.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes 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 2010-2011, 3 538 permis ont été délivrés à des établissements de services alimentaires au Nouveau-Brunswick, ce qui représente une hausse de 204 permis. Cette hausse peut être attribuée au début de la mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur la santé publique* qui a été promulguée en novembre 2009 et elle nécessitera que davantage d'établissements obtiennent un permis au fur et à mesure de la mise en œuvre de la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique ont mené 5 048 inspections d'établissements titulaires d'un permis et 380 inspections de fournisseurs de produits alimentaires à des événements spéciaux ou temporaires non visés par un permis. Outre ces activités d'inspection, les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 1 539 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 l'éducation en matière de santé comme un moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire.

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

	2009-10	2010-11
High/Élevé	601	*1056
Medium/Moyen	3,033	3,413
Low/Faible	789	579
Total	4,423	5,048
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	3,334	3,538
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	10	11
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	2,042	1,539

* The number of high risk food premises inspections showed an increase from 2009-10 (601) to 2010-11 (1,056). This appears to be a significant increase; however, the 2010-11 statistic is actually more reflective of inspection activity in this area. This is related to Health Protection Branch's involvement and time commitment with the H1N1 mass vaccination campaign in 2009, and consequently the decrease in the total number of food premises inspections in 2009-10 from that of the previous year./Le nombre d'inspections d'établissements de services alimentaires à risque élevé a augmenté entre 2009-2010 (601) et 2010-2011 (1 056). Bien que cette augmentation semble importante, les données de 2010-2011 reflètent à vrai dire davantage les activités d'inspection dans ce secteur. L'augmentation serait liée à la participation de la Direction de la protection de la santé et au temps qu'elle a consacré à la campagne de vaccination de masse contre la grippe H1N1 en 2009 et, par conséquent, à la diminution du nombre total d'inspections d'établissements de services alimentaires en 2009-2010 par rapport à l'année précédente.

Agri-Food Services

Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided 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 standards.

	2009-10	2010-11
Raw Milk Sampling		
Number of raw milk samples tested	2867	2808
Compliance:		
Bacteria Counts	97.87%	98.11%
Somatic Cell Count	97.00%	97.44%
Added Water	99.97%	99.89%
Number of inhibitor infractions	4	3

Dairy Farm Inspections

The approximately 234 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.

	2009-10	2010-11
Number of routine dairy farm inspections	234	232
Number of follow-up, quality and other inspections	296	315

Dairy Processors

Sample collection and product testing at the NB Dairy Laboratory.

	2009-10	2010-11
Number of samples		
Cheese	127	135
Butter	7	7
Yogurt	7	5

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk Meter Calibrations are completed once per year with follow-up as required. Provincial plants are now inspected twice a year. An additional plant was licensed last year.

	2009-10	2010-11
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	10	11
Milk Meter Calibrations	*0	*0

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

Abattoir Inspections

Last year abattoirs were inspected twice or once a year with the implementation of a risk based inspection program. Abattoirs were inspected for sanitation and facility requirements with follow up as required.

Services agroalimentaires

Programme de contrôle de la qualité du lait cru

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

	2009-2010	2010-2011
Échantillonnage du lait cru		
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	2 867	2 808
Conformité :		
Énumérations bactériennes	97,87 %	98,11 %
Énumération des cellules somatiques	97,00 %	97,44 %
Eau ajoutée	99,97 %	99,89 %
Nombre d'agents inhibiteurs	4	3

Inspections de fermes laitières

Environ 234 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.

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	234	232
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	296	315

Transformateurs de produits laitiers

Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick.

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'échantillons		
Fromage	127	135
Beurre	7	7
Yogourt	7	5

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 une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin. Les usines provinciales sont maintenant inspectées deux fois par année. Une autre usine a reçu son permis l'an dernier.

	2009-2010	2010-2011
Inspections d'usines de fromage au lait cru et de pasteurisation	10	11
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

L'an dernier, les abattoirs ont été inspectés deux ou une fois par année avec la mise en œuvre d'un programme d'inspection fondé sur le risque. Les abattoirs ont été inspectés pour les conditions sanitaires et les besoins de l'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins.

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

	2009-10	2010-11
Number of licensed abattoirs	32	31
Number of abattoir inspections	159	158

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.

	2009-10	2010-11
Number of BTMG inspections	31	32

Bulk Milk Tank Truck

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

	2009-10	2010-11
Number of tanker inspections	27	24

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 2010-11, 32 boil orders were issued in 21 New Brunswick communities.

	2009-10	2010-11
Number of bacteriological tests monitored*	20,423	13,312
Boil Orders Issued	23	32
Do Not Consume Orders Issued	0	0

*Monitored at NB Analytical Services Laboratory. There was an increase in tests monitored in 2009-10; the number of tests in 2010-11 is less than previous years due to a large client no longer using the services of the provincial laboratory.

Quatre inspections par an sont requises pour l'enlèvement des matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'abattoirs ayant un permis	32	31
Nombre d'inspections d'abattoir	159	158

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.

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'inspections par les préposés au classement du lait en citerne	31	32

Camion-citerne de lait

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

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'inspections de camions-citernes	27	24

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 2010-2011, 32 ordres de faire bouillir l'eau ont été donnés dans 21 localités du Nouveau-Brunswick.

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'analyses bactériologiques surveillées*	20 423	13 312
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	23	32
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	0	0

*Surveillées au Laboratoire des services analytiques du Nouveau-Brunswick. Il y a eu une augmentation du nombre d'analyses surveillées en 2009-2010. Le nombre d'analyses surveillées en 2010-2011 est inférieur à celui des années précédentes en raison d'un important client qui n'a plus recours aux services du laboratoire provincial.

Private Drinking Water Supplies

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

	2009-10	2010-11
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	7,010	5,173
Private well owners contacted	2,859	2,624

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 measured against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, district medical officers of health may post an area as unsafe for swimming. Advisories regarding blue green algae blooms were issued in three lakes in 2010-11.

	2009-10	2010-11
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	576	467
Number of beaches closed	4	3

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 2009-10, 499 individuals were trained and licensed to install systems under the *Public Health Act*.

	2009-10	2010-11
On-Site Sewage Disposal System		
Application Assessments	2,411	2,107
Inspections	2,086	1,855

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.

	2009-2010	2010-2011
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	7 010	5 173
Propriétaires de puits privés contactés	2 859	2 624

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 pour la qualité de l'eau à des fins récréatives au Canada. Lorsqu'il est 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 2010-2011, on a émis des avis de sécurité pour trois lacs concernant la prolifération des algues bleu vert.

	2009-2010	2010-2011
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	576	467
Nombre de plages fermées	4	3

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 des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système, et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis délivré par le 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 2009-2010, 499 personnes ont suivi les cours et ont obtenu un permis d'installation des systèmes en vertu de la *Loi sur la santé publique*.

	2009-2010	2010-2011
Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place		
Évaluation des demandes	2 411	2 107
Inspections	2 086	1 855

Subdivision Assessments

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

	2009-10	2010-11
Subdivision Assessments	661	533

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.

	2009-10	2010-11
Indoor air quality investigations	223	134
Housing complaint investigations	372	757*

* The significant increase in housing inspections in 2010-11 were related to the major spring flooding event that impacted many businesses and residences in New Brunswick. As part of a five member team of inspectors, public health inspectors visited businesses and residences that were impacted by the flood to assess for health risks.

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 2010-11, public health inspectors conducted 1,063 institutional inspections.

	2009-10	2010-11
Special Care Home inspections	467	397
Daycares inspections	503	666

Évaluation des lotissements

Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Si le terrain devant être loti doit être muni d'un système autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme demande au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation indiquant si le terrain convient ou non à l'installation d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. Les inspecteurs de la Santé publique effectuent les évaluations afin de s'assurer que le terrain répond aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau. Les nouvelles dispositions législatives n'exigent plus des inspecteurs de la Santé publique qu'ils procèdent à une évaluation des lotissements. Par conséquent, on ne procède plus à des évaluations des lotissements, mais ce sont plutôt des évaluations qui sont effectuées et des recommandations qui sont formulées à l'intention des commissions d'aménagement par d'autres groupes tels que les arpenteurs-géomètres.

	2009-2010	2010-2011
Évaluation des lotissements	661	533

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.

	2009-2010	2010-2011
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	223	134
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	372	757*

* La hausse substantielle des inspections de logement en 2010-2011 était liée à la grande crue printanière qui a eu une incidence sur de nombreuses entreprises et résidences au Nouveau-Brunswick. Dans le cadre d'une équipe d'inspecteurs composée de cinq membres, les inspecteurs de la Santé publique ont visité les entreprises et les résidences qui ont été touchées par des inondations afin d'évaluer les risques pour la santé.

Santé en établissement

Le ministère fournit au ministère du Développement social des recommandations sur la délivrance de permis de garderies et de 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 2010-2011, les inspecteurs de la Santé publique ont procédé à l'inspection de 1 063 établissements.

	2009-2010	2010-2011
Inspections de foyers de soins spéciaux	467	397
Inspections de garderies	503	666

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
15.3	17	15.5	16.1	17.4

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

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

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

The *Act* is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Worksafe NB. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the *Act*. Since the introduction of the *Act*, the number of complaints has declined from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to nine for the entire 2009-10 fiscal year and increased to 18 complaints in 2010-11. Additionally, 15 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*.

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
15,3	17	15,5	16,1	17,4

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

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

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 de la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent prévoir des chambres de fumeurs. De plus, depuis le 1^{er} 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; il est passé de 156 plaintes au cours des six premiers mois de l'exercice financier 2004-2005 à neuf plaintes pour la totalité de l'exercice financier 2009-2010, puis il a augmenté pour s'établir à 18 plaintes en 2010-2011. En outre, 15 appels de plainte ont été reçus au cours de ce dernier exercice concernant des personnes fumant près des portes d'entrée, des entrées et des fenêtres de bâtiments publics, qui ne sont actuellement pas couverts 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 2004-05	Avril à mars April-March 2005-06	Avril à mars April-March 2006-07	Avril à mars April-March 2007-08	Avril à mars April-March 2008-09	Avril à mars April-March 2009-10	Avril à mars April-March 2010-11
Public Health/Santé publique	56 (35%)	41 (63%)	34 (69%)	20(77%)	14(64%)	7 (78%)	8 (44%)
Public Safety/Sécurité publique	75 (48%)	10 (15%)	6 (12%)	2(8%)	2(9%)	1 (11%)	4 (22%)
Worksafe NB/Travail sécuritaire NB	25 (16%)	14 (22%)	9 (19%)	4(15%)	6(27%)	1 (11%)	6 (33%)
Total complaints/Total des plaintes	156	65	49	26	22	9	18

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

In 2010-11 inspectors reported a total of 1,035 administrative/enforcement checks and recorded a combined compliance rate of 94 per cent. This is up from 93.2 per cent reported in 2009-10.

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 pour interdire l'utilisation d'étalages muraux à grande visibilité pour faire la publicité du tabac. Les résultats d'inspection indiquent une bonne conformité avec cette modification de la *Loi*.

En 2010-2011, les inspecteurs ont déclaré au total 1 035 contrôles administratifs et d'application et ils ont enregistré un taux de conformité global de 94 pour cent. Ce taux représente une hausse par rapport au taux de 93,2 pour cent enregistré en 2009-2010.

As a result of information provided to the Department of Finance, during the past year, one tobacco retailer has had their tobacco license suspended for a period of 30 days.

Healthy Families Development

Early Childhood Initiatives (ECI)

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

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

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

Prenatal Program

The goal of the ECI Prenatal Program is to promote healthy pregnancies so that infants will be born healthy. Expectant mothers eligible for the program are offered the services of a public health nurse and nutritionist who tailor sessions to meet the individual client's needs. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements. Referrals to additional services are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

During 2010-11, 829 clients participated in the ECI Prenatal Program. Public health nutritionists worked with the majority of the program's clients and provided milk and vitamin supplements to 88 per cent of the women receiving nutrition counseling.

Postnatal Program

As part of the ECI Postnatal Program, public health nurses use the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool to assess newborns in the days following birth. Although not all parents choose to participate in the program, 35 per cent of the 6,960 babies assessed met 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;

En conséquence de l'information fournie au ministère des Finances, un vendeur de tabac s'est vu suspendre son autorisation d'exploiter un débit de tabac pendant une période de 30 jours au cours de l'année dernière.

Promotion de milieux familiaux sains

Initiatives pour la petite enfance (IPE)

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

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

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

Programme prénatal

L'objectif du programme prénatal des Initiatives pour la petite enfance est d'encourager des grossesses en santé pour que les nourrissons naissent en santé. Les femmes enceintes admissibles au programme se voient offrir les services d'une infirmière ou d'une nutritionniste de la Santé publique qui adapte les séances en vue de répondre aux besoins de chacune des clientes. Les clientes qui satisfont aux critères financiers reçoivent des suppléments nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme sera acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

En 2010-2011, 829 clientes ont participé au programme prénatal des Initiatives pour la petite enfance. Les nutritionnistes de la Santé publique ont travaillé avec la majorité des clientes du programme et ont offert du lait et des suppléments vitaminiques à 88 pour cent des femmes recevant des conseils en nutrition.

Programme postnatal

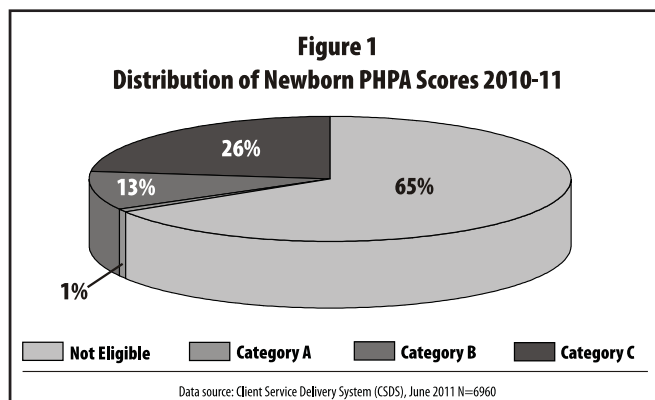
Dans le cadre du programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (EPSP) pour évaluer les nouveau-nés pendant les jours suivant l'accouchement. Même si tous les parents ne choisissent pas de participer au programme, 35 pour cent des 6 960 bébés évalués répondaient aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

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

- a. des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec-de-lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;
- b. des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;

- c. Family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

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



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

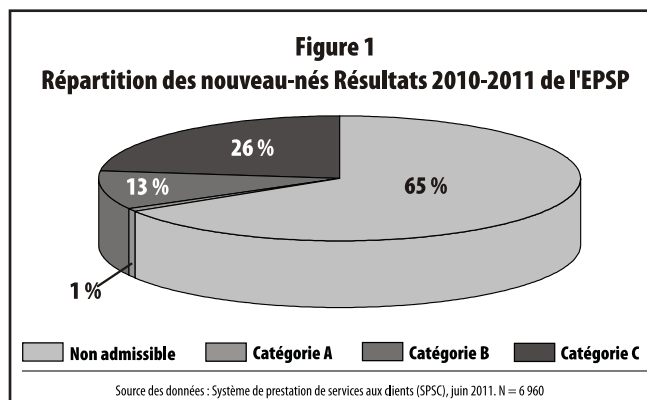
During the fiscal year, 4004 infants and young children received postnatal services and 1,113 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses completed 4,617 client home visits and 1,260 office visits.

The Postnatal Benefit Program was implemented in April 2010. Under this program, new mothers are provided with financial assistance to encourage healthy lifestyles, including a wholesome diet in the first four months after giving birth. During the 2010-11 fiscal year, 1,185 families benefited from this program.

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

- c. des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

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



Le programme postnatal des Initiatives pour la petite enfance vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnatals 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, 4 004 nourrissons et jeunes enfants ont reçu des services postnatals et 1 113 nouvelles clientes ont été inscrites au programme. Les infirmières de la Santé publique ont effectué 4 617 visites à domicile et 1 260 visites au bureau.

Le Programme de prestation postnatale a été lancé en avril 2010. Dans le cadre de ce programme, les nouvelles mamans reçoivent une aide financière au cours des quatre premiers mois après avoir accouché pour les encourager à adopter un mode de vie sain, y compris une saine alimentation. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, 1 185 familles ont bénéficié de ce programme.

Il y a aussi eu des aiguillages vers d'autres professionnels et organismes pour obtenir des services supplémentaires, y compris les programmes de développement social des Initiatives pour la petite enfance (IPE), notamment les programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 945 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme Initiatives pour la petite enfance.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiatives complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers. Parents have the opportunity to discuss their child's growth and development with a public health nurse. The Nipissing District Developmental Screen[®] offers an opportunity for parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed.

During 2010-11 public health nurses saw 5,476 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 169 were referred to the ECI program and 25.6 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

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

Provincially, the Baby Friendly Initiative is led by the Office of the Chief Medical Officer of Health. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. A number of projects were undertaken to build upon activities and successes of past years. Efforts 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, 2001-2010. In 2010-11, 75 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding.

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

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Les parents ont l'occasion de discuter de la croissance et du développement de leur enfant avec une infirmière de la Santé publique. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing[®] offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels.

En 2010-2011, les infirmières de la Santé publique ont évalué 5 476 enfants à la clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi. De ceux-ci, 169 ont été aiguillés vers le programme Initiatives pour la petite enfance et 25,6 pour cent ont été orientés vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

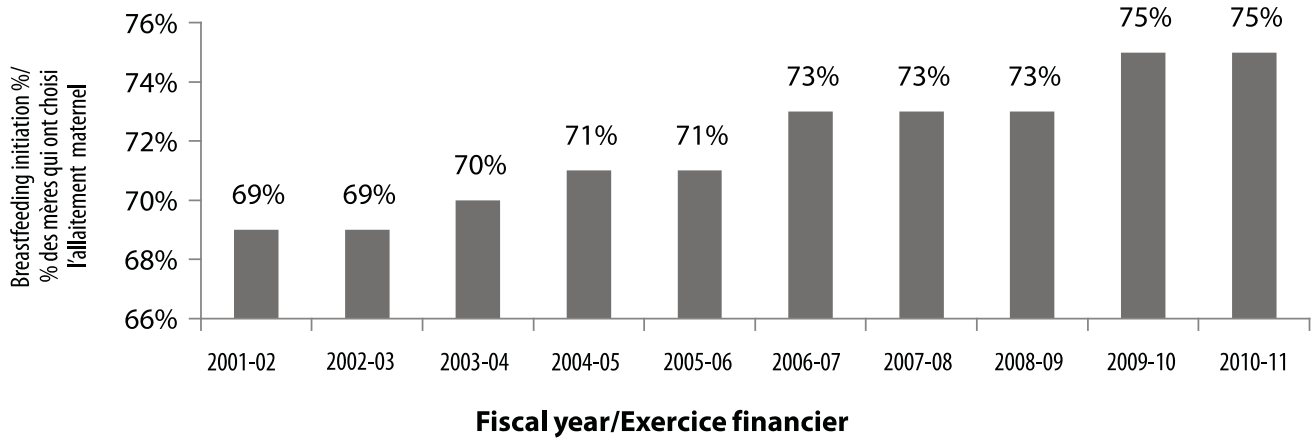
Initiative Amis des bébés (IAB)

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

À l'échelle provinciale, l'Initiative Amis des bébés est dirigée par le Bureau du médecin hygiéniste en chef. La Santé publique dirige cette initiative en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative Amis des bébés du Nouveau-Brunswick. Divers projets ont été entrepris pour tirer parti des activités et des succès réalisés ces dernières années. 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 2001 et 2010 qui ont été allaités à la naissance. En 2010-2011, 75 pour cent des mères au Nouveau-Brunswick ont choisi l'allaitement maternel.

Figure 2
Annual Percentage Infants Breastfed at Birth, New Brunswick, 2001-2010/
Pourcentage annuel des nourrissons allaités à la naissance, Nouveau-Brunswick, 2001 à 2010



Healthy Nutrition

Public health nutritionists 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) and the Department of Wellness, Culture and Sport.

Public health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School Program as well as the Vegetable and Fruit Grants Program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick Public Schools. Public health nutritionists also provided support to the Department of Education and Early Childhood Development's Policy 711 – Healthier Foods and Nutrition in Public Schools helping schools and school districts implement the policy. Public health nutritionists promoted the use of Canada's Food Guide which is an important tool for promoting wellness and preventing chronic disease amongst New Brunswickers.

The Department of Health supports two programs addressing medically based nutritional supplementation. The Specialized Infant Formula Program provides hydrolyzed infant formulas for formula fed infants demonstrating a medical need for a formula designed to treat cow's milk protein allergy. There were 580 admissions to this program during the fiscal year. The Tube and Supplemental Feeding Program provides specialized nutritional products to children and youth up to the age

Saine alimentation

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

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi apporté leur soutien à la Politique 711 du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance sur la nutrition et l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, et ils ont aidé les écoles et les districts scolaires à mettre en œuvre la politique. Les nutritionnistes de la Santé publique ont encouragé l'utilisation du Guide alimentaire canadien, un outil important de promotion du bien-être et de prévention des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.

Le ministère de la Santé appuie deux programmes traitant des suppléments alimentaires médicaux. Le Programme relatif aux préparations lactées spéciales pour nourrissons fournit des laits maternisés hydrolysés aux nourrissons démontrant un besoin médical en matière de préparations lactées visant à traiter l'allergie aux protéines que contient le lait de vache. Ce programme a compté 580 admissions pendant l'exercice financier. Le Programme d'alimentation par sonde et de supplémentation alimentaire fournit des produits nutritionnels spécialisés aux enfants et aux

of 19 with medical conditions requiring a specialized nutritional product to enable them to meet 50 per cent or more of their energy and nutritional needs. Seventy-three (73) children and youth were admitted to this program.

Oral Health

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

Healthy Learners in School

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

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

In 2010-11, 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 is developing a strategy for the prevention of unintentional injury in partnership with the Regional Health Authorities, other government departments, and non-government stakeholders. Responsibility for this work was transferred to the Public Health Practice and Population Health Branch from the Primary Health Care Branch in November, 2010. The rationale for the transfer was to better align the work of injury prevention with the overall framework and goals of population health.

A workshop with over 60 representatives from stakeholder and partner organizations was held in October 2010, prior to the transfer. The purpose of the workshop was to review a draft of the strategy and received feedback and validation of the work to date. Additionally, the department works with other Atlantic Provinces and injury prevention stakeholders through participation in the Atlantic Collaborative on Injury Prevention (ACIP).

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. Soixante-treize (73) enfants et adolescents ont bénéficié de ce programme.

Hygiène dentaire

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

Apprenants en santé à l'école

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

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

En 2010-2011, un vaste éventail d'activités et de services ont été déployés dans les collectivités scolaires pour aborder des questions telles qu'une saine alimentation, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme, la santé sexuelle, le bien-être émotionnel et la prévention des blessures. Les infirmières de la Santé publique ont également contribué au programme « Roots of Empathy » mis en place dans plusieurs écoles de la province.

Prévention des blessures

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef, en partenariat avec les régies régionales de la santé, d'autres ministères gouvernementaux et des intervenants non gouvernementaux, élabore une stratégie pour la prévention des blessures non intentionnelles. En novembre 2010, cette responsabilité, qui incombait alors à la Direction des soins de santé primaires, a été transférée à la Direction de la pratique en santé publique et de la santé de la population. La raison du transfert était de pouvoir mieux aligner le travail de prévention des blessures sur le cadre de travail général et les objectifs en matière de santé de la population.

Un atelier regroupant plus de 60 représentants d'intervenants et d'organismes partenaires a été organisé en octobre 2010 préalablement au transfert. L'objectif de l'atelier était de passer en revue une ébauche de la stratégie et d'obtenir de la rétroaction sur le travail réalisé jusqu'à maintenant et une confirmation de la validité de ce travail. De plus, le ministère travaille avec d'autres provinces atlantiques et des intervenants du milieu de la prévention des blessures en participant à l'initiative Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB).

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 trends concerning selected health topics in New Brunswick. In December, 2010, the Chief Medical Officer of Health released a comprehensive report on "Diabetes in New Brunswick, 1998-07". The report included descriptive statistics on diabetes prevalence, incidence, mortality and health care utilization in the province. It was aimed primarily at decision-makers and health care professionals working in the areas of diabetes prevention and control.

Throughout the year, the Office of the Chief Medical Officer of Health (OCMOH) engaged in actions to better monitor diabetes and other chronic non-communicable health conditions both provincially and nationally. It collaborated with the Public Health Agency of Canada (PHAC) in supplying provincial standardized data on diabetes and hypertension to populate the Canadian Chronic Disease Surveillance System. Preparatory work was undertaken to support expanded national surveillance and understanding of other conditions, including asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and mental illness. Additionally, the OCMOH initiated activities to support the development of a provincial congenital anomalies surveillance system, under the auspices of the PHAC's Canadian Congenital Anomalies Surveillance Network and launched "Health Indicators", an information bulletin designed to elaborate on topics of interest to the health of the New Brunswick population. The first edition of Health Indicators, published in January, 2011, focused on teenage pregnancy in New Brunswick.

First Nations Health

A Memorandum of Agreement (MOA) between Health Canada (Atlantic Region) First Nations and Inuit Health and the New Brunswick Department of Health, Office of the Chief Medical Officer of Health was signed in 2009. Under the terms of the Agreement, the department continues to receive support to foster collaborative relationships with First Nation partners aimed at enhancing the health of New Brunswick First Nations people. In 2010-11, collaboration among First Nation and Inuit Health, First Nations communities, the Regional Health Authorities, and Office of the Chief Medical Officer of Health led to greater sharing of public health education and resources with First Nation partners. As well, a framework for communication that should contribute to equitable and culturally appropriate public health services in First Nation Communities was developed.

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 les tendances de certains sujets liés à la santé au Nouveau-Brunswick. En décembre 2010, le médecin hygiéniste en chef a publié un rapport complet sur le diabète intitulé *Le diabète au Nouveau-Brunswick, 1998-2007*. Le rapport présente des données descriptives sur la prévalence et l'incidence du diabète, sur le taux de mortalité associé au diabète et sur l'utilisation des soins de santé liés au diabète dans la province. Il était surtout destiné aux décideurs et aux professionnels de la santé des milieux de la prévention et du contrôle du diabète.

Tout au long de l'année, le Bureau du médecin hygiéniste en chef a pris des mesures pour assurer un meilleur suivi du diabète et d'autres états de santé chroniques non transmissibles, tant à l'échelle provinciale que nationale. Le Bureau a collaboré avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour fournir des données normalisées sur le diabète et l'hypertension à l'échelle provinciale en vue d'alimenter le Système national de surveillance des maladies chroniques. Des travaux ont été entrepris pour préparer l'élargissement de la surveillance nationale et mieux comprendre d'autres états de santé comme l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la maladie mentale. En outre, le Bureau du médecin hygiéniste en chef a organisé des activités pour mettre au point un système provincial de surveillance des anomalies congénitales, sous l'égide du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales de l'Agence de la santé publique du Canada, et il a lancé les « Indicateurs de santé », qui est un bulletin d'information sur des sujets d'intérêt pour la santé de la population du Nouveau-Brunswick. Le premier numéro du bulletin, qui a été publié en janvier 2011, traite des grossesses chez les adolescentes au Nouveau-Brunswick.

Santé des Premières Nations

Un protocole d'entente entre Santé Canada (région de l'Atlantique), Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones, et le Bureau du médecin hygiéniste en chef du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a été conclu en 2009. Selon les modalités de l'entente, le ministère continue à recevoir de l'aide pour encourager les relations de collaboration avec des partenaires des Premières Nations qui visent à améliorer la santé des populations autochtones du Nouveau-Brunswick. En 2010-2011, la collaboration entre Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones, les communautés autochtones, les régions régionales de la santé et le Bureau du médecin hygiéniste en chef a permis un meilleur échange des connaissances en matière de santé publique et un partage plus adéquat des ressources avec les partenaires des Premières Nations. De même, un cadre de travail a été élaboré en vue d'établir des communications qui devraient contribuer à offrir des services de santé publique équitables et pertinents d'un point de vue culturel au sein des communautés autochtones.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Mental Health Prevention/ Promotion Initiatives

Several programs that are managed and/or supported by the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division have a focus on prevention and promotion activities. These include activity centres that are located throughout the province and run by, and for, persons living with mental illness. These centres engage in a variety of activities, according to local needs and interests, and promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2010-11 fiscal year, the activity centres received 1,752 distinct attendees, which represent a 1.4 per cent decrease 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 2010-11, the 13 regionally-based Critical Incident Stress Management Teams responded to 60 critical incidents and participated in 42 education sessions/meetings throughout the province. These services have consisted of 20 meetings, 24 defusing, 36 debriefing and 22 in-service education sessions for 805 Emergency Services personnel and citizens of New Brunswick. The majority of calls for defusing or debriefing were related to motor-vehicle accidents and suicide and threats.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's main components are prevention, intervention, and post-vention. Community Suicide Prevention Committees are strategically located throughout the province in fourteen communities as well as one First Nations Suicide Prevention Task Force (comprised of representatives of New Brunswick's 15 First Nation communities). The regional committees have representatives from various government departments, non-profit, and private agencies. The goals of these regional committees include education, and the promotion of resiliency and well-being of the population, which are achieved through a better understanding of the complexity of suicide. The committees interact with their communities by encouraging participation in local initiatives, strengthening links between partners and building on local resources. In collaboration with the Department's Provincial Coordinator, they participate and assist in planning broader initiatives.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires sont axés sur les activités de prévention et de promotion. Ceux-ci comprennent des centres d'activités situés dans toute la province et dirigés par et pour des personnes atteintes d'une maladie mentale. Ces centres sont engagés dans différentes activités, en fonction des besoins et des intérêts locaux, et ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de défense. 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 2010-2011, les centres d'activités ont reçu 1 752 participants distincts, ce qui représente une diminution de 1,4 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 2010-2011, les 13 équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont répondu à 60 incidents critiques et participé à 42 séances ou réunions de formation dans l'ensemble de la province. Ces services ont consisté en 20 réunions, 24 désamorçages, 36 séances de bilan et 22 séances de formation en cours d'emploi pour 805 membres du personnel des services d'urgence et citoyens du Nouveau-Brunswick. La majorité des appels concernaient un désamorçage ou un bilan lié à des accidents impliquant des véhicules à moteur, à un suicide et à des menaces.

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. Les comités régionaux regroupent des représentants de différents ministères gouvernementaux, d'organisations sans but lucratif et d'organismes privés. Les objectifs de ces comités régionaux comprennent l'information et la promotion de la résilience et du bien-être de la population, qui sont accomplies grâce à une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Les comités communiquent avec leurs collectivités en encourageant la participation aux initiatives locales, en renforçant les liens entre les partenaires et en tirant parti des ressources locales. En collaboration avec le coordonnateur provincial du ministère, ils participent et contribuent à la planification d'initiatives élargies.

In 2010-11, activities related to suicide prevention included:

- Public education and awareness initiatives to coincide with the annual suicide prevention awareness month (February);
- Annual general meeting of the Community Suicide Prevention Committees (September);
- Life promotion activities, i.e. motivational speakers/ authors were sponsored by the Suicide Prevention Committees in various communities to offer free presentations to the public; educational workshops, and general awareness sessions delivered in communities, schools, etc;
- Training for suicide prevention and intervention, and suicide awareness initiatives for all professionals and the general public. Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) is a hands-on, practice-oriented suicide intervention training for caregivers and professionals. It was delivered 61 times to a total of 1,262 participants throughout the province. Safe Talk helps persons over the age of 15 who have thoughts of suicide by connecting them to resources; seven sessions had a total of 93 participants. SuicideCare, which was rolled out in September, 2010, is a one-day, clinically oriented exploration of the challenges presented to and the competencies required of the helper who works with persons at risk of suicide on a longer-term basis. Three training sessions were given, one in French and two in English. A total of 50 participants attended the sessions.
- Suicide awareness presentations and activities in schools and communities at large were coordinated by Regional Community Suicide Prevention Committees;
- The First Nations' Suicide Prevention Task Force continued working to identify and implement strategies that meet the needs of New Brunswick's First Nation population.

Youth and Community Engagement

The Division is currently in the process of implementing 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

En 2010-2011, les activités liées à la prévention du suicide étaient les suivantes :

- des initiatives d'information et de sensibilisation du public coïncidant avec le mois de la sensibilisation à la prévention du suicide (février);
- une assemblée générale annuelle des comités communautaires de prévention du suicide (septembre);
- des activités de promotion de la vie, c'est-à-dire des conférenciers et des auteurs spécialistes de la motivation parrainés par les comités de prévention du suicide au sein de collectivités diverses pour donner gratuitement des présentations au public, 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 61 fois à 1 262 participants au total dans l'ensemble de la province. La formation Safe Talk aide les personnes de plus de 15 ans qui ont des pensées suicidaires en leur permettant d'accéder à des ressources; les sept séances comptaient 93 participants au total. SuicideCARE, qui a été lancé en septembre 2010, est un programme d'une journée sur l'exploration clinique des défis auxquels font face les aidants qui travaillent auprès de personnes à risque de se suicider et des compétences requises par ces aidants à plus long terme. Trois séances de formation ont été offertes, une en français et deux en anglais. Ce sont 50 participants au total qui ont assisté aux séances de formation;
- les présentations et les activités de sensibilisation au suicide dans les écoles et les collectivités en général ont été coordonnées par les comités communautaires régionaux de prévention du suicide;
- un groupe de travail des Premières Nations sur la prévention du suicide a continué à travailler pour définir et mettre en œuvre des stratégies qui répondent aux besoins de la population des Premières Nations du Nouveau-Brunswick.

Engagement de la jeunesse et de la communauté

À l'heure actuelle, la division est en train de mettre en œuvre l'initiative d'engagement de la jeunesse du Nouveau-Brunswick. Cette initiative qui est dirigée par des jeunes et appuyée par les adultes tente de 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 l'initiative sont les suivants :

- Reconnaître davantage que les jeunes sont des partenaires appréciés pour faire la promotion des changements positifs.
- Développer les relations entre les jeunes, leur famille et la collectivité en général.
- Faire en sorte d'augmenter la participation des jeunes pour qu'ils deviennent des chefs de file qui établissent l'orientation des changements positifs.

In the fiscal year 2010-11, the department has supported the implementation of the NB Youth Engagement Initiative in nine communities across the province.

Various provincial government departments, RCMP, municipal police forces, schools, NGOs and community members are working together to mobilize communities through youth engagement. Youth create change by identifying the root causes of problems specific to their own communities. They also suggest strategies to combat their problems through youth-led, adult-supported discussions. These discussions result in community action plans focused on creating healthier and safer environments for all community members.

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

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, le ministère a appuyé la mise en œuvre de l'initiative d'engagement de la jeunesse du Nouveau-Brunswick au sein de neuf collectivités d'un bout à l'autre de la province.

Différents ministères provinciaux, la GRC, les services de police municipaux, les écoles, des organisations non gouvernementales et des membres de la collectivité travaillent ensemble pour mobiliser les collectivités par l'engagement des jeunes. Les jeunes créent des changements en cernant les causes profondes des problèmes propres à leur collectivité. Ils proposent également des stratégies visant à attaquer leurs problèmes par l'entremise de discussions qu'ils dirigent, mais que les adultes approuvent. Ces discussions mènent à l'élaboration de plans d'action communautaires axés sur la création de milieux plus sains et plus sûrs pour tous les membres de la collectivité.

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 d'alcool ou d'autres drogues.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible to plan, fund, monitor, set standards and provide medical direction for ambulance services. These responsibilities fall within the mandate of a branch within the department, Health Emergency Management Services. 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 2010-11:

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

Land Ambulance

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

Ambulance New Brunswick employs approximately 900 clinical personnel who provide patient care. Currently the system operates with these personnel as well as 134 ambulances in 65 stations and four Clinical Support Vehicles.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers in 2010-11 was 94,065 calls, representing an increase of 1,003 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 center 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 d'ambulance

Le ministère est chargé de planifier, de financer et de surveiller les services d'ambulance. Il doit aussi veiller à donner une orientation médicale à ces services et à établir des normes. Ces responsabilités s'inscrivent dans le mandat d'une direction au sein du ministère, les Services de gestion des interventions d'urgence. 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 2010-2011 :

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

Ambulance terrestre

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

Ambulance Nouveau-Brunswick emploie environ 900 membres du personnel clinique qui prodiguent des soins aux patients. À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi qu'avec 134 ambulances, réparties dans 65 postes d'ambulance et quatre véhicules de soutien clinique.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués au service 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour des interventions du 911 et des transferts entre hôpitaux étaient de 94 065 en 2010-2011, ce qui représente une hausse de 1 003 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 a triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Air Ambulance Service

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

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

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

Ambulance Procurement

On an annual basis, between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet is replaced. This is done through an agreement with Malley Industries Inc. Additionally, a Research and Development Agreement with Malley Industries Inc. was reached in 2008-09, to fund research and development of potential improvements to ambulance vehicles.

During 2009-10, R & D was conducted to study the impact of electrical loads applied to the ambulances with the enhancements of equipment such as the driver monitoring devices, Automatic Vehicle Locator, laptop computers and portable radio chargers. This has contributed to the decision to equip new ambulances with LED lighting and flashing lights. Other changes also implemented include recessed oxygen outlets and ventilated auxiliary battery boxes.

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 NBEMS 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 the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Quality Assurance Officers also conduct random inspections of in-service ambulances which are completed un-announced at hospitals or roadside locations. Although not defined as an ambulance the Officers also inspect the Clinical Support Unit vehicles

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.

Service d'ambulance aérienne

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

1. compléter 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

Chaque année, de 20 à 25 pour cent du parc de véhicules sont remplacés. Ces remplacements sont effectués grâce à une entente conclue avec Malley Industries Inc. De plus, la société a conclu une entente de recherche et de développement avec Malley Industries Inc. en 2008-2009 pour financer la recherche et le développement des améliorations potentielles des ambulances.

Pendant l'exercice financier 2009-2010, des activités de recherche et de développement ont été menées pour étudier les répercussions des charges électriques appliquées aux ambulances avec les améliorations des biens d'équipement tels que les dispositifs de surveillance des conducteurs, les systèmes de localisation automatique des véhicules, les ordinateurs portatifs et les chargeurs radio portatifs. Ces activités ont contribué à la décision de munir les nouvelles ambulances de lampes à DEL et de feux clignotants. D'autres changements mis en œuvre également comprennent l'encastrement de prises d'oxygène et la ventilation des compartiments de batteries auxiliaires.

Assurance de la qualité

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

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

operated by Ambulance New Brunswick. A similar auditing process is conducted to ensure safe, adequate and consistent condition of all ambulance stations.

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

During the audit completed in December 2010 the Quality assurance Unit changed their focus from that of confirming completion of records to that of ensuring sound processes were developed by NBEMS to ensure these functions were managed in a responsible manner. A random audit of records was conducted to confirm the developed processes were being conducted. The Quality Assurance Unit, working with the Medical Direction structure performed random audits respecting patient care to ensure clinical care compliance.

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

Inspections conducted in 2010-11:

New Ambulance Inspections	17
Annual Ambulance Inspections	107
Random Ambulance Inspections	101
Follow-up Ambulance Inspections	171
Clinical Support Unit Inspections	4
Facility Inspections	67
Follow-up Facility Inspections	93
Administrative Inspection	1
Follow-up Administrative Inspection	1

Ambulance Radio Enhancements

Ambulance New Brunswick has completed the installation of base radios at all their ambulance stations. These radios have been enhanced with amplifiers and additional speakers in the garage areas to improve communications with the paramedics while at the stations.

Paramedic Skill Enhancement

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

The PCP scope of practice for Ambulance New Brunswick paramedics is enhanced to include intravenous therapy initiation, with the administration of fluids and medications, and the use of an advanced airway device. Paramedics are certified in these E-skills (Enhanced skills) by the Provincial Medical Director. During fiscal 2010-11, new ambulance personnel have been trained in E-skills and existing practitioners have been recertified. The majority of paramedics are now certified to deliver E-skills.

Nouveau-Brunswick. Un processus de vérification similaire est mis en marche pour s'assurer de l'état sécuritaire, adéquat et conforme des postes d'ambulance.

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

Lors de la vérification effectuée en décembre 2010, l'Unité d'assurance de la qualité a changé d'objectif et plutôt que de chercher à vérifier que les dossiers sont complets, elle veut maintenant s'assurer que des processus sensés sont mis en place par Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick pour veiller à ce que ces fonctions soient gérées de manière responsable. Une vérification aléatoire des dossiers a été effectuée afin de vérifier que les processus élaborés étaient bel et bien entrepris. L'Unité d'assurance de la qualité, en collaboration avec la structure de la Direction médicale, a effectué des vérifications aléatoires des soins aux patients pour s'assurer de la conformité avec les soins cliniques.

Tous les cas de non-conformité dépistés pendant les premières inspections sont vérifiés en vue de prendre des mesures correctives à l'aide d'inspections de suivi.

Inspections réalisées en 2010-2011 :

Inspections des nouvelles ambulances	17
Inspections annuelles des ambulances	107
Inspections aléatoires des ambulances	101
Inspections de suivi des ambulances	171
Inspections de l'Unité de soutien clinique	4
Inspections des installations	67
Inspections de suivi des établissements	93
Inspection administrative	1
Inspection administrative de suivi	1

Modernisation des radios dans les ambulances

Ambulance Nouveau-Brunswick a procédé à l'installation de radios de base dans tous les postes d'ambulance. Ces radios ont été équipées d'amplificateurs et de hautparleurs supplémentaires dans le garage afin d'améliorer les communications avec les travailleurs paramédicaux lorsqu'ils se trouvent aux postes d'ambulance.

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 champ d'activité des travailleurs paramédicaux en soins primaires pour les travailleurs paramédicaux d'Ambulance Nouveau-Brunswick est élargi afin d'inclure une initiation à la thérapie intraveineuse, avec l'administration de liquides et de médicaments, ainsi que l'utilisation d'un appareil respiratoire de pointe. Les travailleurs paramédicaux sont agréés dans ces compétences accrues par le directeur médical provincial. Pendant l'exercice financier 2010-2011, les nouveaux membres du personnel ambulancier ont reçu une formation pour perfectionner

Training was also provided to paramedics for the implementation of the Field Trauma Triage Guidelines to support the introduction of the New Brunswick Trauma Program.

Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services

There are two branches in the Addiction, Mental Health and Primary Health Care Services Division: Addiction and Mental Health Services, and Primary Health Care Services. The division has the responsibility to plan, fund and monitor addiction, mental health and primary health care services within the province. Divisional staff continues to work collaboratively towards closer integration of these service delivery areas and support the regional health authorities in doing the same. For improved continuity of care and sustainable healthcare, integration from a primary healthcare perspective is necessary. Staff is also involved in the direct organization and / or delivery of selective services where appropriate e.g. services of a provincial nature, or in the early stages of development.

Addiction Services

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

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all health zones. Within the fiscal year, a total of 1,999 individuals accessed detoxification services.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Zones 2 (English) and 5 (bilingual); 168 individuals accessed these services in 2010-11.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Zone 2. This residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 127 individuals within the fiscal year

The Departments of Health, Public Safety, Education and Early Childhood Development and Social Development

leurs compétences et les praticiens existants ont renouvelé leur agrément. La majorité des travailleurs paramédicaux sont maintenant agréés pour utiliser les compétences accrues.

Une formation a également été offerte aux travailleurs paramédicaux en vue de la mise en œuvre des lignes directrices en matière de triage sur place des cas de traumatismes dans le cadre de l'instauration du Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick.

Services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires

Il y a deux directions au sein de la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale et de soins de santé primaires : les Services de traitement des dépendances et de santé mentale et les Services de soins de santé primaires. La division a pour responsabilités la planification, le financement et la surveillance des services de traitement des dépendances, de la santé mentale et des soins de santé primaires 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 directes de services sélectifs, le cas échéant, par exemple les services de nature provinciale, ou aux prémices de leur élaboration.

Services de traitement des dépendances

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

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les zones. Au cours de l'exercice financier, 1 999 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 dans les zones 2 (en anglais) et 5 (bilingue); 168 personnes se sont prévaluées de ces services en 2010-2011.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la zone 2. Ce programme résidentiel est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a été offert à 127 personnes au cours de l'exercice financier.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et du Développement

have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intensive in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred through Addiction Services or by the Department of Public Safety's Probation Services. There were 64 new admissions and 11 readmissions to the Portage facility in 2010-11.

For clients not requiring admission, each zone provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2010-11, preliminary data showed that 1,583 persons aged 19 years or less and 2,562 persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 1,479 distinct individuals in 2010-11. The following is a breakdown of persons served:

- Zone 1 (Moncton area) served 343 people
- Zone 2 (Saint John area) served 310 people
- Zone 3 (Fredericton area) served 584 people
- Zone 7 (Miramichi area) served 242 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 237 people.

Community Mental Health Centres (CMHC's)

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

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2010-11 fiscal year, there were 15,798 new referrals, of which 36 per cent were either self-referral or referral by a parent, and 32 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

Community Mental Health Centres provide assistance to two key client groups: children and adolescents, and adults. In the 2010-11 fiscal year, a total of 22,979 distinct individuals were served by CMHC's for screening, assessment, treatment or follow-up. This represents 30.5 individuals for every 1,000 population.

social ont créé un partenariat avec Portage Atlantic pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intensif en établissement. Portage Atlantic, une organisation 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 2010-2011, 64 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 2010-2011, les données préliminaires ont montré que 1 583 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 562 personnes âgées de plus de 19 ans avaient reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 1 479 personnes distinctes en 2010-2011. Voici une répartition de ces patients :

- La zone 1 (région de Moncton) a servi 343 personnes.
- La zone 2 (région de Saint John) a servi 310 personnes.
- La zone 3 (région de Fredericton) a servi 584 personnes.
- La zone 7 (région de Miramichi) a servi 242 personnes.

De plus, la clinique de méthadone Uptown, qui relève de l'Unité de médecine interne du Réseau de santé Horizon, dans la zone 2 (Saint John), a servi 237 personnes.

Centres de santé mentale communautaires (CSMC)

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

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex. un hôpital, la cour, Développement social, etc.). Pendant l'exercice financier 2010-2011, on a enregistré 15 798 nouveaux patients dirigés, dont 36 pour cent autodirigés ou dirigés par un parent et 32 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les centres de santé mentale communautaires offrent une assistance à deux principaux groupes de patients : les enfants et les adolescents, ainsi que les adultes. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, ces centres ont fourni des services de dépistage, d'évaluation, de traitement ou de suivi à 22 979 personnes distinctes au total. Cela représente 30,5 personnes par 1 000 habitants.

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 2010-11 fiscal year, the Adult Community Mental Health program provided a total of 120,851 in-person services to 17,706 adults.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide: 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and Community Mental Health Centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2010-11 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 47,755 days (in-patient days).

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 patients manifestent des problèmes plus graves, souvent depuis un certain temps (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'entremise de consultations et la création de liens avec la collectivité, dans le but d'assurer au patient une autonomie maximale avec un minimum d'interventions professionnelles. Ils aident les patients à obtenir le moyen de réduire ou d'éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps, à reconstruire leurs réseaux sociaux et à perfectionner les compétences nécessaires pour mener une vie autonome et productive au sein de la société.

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, les Services communautaires de santé mentale auprès des adultes ont offert 120 851 services personnalisés à 17 706 adultes.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pendant une période totale de 47 755 jours (jours-patients hospitalisés).

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 2010-11 fiscal year, this unit had 1,868 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 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 2010-11 fiscal year, Centracare and RHC had 16,596 and 57,751 in-patient days, respectively, for a total of 74,347.

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 2010-11 fiscal year, psychiatric units registered a total of 3,266 discharges, while CAPU had 52. Centracare and RHC registered 3 and 263 total discharges respectively.

Primary Health Care

The Department 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. The Primary Health Care Framework is based on four pillars:

- **Teams:** teams of health care providers working with individuals to improve care
- **Information:** information is coordinated between health care providers
- **Access:** access is provided to the right care at the right time
- **Healthy Living:** a focus on prevention and self-care to assist New Brunswickers in maintaining wellness through healthy living

The Primary Health Care Branch provides on-going support for the provincial development and implementation of community health centres (CHCs), health service centres, a collaborative practice site (Gibson Health Clinic) and a primary health care network. The branch is also responsible for providing training models for primary health care providers, as well as developing and leading the province's Chronic Disease Prevention and Management Strategy and managing the provincial Tele-Care Service.

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 2010-2011, cette unité a enregistré 1 868 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 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. Ils sont aussi des fournisseurs de services de consultation 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 2010-2011, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 16 596 et 57 751 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 74 347 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 financier 2010-2011, les unités psychiatriques ont enregistré 3 266 congés d'hôpital au total, tandis que l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents en a relevé 52. Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 3 et 263 congés d'hôpital au total, respectivement.

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. Le Cadre de soins de santé primaires est fondé sur quatre piliers :

- **Équipes :** Les équipes de fournisseurs de soins de santé s'emploient, en collaboration avec d'autres personnes, à améliorer la qualité des soins.
- **Information :** L'information est coordonnée par les fournisseurs de soins de santé.
- **Accès :** Le patient a accès aux soins adéquats au bon moment.
- **Modes de vie sains :** L'accent sur la prévention et l'autogestion de la santé contribuent au maintien du bien-être des Néo-Brunswickois.

La Direction des soins de santé primaires offre un soutien continu à l'établissement et à la mise en œuvre provinciale de centres de santé communautaires, de centres de services de santé, un lieu d'exercice de la profession en collaboration (Centre de soins de santé Gibson) et un réseau de soins de santé primaires. La direction est également chargée d'offrir des modèles de formation aux fournisseurs de soins de santé primaires, d'établir et de diriger la Stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques et de gérer le service provincial Télé-Soins.

Progress continues on the development and design of a New Brunswick primary health care network. The Primary Health Care Advisory Committee made up of key stakeholders providing expertise and direction to the department on primary health care priorities and redesign produced a discussion paper, *Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick* released in March 2011. <http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>. This document will guide the public consultations with stakeholders.

Resources are invested in a number of innovative pilot projects. These projects focus on development of skilled teams of providers and improving access to primary health services. In a collaborative effort between Primary Health Care Branch, the Office of the Chief Medical Officer of Health, and Wellness, Culture and Sport, the 3-Minute Empowerment pilot project was launched province-wide in December 2010. The focus of the 3-Minute Empowerment program, delivered in 90-minute training sessions, is to help healthcare professionals motivate patients to make lifestyle changes. As of March 2011, more than 300 trained providers have increased their capacity to respond to client need for support in modifying health and wellness behaviors.

The pilot project, *Integration of Mental Health Care into Primary Health Care Service*, was launched in March 2010. This 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.

Community Health Centres

There are currently eight established community health centres (CHCs) in New Brunswick located in Dalhousie, Caraquet, 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. There is ongoing activity and progress in each of the community health centres to integrate fully the electronic medical record, which will improve quality of care, communication, and analysis of health data. Together with the regional health authorities, consistent approaches for cost-effective and efficient information management solutions are being developed. Three satellite community health center sites help improve access to francophone primary health care services. Médisanté in Saint John and the Noreen Richard Centre in Fredericton are located in the francophone community centers of Samuel de Champlain and Centre Communautaire Sainte Anne, respectively. A third satellite in Saint-Isidore provides improved rural access to primary health care service. These satellite sites are helping to ensure efficient and effective access to primary care resources. The newly constructed facility for the Rexton Health Centre opened in June 2010.

Les progrès se poursuivent en ce qui concerne l'élaboration et la conception d'un réseau de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Le Comité consultatif sur les soins de santé primaires, qui est formé d'intervenants clés offrant une expertise et une orientation au ministère en ce qui a trait aux priorités et à la restructuration des soins de santé primaires, a rédigé un document de consultation intitulé *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*, qui a été publié en mars 2011 (http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/Document_de_discussion_sur_les_soins_de_sant%C3%A9_primaires.pdf). Ce document guidera les consultations publiques avec les intervenants.

Des ressources sont investies dans un certain nombre de projets pilotes innovateurs. Ces projets visent à mettre sur pied des équipes qualifiées de fournisseurs et à améliorer l'accès aux services de soins primaires. Dans un effort de collaboration entre la Direction des soins de santé primaires, le Bureau du médecin hygiéniste en chef et le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, le projet pilote de renforcement de l'autonomie en 3 minutes (3 Minute Empowerment) a été lancé dans toute la province en décembre 2010. L'objectif de ce programme, qui est offert dans le cadre de séances de formation de 90 minutes, est d'aider les professionnels de la santé à motiver leurs patients à apporter des changements à leur mode de vie. Depuis mars 2011, plus de 300 fournisseurs de soins formés ont amélioré leur capacité à intervenir auprès des clients qui ont besoin d'aide pour changer leurs comportements en matière de santé et de mieux-être.

Le projet pilote sur l'intégration des soins de santé mentale aux services de soins de santé primaires a été lancé en mars 2010. 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.

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement huit centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Caraquet, 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 intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Chacun des centres de santé communautaires poursuit des activités et des progrès continus en vue de l'intégration complète du dossier médical électronique, ce qui améliorera la qualité des soins, la communication et l'analyse des données en matière de santé. En collaboration avec les régions régionales de la santé, des approches uniformes pour des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont en voie d'être élaborées. Trois centres de santé communautaires satellites contribuent à améliorer l'accès des francophones aux services de soins de santé primaires. Médisanté à Saint John et le Centre de santé Noreen-Richard à Fredericton sont situés dans les centres communautaires francophones de Samuel de Champlain et du Centre communautaire Sainte-Anne, respectivement. Un troisième centre de santé satellite à Saint-Isidore permet d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires en milieu rural. Ces centres satellites contribuent à assurer un accès efficace et pratique aux ressources de soins de santé primaires. Les installations nouvellement construites pour le Centre de santé de Rexton sont ouvertes depuis juin 2010.

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

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management, and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 65,736 New Brunswickers received care from the eight CHCs, the satellite CHCs and one collaborative practice. The following table provides a breakdown of services provided in each facility.

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 sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus apte à répondre à leurs besoins.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux centres de santé communautaires. Les méthodes exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des centres de santé communautaires. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la collectivité, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvements. Au total, 65 736 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des huit centres de santé communautaires, des centres de santé communautaires satellites et d'une pratique clinique en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition des services dispensés dans chaque établissement.

Community Health Centre Preliminary Statistics* 2010-11

Zone	Facility	Clients Served ⁽³⁾	Attendance Days	Telephone Contacts	Visits ⁽¹⁾	Total Activity ⁽²⁾
Vitalité Zone 5	Centre de santé communautaire St-Joseph	9,909	0	0	40,355	40,355
Vitalité Zone 6	Centre de santé communautaire de St-Isidore	1,492	0	380	3,978	4,358
	Centre de santé communautaire de Lamèque	7,572	5,768	3,367	54,384	63,519
	Centre de santé communautaire de l'Enfant-Jésus RHSJ	18,785	11,537	5,423	88,786	105,746
Vitalité Health Network		37,758	17,305	9,170	187,503	213,978
Horizon Zone 1	Albert County Health and Wellness Centre	1,952	1,090	157	14,278	15,525
Horizon Zone 2	MediSanté	976	0	63	6,670	6,733
	St-Joseph's Community Health Centre	7,793	8,411	3,231	61,405	73,047
Horizon Zone 3	Centre de santé Noreen-Richard Health Centre ⁽⁴⁾	649	0	0	2,942	2,942
	Central Miramichi Community Health Centre	2,417	2,530	423	31,532	34,485
	Tobique Valley Community Health Centre	2,858	3,562	403	7,285	11,250
	Queens North Community Health Centre	5,439	7,224	1,732	27,362	36,318
	Gibson Health Clinic	5,894	0	0	47,727	47,727
Horizon Health Network		27,978	22,817	6,009	199,201	228,027
Totals		65,736	40,122	15,179	386,704	442,005

Notes:

(1) Visits include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician

(2) Total Activity includes Attendance Days, Telephone Contacts and Visits

(3) Clients Served= total number of participants in group sessions

(4) Reporting as of third quarter

*Statistics are considered preliminary until completion of year end process within the RHA

Données préliminaires sur les centres de santé communautaires* 2010-2011

Zone	Établissement	Clients desservis ⁽³⁾	Jours de fréquentation	Appels téléphoniques	Visites ⁽¹⁾	Activité totale ⁽²⁾
Vitalité – Zone 5	Centre de santé communautaire St Joseph	9 909	0	0	40 355	40 355
Vitalité – Zone 6	Centre de santé communautaire de Saint-Isidore	1 492	0	380	3 978	4 358
	Centre de santé communautaire de Lamèque	7 572	5 768	3 367	54 384	63 519
	Centre de santé communautaire de l'Enfant-Jésus RHSJ	18 785	11 537	5 423	88 786	105 746
Réseau de santé Vitalité		37 758	17 305	9 170	187 503	213 978
Horizon – Zone 1	Centre de santé et de mieux-être du comté d'Albert	1 952	1 090	157	14 278	15 525
Horizon – Zone 2	Médisanté	976	0	63	6 670	6 733
	Centre de santé communautaire St Joseph	7 793	8 411	3 231	61 405	73 047
Horizon – Zone 3	Centre de santé Noreen-Richard ⁽⁴⁾	649	0	0	2 942	2 942
	Centre de santé communautaire de Miramichi-Centre	2 417	2 530	423	31 532	34 485
	Centre de santé communautaire de Tobique Valley	2 858	3 562	403	7 285	11 250
	Centre de santé communautaire de Queens-Nord	5 439	7 224	1 732	27 362	36 318
	Centre de soins de santé Gibson	5 894	0	0	47 727	47 727
Réseau de santé Horizon		27 978	22 817	6 009	199 201	228 027
Totaux		65 736	40 122	15 179	386 704	442 005

Nota :

(1) Les visites incluent les visites aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux médecins.

(2) L'activité totale inclut les jours de fréquentation, les contacts téléphoniques et les visites.

(3) Les clients desservis désignent le nombre total de participants dans les séances de groupe.

(4) Chiffres en date du troisième trimestre.

* Les données sont considérées comme préliminaires jusqu'à l'achèvement du processus de fin d'exercice au sein des régies régionales de la santé.

Chronic Disease Prevention and Management

In May 2010, the government released a comprehensive chronic disease strategy, [A Chronic Disease Prevention and Management Framework for New Brunswick](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960e-final.pdf) <http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960e-final.pdf>.

Chronic diseases are the most significant cost-driver in our health care system. Chronic diseases are diseases that persist and cannot be prevented by vaccines or cured by medication.

The framework for chronic disease prevention and management serves as a guide to health care system transformation and realignment. The key components of the health care system include the delivery system design, an information system, patient self-management, and decision support. This model along with the recognition of the community provides a blueprint to guide ongoing efforts, activities, and enhancements in the provision of primary care to all New Brunswickers with chronic illness.

With this guiding framework, the Primary Health Care Branch continues efforts to draft a comprehensive diabetes strategy as well continued efforts to improve access to tools that will help New Brunswickers who are living with chronic health conditions.

The program My Choices My Health is in its third 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 manage better the daily life challenges of living with chronic disease. Classes are led by a team of

Prévention et gestion des maladies chroniques

En mai 2010, le gouvernement a publié une stratégie globale sur les maladies chroniques intitulée [Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf) (<http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf>). Les maladies chroniques sont les plus importants générateurs de coût dans notre système de soins de santé. Les maladies chroniques sont des maladies persistantes qui ne peuvent être prévenues par un vaccin ni guéries par des médicaments.

Le cadre de travail pour la prévention et la gestion des maladies chroniques sert de guide pour la transformation et la restructuration du système de soins de santé. Les composantes clés du système de soins de santé sont notamment la conception du système de prestation, un système d'information, l'autogestion des soins et une aide à la décision. Ce modèle et le fait de tenir compte de la collectivité fournissent un plan détaillé qui guide les efforts et les activités en cours ainsi que les améliorations à apporter à la prestation des soins primaires à tous les Néo-Brunswickois atteints d'une maladie chronique.

À l'aide de ce cadre de travail qui sert de guide, la Direction des soins de santé primaires poursuit l'élaboration d'une stratégie globale sur le diabète et continue de déployer des efforts pour améliorer l'accès aux outils qui pourront aider les Néo-Brunswickois souffrant de maladies chroniques.

Le programme Mes choix – Ma santé en est à sa troisième 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 compétences nécessaires pour mieux gérer les difficultés quotidiennes de la vie liées à la maladie chronique. Les ateliers sont dirigés par

two individuals that have experienced these challenges. Future leaders are recruited from participants who have completed the program. Between April, 2010 and March, 2011, a network of over 105 trained leaders delivered approximately 48 workshops in both official languages throughout the province. To date, 953 New Brunswickers have completed the 6-week program.

A strong network of leaders, highly positive customer evaluations and a successful branding and name recognition with the program are highlighted in a December, 2010 evaluation of the program. It is anticipated that this program will continue to expand, allowing more New Brunswickers to benefit from this unique program as close as their homes as possible.

The department has also continued development of a Patient Portal. The NB Chronic Disease Self Management Portal is a web-based solution intended to encourage self-management of chronic disease. A thorough analysis was completed in this year in preparation for a rollout in 2011-12, with the preliminary focus to provide online support for persons living with diabetes.

The Primary Health Care Branch continues to support planning, evaluation, coordination, knowledge exchange, and collaboration among key stakeholders related to chronic disease prevention and management. This includes the work of the provincial Chronic Disease Prevention and Management Advisory committee, the Diabetes Task Group, ad hoc working groups, the Atlantic Chronic Disease Congress and the Atlantic Chronic Disease Collaborative

Tele-Care 811

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

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

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

Tele-Care provided advice and information to one in five NB households for 86,000 health situations in 2010-11. Of particular note was the frequency of callers (40 per cent) who were able to self-manage their symptoms without seeking an elevated level of care such as physicians' office

une équipe de deux personnes qui ont elles-mêmes vécu de telles difficultés. Les futurs animateurs sont recrutés parmi les participants qui ont complété le programme. Entre avril 2010 et mars 2011, un réseau de plus de 105 animateurs formés a donné environ 48 ateliers dans les deux langues officielles dans l'ensemble de la province. À ce jour, 953 Néo-Brunswickois ont complété le programme d'une durée de six semaines.

Un solide réseau d'animateurs, des évaluations très positives de la clientèle, une stratégie de marque réussie et la reconnaissance du nom du programme sont soulignés dans l'évaluation de décembre 2010 du programme. On s'attend à ce que le programme continue de s'élargir, pour permettre à davantage de Néo-Brunswickois de bénéficier de ce programme unique aussi près de leur domicile que possible.

Le ministère a également poursuivi l'élaboration d'un portail pour les patients. Le portail sur l'autogestion des maladies chroniques du Nouveau-Brunswick est une solution Web visant à encourager l'autogestion de la maladie chronique. Une analyse approfondie a été réalisée cette année en prévision du lancement en 2011-2012, l'objectif initial étant de fournir de l'aide en ligne aux personnes atteintes du diabète.

La Direction des soins de santé primaires continue d'appuyer la planification, l'évaluation, la coordination, l'échange de connaissances et la collaboration entre les principaux intervenants en ce qui concerne la prévention et la gestion des maladies chroniques. Il s'agit entre autres du travail du Comité consultatif provincial sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, du groupe de travail sur le diabète, de groupes de travail ad hoc, du Congrès Atlantique sur les maladies chroniques et de l'initiative de collaboration en Atlantique pour les maladies chroniques.

Télé-Soins 811

Les services de Télé-Soins 811 sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, depuis février 1997. 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 publiques sur la rage, le virus du Nil occidental, le virus de la grippe aviaire, sur de l'aide pour la dépendance au jeu, les infections transmissibles sexuellement et les maladies chroniques (Mes choix – Ma santé).

En mars 2010, une nouvelle ligne 811 sans frais a été lancée pour fournir aux citoyens du Nouveau-Brunswick un accès facile aux services de Télé-Soins. Un service d'appareil de télécommunication pour les sourds (ATS) a été lancé en novembre 2010 pour permettre aux personnes sourdes ou malentendantes d'utiliser le téléphone pour communiquer en tapant leurs messages.

Télé-Soins utilise aussi le téléphone pour améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé, aider les citoyens à s'y retrouver dans le système de soins de santé et favoriser les soins autoadministrés. Les services sont fournis par des infirmières qui utilisent des lignes directrices cliniques canadiennes normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel. Elles peuvent déterminer rapidement les besoins de l'appelant et les symptômes de triage, donner des conseils et de l'information en matière de santé, et diriger l'appelant vers le niveau de soins approprié.

Télé-Soins a donné des conseils et des renseignements à un ménage néo-brunswickois sur cinq dans le contexte de 86 000 situations de santé en 2010-2011. Il est intéressant de signaler la fréquence des appelants (40 pour cent) qui étaient en mesure d'autogérer leurs symptômes sans solliciter un niveau

or emergency departments. This reduced emergency department visits by over 15,000 last year alone.

Tele-Care refers citizens to over 300 service providers and physicians across the province and the network continues to expand yearly.

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

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.

plus élevé de soins comme le bureau du médecin ou les services d'urgence. Cela a permis de réduire les visites à l'urgence de plus de 15 000 visites l'année dernière seulement.

Télé-Soins dirige les citoyens vers plus de 300 fournisseurs de services et médecins partout dans la province. Le réseau continue de s'élargir chaque année.

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

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 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 2008-09 ¹¹	Post Audit 2009-10 ¹¹	Preliminary Data 2010-11
Staffing			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	15,253	15,037	15,201
Hospital Inpatient Separations			
Separations ⁸	95,833	92,402	93,361
Number of Separations/1,000 Population⁹	128.2	123.6	124.9
Total Length of Stay	1,001,929	1,023,012	1,168,235
Average Number of Days per Hospital Stay	10.5	11.1	12.5
Number of In-Hospital Deaths ¹⁰	3,910	3,878	3,850
Surgical Episodes			
Surgical Episodes ¹ - Inpatients	25,523	24,808	23,003
Surgical Episodes ¹ - Day Surgery	43,987	44,972	39,787
Total Surgical Episodes	69,510	69,780	62,790
Percent of Surgical Episodes – Inpatient	36.7%	35.6%	36.6%
Percent of Surgical Episodes - Day Surgery	63.3%	64.4%	63.4%
Obstetrics			
Number of Deliveries	7,397	7,367	7,278
Number of Deliveries/1,000 Population⁹	9.9	9.9	9.7
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation ^{2,3,4}	2,601	2,605	2,600
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs ^{2,3}	2,560	2,572	2,575
Average Daily Census ^{2,3}	2,355	2,381	2,387
Average Occupancy per Day ^{2,3}	92.0%	92.6%	92.7%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population⁹	3.2	3.2	3.2
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits ⁵	632,203	610,220	618,855
Number of ER Visits/1,000 Population⁹	846.0	816.6	828.1
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	730,980	755,874	783,327
Dialysis Visits	78,082	75,312	81,398
Oncology Clinic Visits	73,287	73,179	83,983
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population⁹	978.2	1,011.47	1,048.21
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (# tests performed) ⁶	19,508,585	20,611,573	20,867,128
Laboratory Procedures – Inpatient	4,080,580	4,303,868	4,432,932
Laboratory Procedures – Outpatient	15,428,005	16,307,705	16,434,196
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	21%	21%	21%
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	79%	79%	79%
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures ⁷	1,222,115	1,232,511	1,151,764
CT (computerized tomography) Scan Exams	145,155	148,607	147,565
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	35,026	34,711	37,204
Cardiac Catheterization Exams	3,801	3,875	4,144
Population estimates⁹	747,302	747,302	747,302

- Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections performed in labor and delivery and cataract surgery performed in ambulatory care at the Dr. Georges-L. Dumont University Hospital and The Moncton Hospital (in 2008-09 and 2009-10, but excluding cataract surgery performed in ambulatory care at the Moncton Hospital in 2010-11).
- Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and inpatients located in ER.
- Includes 2 palliative beds at Queens North Health Complex that closed Feb 2009 due to staff shortages.
- Maximum beds in Operation reflect the corrected number for Upper River Valley Hospital and Hotel-Dieu of St. Joseph.
- 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 Horizon Health Network, Zone 2 Cardiac Catheterization Lab.
- Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
- Population – 2008-09, 2009-10 and 2010-11 rates based on the 2008 population estimates prepared by Statistics Canada in September 2009; 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 2008-2009 ¹¹	Postvérification 2009-2010 ¹¹	Données préliminaires 2010-2011
Dotation en personnel			
Personnel (ETP) – Comprends hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	15 253	15 037	15 201
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés			
Congés de l'hôpital ⁸	95 833	92 402	93 361
Nombre de sorties pour 1 000 personnes⁹	128,2	123,6	124,9
Durée totale du séjour à l'hôpital	1 001 929	1 023 012	1 168 235
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	10,5	11,1	12,5
Nombre de décès à l'hôpital ¹⁰	3 910	3 878	3 850
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales ¹ – Patients hospitalisés	25 523	24 808	23 003
Interventions chirurgicales ¹ – Chirurgie d'un jour	43 987	44 972	39 787
Nombre total d'interventions chirurgicales	69 510	69 780	62 790
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	36,7 %	35,6 %	36,6 %
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	63,3 %	64,4 %	63,4 %
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	7 397	7 367	7 278
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes⁹	9,9	9,9	9,7
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponibles ^{2,3,4}	2 601	2 605	2 600
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les régies régionales de la santé ^{2,3}	2 560	2 572	2 575
Recensement quotidien moyen ^{2,3}	2 355	2 381	2 387
Occupation moyenne par jour ^{2,3}	92,0 %	92,6 %	92,7 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes⁹	3,2	3,2	3,2
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence ⁵	632 203	610 220	618 855
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes⁹	846,0	816,6	828,1
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	730 980	755 874	783 327
Nombre de visites au service de dialyse	78 082	75 312	81 398
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	73 287	73 179	83 983
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes⁹	978,2	1 011,47	1 048,21
Tests de diagnostic			
Analyses de laboratoire (nombre de tests effectués) ⁶	19 508 585	20 611 573	20 867 128
Analyses de laboratoire – Patients hospitalisés	4 080 580	4 303 868	4 432 932
Analyses de laboratoire – Patients externes	15 428 005	16 307 705	16 434 196
Pourcentage d'analyses de laboratoire – Patients hospitalisés	21 %	21 %	21 %
Pourcentage d'analyses de laboratoire – Patients externes	79 %	79 %	79 %
Imagerie diagnostique - Total des examens/analyses ⁷	1 222 115	1 232 511	1 151 764
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	145 155	148 607	147 565
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	35 026	34 711	37 204
Examens par cathétérisme cardiaque	3 801	3 875	4 144
Estimations démographiques⁹	747 302	747 302	747 302

- Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes effectuées dans la salle de travail et d'accouchement et la chirurgie de la cataracte effectuée en soins ambulatoires au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et au Moncton Hospital (en 2008-2009 et en 2009-2010 sauf la chirurgie de la cataracte effectuée en soins ambulatoires au Moncton Hospital en 2010-2011).
- Comprends les lits pour soins de réadaptation immédiats et chroniques. Exclut les berceaux, les établissements d'Anciens Combattants Canada, de psychiatrie et les centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) ainsi que les patients hospitalisés en salle d'urgence.
- Comprends deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health, qui a fermé en février 2009 en raison d'une pénurie de personnel.
- Le nombre maximal de lits disponibles reflète le nombre corrigé pour l'Hôpital de la vallée du Haut-Saint-Jean et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph.
- Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
- Les analyses de 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 du réseau de santé Horizon, zone 2.
- Congés de l'hôpital – comprends les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires, les établissements d'Anciens Combattants Canada et les établissements de psychiatrie.
- Population – Les taux de 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 sont basés sur les estimations démographiques de 2008 préparées par Statistique Canada en septembre 2009; toutes ces estimations sont fondées sur le recensement de 2006.
- Inclus 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 2010-11	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Days Stay	Average Length of Stay
1	Live born infants	5,156	10,895	2.1
2	Chronic obstructive lung disease	3,054	31,041	10.2
3	Acute myocardial infarction (heart attack)	2,650	12,483	4.7
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	2,299	60,063	26.1
5	Heart failure	1,767	21,283	12.0
6	Pain in throat and chest	1,749	5,019	2.9
7	Perineal laceration during delivery	1,694	3,732	2.2
8	Pneumonia	1,576	13,548	8.6
9	Care involving use of rehabilitation procedures	1,488	66,181	44.5
10	Gonarthrosis (arthritis of knee)	1,163	6,835	5.9
		22,596		
Percentage of Total Separations		24.2%		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Exercice 2010-2011	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N ^{bre} total de cas	N ^{bre} total de jours de séjour	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	5 156	10 895	2,1
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3 054	31 041	10,2
3	Infarctus aigu du myocarde	2 650	12 483	4,7
4	Autres soins médicaux (p. ex. : soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	2 299	60 063	26,1
5	Insuffisance cardiaque	1 767	21 283	12,0
6	Douleur à la gorge et à la poitrine	1 749	5 019	2,9
7	Lacération du périnée durant l'accouchement	1 694	3 732	2,2
8	Pneumonie	1 576	13 548	8,6
9	Soins nécessitant des processus de réadaptation	1 488	66 181	44,5
10	Gonarthrose (arthrose du genou)	1 163	6 835	5,9
		22 596		
Pourcentage du total de congés de l'hôpital		24,2 %		

Ten Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2010-11	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	2,012
2	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	1,204
3	Excision total, uterus (hysterectomy)	1,153
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	1,056
5	Implantation of prosthesis-hip, joint (hip replacement)	1,100
6	Excision total, appendix (appendectomy)	793
7	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	550
8	Excision partial, prostate (prostatectomy)	543
9	Excision partial, large intestine (colectomy)	487
10	Bypass, coronary arteries (CABG)	475
		9,373
Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients		40.7%

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Exercice 2010-2011		Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	Nbre total de cas
1	Césarienne		2 012
2	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)		1 204
3	Excision totale, utérus (hystérectomie)		1 153
4	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)		1 100
5	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)		1 056
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)		793
7	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)		550
8	Excision partielle, prostate (prostatectomie)		543
9	Excision partielle, gros intestin (colectomie)		487
10	Pontage aortocoronarien, artères coronariennes (PASP)		475
			9 373
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés			40,7 %

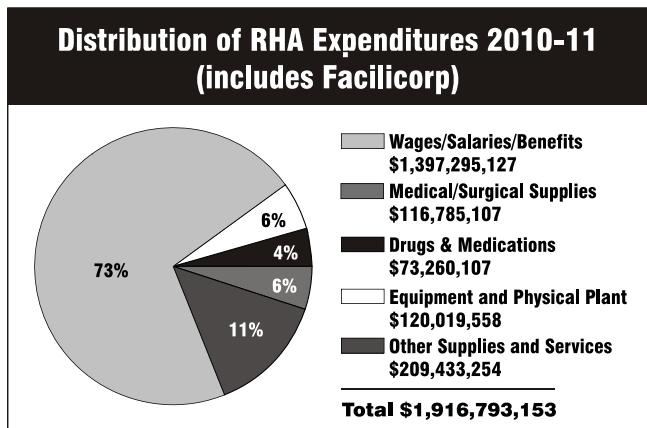
Ten Most Frequent Surgeries in Day Surgery

Fiscal Year 2010-11		Top 10 Principle Surgical Episodes - Day surgery	Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)		10,060
2	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)		2,144
3	Inspection bladder (cystoscopy)		1,962
4	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)		1,198
5	Repair, knee joint		1,196
6	Implantation of tubes - tympanic membrane		1,132
7	Excision partial, uterus (dilation & curettage)		919
8	Release, nerve(s) of forearm & wrist (carpal tunnel)		891
9	Restoration, tooth		860
10	Excision partial, breast		768
			21,130
Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery			53.1%

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Exercice 2010-2011		Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	Nbre total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)		10 060
2	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)		2 144
3	Examen de la vessie (cystoscopie)		1 962
4	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)		1 198
5	Arthroplastie – genou		1 196
6	Insertion de tubes - membrane tympanique		1 132
7	Excision totale, utérus (dilatation et curetage)		919
8	Libération, nerf ou nerfs de l'avant-bras et du poignet (canal carpien)		891
9	Restauration - dent		860
10	Excision partielle - sein		768
			21 130
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour			53,1 %

Total expenditures incurred by Regional Health Authorities and Facilicorp for 2010-11 exceeded \$1.9 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.



Cardiac Care Program

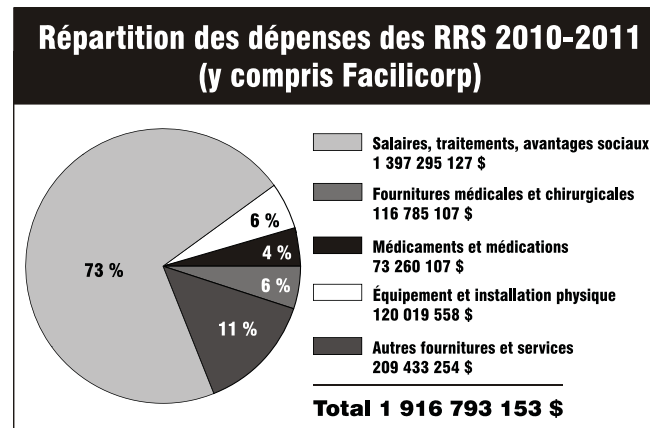
During 2010-11, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Highlights include:

- Ongoing monitoring and reporting of both inpatient and outpatient wait times for access to Cardiac Catheterization and cardiac surgery.
- In 2010, the Department of Health gave approval to the NB Heart Centre to do 10 Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) procedures/cases per year. TAVI offers an alternate treatment for symptomatic aortic stenosis to patients who would otherwise go untreated due to the high risk of performing traditional open heart surgeries. The New Brunswick Heart Centre is the single provider of TAVI services in Atlantic Canada.

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 is anticipated that full implementation of the recommendations will take approximately three years.
- To date a number of initiatives have been undertaken of which highlights include:
 - A Trauma Medical Director and Trauma Administrative Director have been hired.
 - A 1-800 line is operational and all NB facilities with ERs have been activated onto the toll free trauma referral system.

Les dépenses totales en soins hospitaliers engagées par les régies régionales de la santé et Facilicorp en 2010-2011 dépassaient 1,9 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements et autres.



Programme de soins cardiaques

En 2010-2011, 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. Voici les faits saillants :

- Surveillance et déclaration continues des délais concernant l'accès au cathétérisme cardiaque et à la chirurgie cardiaque pour les patients hospitalisés et les patients en clinique externe.
- En 2010, le ministère de la Santé a autorisé le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à entreprendre 10 interventions d'implantation par voie de cathéter d'une prothèse valvulaire aortique (TAVI) par année. L'implantation par voie de cathéter d'une prothèse valvulaire aortique offre un autre traitement pour la sténose aortique symptomatique aux patients qui ne seraient autrement pas traités en raison du risque élevé associé aux chirurgies à cœur ouvert traditionnelles. Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick est le seul fournisseur à offrir ce type de services au Canada atlantique.

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 sur le réseau de traumatologie du Nouveau-Brunswick, qui contient 104 recommandations, a été publié. On s'attend à ce qu'il s'écoule environ trois ans avant que toutes les recommandations puissent être mises en œuvre.
- À ce jour, un certain nombre d'initiatives ont été entreprises, dont voici certains des points saillants :
 - Un directeur médical de traumatologie et un directeur administratif de traumatologie ont été embauchés.
 - Une ligne 1-800 est opérationnelle et tous les établissements du Nouveau-Brunswick possédant une salle d'urgence ont été activés dans le système d'aiguillage de traumatologie sans frais.

- 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.

Mobile Lithotripsy Services

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

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

Dialysis Services

Hemodialysis is a tertiary service that requires specialized resources and equipment. Once it is determined that a patient requires hemodialysis, treatment must begin immediately.

Currently there are four hemodialysis units in New Brunswick. These are located in Moncton (Dr. Georges L. Dumont Hospital), Saint John, Edmundston and Bathurst. In addition, there are seven satellite dialysis units located in Miramichi, Sussex, Fredericton, Upper River Valley, St. Stephen, Tracadie, and Dalhousie.

A new satellite dialysis unit with five stations/chairs operating three days per week 12 hours per day with capacity to accommodate 10 patients opened at the Charlotte County Hospital in February, 2011.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

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.

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

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

- 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.
- L'accès garanti ou la politique du « non-refus » est en vigueur depuis octobre 2010.
- Des sous-comités provinciaux pour la prévention des blessures, l'éducation, la recherche, les politiques et les procédures, et l'amélioration de la qualité ont été formés et leurs membres se réunissent régulièrement.

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

Services de dialyse

L'hémodialyse est un service de soins tertiaires qui requiert des ressources et de l'équipement spécialisés. Lorsqu'il est établi qu'un patient doit subir une hémodialyse, le traitement doit débiter immédiatement.

Actuellement, le Nouveau-Brunswick compte quatre services d'hémodialyse. Ils se situent à Moncton (Centre hospitalier universitaire D^r-Georges-L.-Dumont), à Saint John, à Edmundston et à Bathurst. En outre, il y a sept unités satellites de dialyse; elles sont situées à Miramichi, à Sussex, à Fredericton, dans la vallée du Haut-Saint-Jean, à St Stephen, à Tracadie et à Dalhousie.

En février 2011, une nouvelle unité satellite de dialyse possédant cinq stations/fauteuils qui fonctionnent trois jours par semaine, douze heures par jour, et pouvant accueillir dix patients a ouvert à l'Hôpital du comté de Charlotte.

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

Depuis 2005-2006, un service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) est en place au centre hospitalier universitaire D^r-Georges-L.-Dumont, à Moncton.

Le 1^{er} avril 2008, l'équipe de la phénylcétonurie est devenue le nouveau fournisseur de services pour les préparations médicales et les aliments nutritionnels spéciaux en cas de phénylcétonurie. 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.

Le 23 août 2010, l'équipe de la phénylcétonurie est devenue le nouveau coordonnateur chargé d'assurer le 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.

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.

The multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent province wide, day-to-day treatment to all PKU clients and milder cases of hyperphenylalaninemia. Besides providing services out of Dumont Hospital and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counseling 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.

In 2010-11, team work was facilitated by introducing weekly patient conference meetings, education sessions between team members and a common computerized calendar for scheduling appointments, clinics, meetings and conferences. The team continues to organize and give education sessions to clients, their families and community organizations dealing with PKU clients such as day cares, nursing homes and schools. A videoconference on PKU also reached 30 physicians across the province. To maintain competencies, some team members attended relevant information sessions, a symposium and a conference. The required psychological and neuropsychological tests and PedsQL™ questionnaire (for analyzing quality of life) were purchased. A comprehensive protocol for the admission of a newborn newly diagnosed with PKU was developed and the one specific to dietetics was revised. The algorithm of the communication process between the IWK Health Centre, the PKU Team, paediatricians and other players for follow-up services for other metabolic disorders was revised a number of times. A second patient satisfaction survey was conducted. A fifth annual picnic to encourage communication between the PKU families and to foster a sense of "belonging" was held. A fourth newsletter was published and a comprehensive guide for the introduction of low phenylalanine (phe) foods for babies between six months to one year of age was developed to assist PKU families. Since March 2010, the PKU team actively promotes therapeutic clinical trials of the first drug, Kuvan™, to its patients in collaboration with Biomarin Pharmaceutical (Canada) Inc.'s Kuvan™ Patient Assistance Program. Used in conjunction with a phe-restricted diet, the drug can help reduce blood phe in some PKU patients.

La phénylcétonurie 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.

L'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dumont offre 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 à l'hôpital et dans les cliniques régionales, ces soins continus comprennent les visites à domicile et le counseling par téléphone 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.

En 2010-2011, le travail de l'équipe a été facilité par l'ajout de rencontres-conférences hebdomadaires avec les patients, des séances de formation pour les membres de l'équipe et un calendrier informatisé commun pour fixer les rendez-vous, les cliniques, les rencontres et les conférences. L'équipe continue d'organiser des séances d'information pour les clients, leur famille et les organismes communautaires qui ont affaire avec des clients atteints de la phénylcétonurie tels que des garderies, des foyers de soins et des écoles. En outre, 30 médecins de partout dans la province ont pu participer à une vidéoconférence sur la phénylcétonurie. Afin de maintenir leurs compétences, certains membres de l'équipe ont assisté à des séances d'information pertinentes, à un symposium et à une conférence. Les tests psychologiques et neuropsychologiques ainsi que le questionnaire PedsQL™ (pour analyser la qualité de vie) ont été achetés. Un protocole détaillé pour l'admission d'un nouveau-né chez qui la phénylcétonurie a récemment été diagnostiquée a été élaboré et le protocole propre aux diététistes a été revu. L'algorithme du processus de communications entre le IWK Health Centre, l'équipe de la phénylcétonurie, les pédiatres et les autres joueurs en ce qui concerne les services de suivi pour les autres troubles métaboliques a été revu plusieurs fois. Un deuxième sondage de satisfaction des patients a été mené. Un cinquième pique-nique annuel a été organisé en vue d'encourager la communication entre les familles touchées par la phénylcétonurie et susciter un sentiment d'appartenance. Un quatrième bulletin a été publié et un guide complet sur l'introduction d'aliments à faible teneur en phénylalanine (Phe) dans l'alimentation des bébés âgés de six mois à un an a été conçu afin d'aider les familles aux prises avec cette maladie. Depuis mars 2010, l'équipe de la phénylcétonurie fait activement la promotion des essais cliniques thérapeutiques du premier médicament, Kuvan™, à ses patients en collaboration avec le Programme d'aide aux patients Kuvan™ de BioMarin Pharmaceutical (Canada) Inc. Utilisé conjointement avec une alimentation composée d'aliments à faible teneur en phénylalanine, le médicament peut aider à réduire la concentration sanguine de phénylalanine chez certains patients atteints de la phénylcétonurie.

In 2010-11, there were two new cases of PKU and one new case of milder hyperphenylalaninemia. In total, ninety-three New Brunswick residents have PKU and 12 have milder hyperphenylalaninemia.

Since its new mandate in August, 2010 relative to the coordination of follow-up services for other metabolic disorders, the PKU team has coordinated services for six cases.

Of the 21 PKU patients who tried Kuvan™, four responded well and continue to take it daily to maintain a healthier blood phe level.

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

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

The surgical teams at each facility continue to actively work to reduce individual patient wait times. There have been continuous improvements. Notable changes from March 31, 2009 to March 31, 2011 include (please see Appendix A for complete *Surgical Wait Time Trends for New Brunswick*):

- 9.8 per cent reduction in the median number of days waiting for surgery (61 to 55 days)
- 38.5 per cent reduction in the number of surgeries waiting longer than 12 months (1073 to 660)
- the median number of days waiting for cancer surgery shows some fluctuation during various times of the year, however it remains at approximately 14 days

En 2010-2011, deux nouveaux cas de phénylcétonurie et un nouveau cas d'hyperphénylalaninémie légère ont été rapportés. Au total, 93 résidents du Nouveau-Brunswick sont atteints de phénylcétonurie et 12 souffrent d'une hyperphénylalaninémie légère.

Depuis qu'elle a reçu son nouveau mandat en août 2010 relativement à la coordination des services de suivi pour les autres troubles métaboliques, l'équipe de la phénylcétonurie a coordonné les services de six cas.

Parmi les 21 patients atteints de phénylcétonurie qui ont essayé le Kuvan™, quatre ont bien réagi et continuent à prendre quotidiennement le médicament afin de maintenir une concentration sanguine de phénylalanine plus saine.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

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

La stratégie de gestion de l'accès aux services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick va bon train. Elle comporte plusieurs solutions pour améliorer l'accès et réduire les délais d'attente. Le Nouveau-Brunswick dispose de renseignements valables et fiables quant aux délais d'attente, afin de pouvoir déterminer où se situent les problèmes, leur degré de gravité et les solutions à y apporter. Le registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux fournit les renseignements nécessaires aux régies régionales de la santé, qui peuvent ainsi mesurer, contrôler et gérer l'accès aux soins chirurgicaux. Étant donné que l'attente peut survenir à de nombreux stades dans l'accès aux soins, la stratégie couvre la période entre le moment où on décide d'effectuer la chirurgie et où la demande de chirurgie est reçue par le bureau de réservation ou de planification de la salle d'opération de l'établissement en question et le moment où la chirurgie est effectuée. Les délais d'attente d'un patient dépendent principalement de son chirurgien, des ressources dont dispose un hôpital, ainsi que des cas d'urgence.

Le registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en œuvre au cours de l'année 2007; 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 leurs délais d'attente.

Les équipes chirurgicales de chaque établissement continuent à travailler activement pour réduire les délais d'attente de chaque patient. Des améliorations continues ont été enregistrées. Voici les changements notables relevés entre le 31 mars 2009 et le 31 mars 2011 (prière de consulter l'annexe A, intitulée *Tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick*) :

- une réduction de 9,8 pour cent du nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie (de 61 à 55 jours);
- une réduction de 38,5 pour cent du nombre de chirurgies dont le délai d'attente est supérieur à 12 mois (de 1 073 à 660);
- le nombre médian de jours d'attente pour une chirurgie du cancer fluctue selon la période de l'année; il demeure cependant à environ 14 jours.

The Surgery New Brunswick public website www.surgerynewbrunswick.ca is updated on a quarterly basis from the provincial surgical access registry. Visitors to the site can select the wait time data they would like to view. The public website has reports that display wait time for surgery in the following ways: provincially; by community; by each of the 16 hospitals; 12 surgical specialties; 28 high volume surgical procedures; nine high volume cancer surgeries; and has the progress for the 2011 New Brunswick wait time targets.

Le site Web public Délais d'attente pour la chirurgie au Nouveau-Brunswick www.chirurgienouveaubrunswick.ca est mis à jour tous les trois mois à partir du registre provincial d'accès aux soins chirurgicaux. Les visiteurs au site peuvent sélectionner les données sur les temps d'attente qu'ils veulent voir. Le site Web public contient des rapports qui affichent les délais d'attente pour une chirurgie à l'échelle provinciale, selon la collectivité, pour chacun des 16 hôpitaux, chacune des 12 spécialités chirurgicales, chacune des 28 interventions chirurgicales les plus pratiquées et chacune des neuf chirurgies du cancer les plus pratiquées. Il fait état de la progression par rapport aux cibles pour 2011 en matière de délais d'attente au Nouveau-Brunswick.

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

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

Surgical Wait Time Trends				
	March 31, 2009	March 31, 2010	March 31, 2011	% change from Mar. 31, 2009 to Mar. 31, 2011
Wait time for all surgeries waiting				
Median wait time in days	61	56	55	-9.8%
90th percentile wait time in days	337	287	262	-22.3%
Number of surgeries waiting longer than 12 months	1073	800	660	-38.5%
	March 31, 2009	March 31, 2010	March 31, 2011	% change from Mar. 31, 2009 to Mar. 31, 2011
Wait time for cancer surgeries waiting				
Median wait time in days	14	14	14	-
90th percentile wait time in days	61	65	59	-3.3%

Tendances relatives aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales				
	31 mars 2009	31 mars 2010	31 mars 2011	% de changement du 31 mars 2009 au 31 mars 2011
Délais d'attente pour toutes les chirurgies en attente				
Délai d'attente médian en jours	61	56	55	-9,8 %
Délai d'attente du 90e percentile en jours	337	287	262	-22,3 %
Nombre de chirurgies avec plus de 12 mois d'attente	1 073	800	660	-38,5 %
	31 mars 2009	31 mars 2010	31 mars 2011	% de changement du 31 mars 2009 au 31 mars 2011
Délais d'attente pour les chirurgies pour un cancer				
Délai d'attente médian en jours	14	14	14	-
Délai d'attente du 90e percentile en jours	61	65	59	-3,3 %

Pan-Canadian Benchmarks - Percent of surgeries completed within Timeframes

Percent of surgeries completed within timeframe	2008-09	2009-10	2010-11	% change from 2008-09 to 2010-11	2011 Target
Total hip replacement (within 26 weeks)	70%	80%	74%	4%	85%
Total knee replacement (within 26 weeks)	58%	63%	64%	6%	75%
High-risk cataract surgery (within 16 weeks)	77%	83%	89%	12%	90%
Coronary Artery Bypass Graft (CABG):					
Level I (within 2 weeks)	89%	86%	83%	-6%	90%
Level II (within 2-6 weeks)	44%	58%	82%	38%	85%
Level III (within 6-26 weeks)	0%	100%	99%	99%	100%
*Hip fracture fixation (within 48 hours)	n/a	81.6%	** 82.6%	-	

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 fixation 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.

** first 3 quarters of 2010-11 only

Report finalized on July 7, 2011

Source: NB Surgical Access Registry

Références pancanadiennes – Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2008-2009	2009-2010	2010-2011	% de changement de 2008-2009 à 2010-2011	Cible pour 2011
Arthroplastie totale de la hanche (dans un délai de 26 semaines)	70 %	80 %	74 %	4 %	85 %
Arthroplastie totale du genou (dans un délai de 26 semaines)	58 %	63 %	64 %	6 %	75 %
Chirurgie de la cataracte à risque élevé (dans un délai de 16 semaines)	77 %	83 %	89 %	12 %	90 %
Pontage aortocoronarien par greffe (PAPG)					
Niveau I (dans un délai de 2 semaines)	89 %	86 %	83 %	-6 %	90 %
Niveau II (dans un délai de 2 à 6 semaines)	44 %	58 %	82 %	38 %	85 %
Niveau III (dans un délai de 6 à 26 semaines)	0 %	100 %	99 %	99 %	100 %
*Réparation d'une fracture de la hanche (dans un délai de 48 heures)	s.o.	81,6 %	** 82,6 %	-	

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 (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les délais d'attente sont calculés de la date et de l'heure d'admission à la date et à l'heure auxquelles l'intervention a débuté.

**seulement les trois premiers trimestres de 2010-2011

Rapport finalisé le 7 juillet 2011

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

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

Percent of surgeries completed within timeframe	2008-09	2009-10	2010-11	% change from 2008-09 to 2010-11	2011 Target
Category I (within 3 weeks)	61%	64%	55%	-6.0%	95%
Category II (within 6 weeks)	64%	66%	62%	-2%	91%
Category III (within 3 months)	68%	69%	71%	3%	91%
Category IV (within 12 months)	95%	97%	98%	3%	100%
Surgeries completed within 12 months	98%	98%	98%	0.5%	100%
Cancer surgeries completed within 6 weeks	86%	87%	90%	4%	100%
Cancer surgeries completed within 3 months	n/a	100%	91%	-	100%

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

Pourcentage de chirurgies terminées dans les délais	2008-2009	2009-2010	2010-2011	% de changement de 2008-2009 à 2010-2011	Cible pour 2011
Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	61 %	64 %	55 %	-6,0 %	95 %
Catégorie II (dans un délai de 6 semaines)	64 %	66 %	62 %	-2 %	91 %
Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	68 %	69 %	71 %	3 %	91 %
Catégorie IV (dans un délai de 12 mois)	95 %	97 %	98 %	3 %	100 %
Chirurgies terminées dans un délai de 12 mois	98 %	98 %	98 %	0,5 %	100 %
Chirurgies du cancer terminées dans un délai de 6 semaines	86 %	87 %	90 %	4 %	100 %
Chirurgies du cancer terminées dans un délai de 3 mois	s.o.	100 %	91 %	-	100 %

Metabolic/Genetic Newborn Screening Service

In March, 2007 metabolic/genetic 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 and genetic 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/genetic newborn screening services involves the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through

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

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

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

a provincial computerized database.

In 2010-11 the service screened a total of 7369 newborns. From this total, the following positive disorders were confirmed:

- 2 Phenylketonuria (PKU)
- 4 Congenital Hypothyroid (CH)

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/genetic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

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

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

Since inception, the program has identified 86 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

En 2010-2011, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 369 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles suivants a été confirmé :

- deux cas de phénylcétonurie (PCU);
- quatre cas d'hypothyroïdie congénitale (CH).

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 et génétiques chez les nouveau-nés.

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

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

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

Depuis le début, le programme a permis d'établir une perte auditive permanente chez 86 nourrissons. Cette identification précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien appropriés au cours des années de formation.

Sensorineural Hearing Loss Identification By RHA

RHA/Zone	2004-05	2005-06 ¹	2006-07 ¹	2007-08 ¹	2008-09 ¹	2009-10	2010-11
Vitalité / 1	1	0	0	0	0	0	1
Vitalité / 4	0	1	0	1	0	0	0
Vitalité / 5	0	0	0	0	0	1	0
Vitalité / 6	1	1	2	1	2	4	1
Horizon / 1	3	2	3	1	4	2	1
Horizon / 2	3	3	4	2	0	2	2
Horizon / 3	0	3	2	3	4	6	1
Horizon / 7	1	1	1	1	1	0	1
Annual Total	9	11	12	9	11	15	7
Cumulative Total	21	321	441	531	641	79	86

¹Includes revised data from previous Annual Reports

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

RRS – zone	2004-2005	2005-2006 ¹	2006-2007 ¹	2007-2008 ¹	2008-2009 ¹	2009-2010	2010-2011
Vitalité – Zone 1	1	0	0	0	0	0	1
Vitalité – Zone 4	0	1	0	1	0	0	0
Vitalité – Zone 5	0	0	0	0	0	1	0
Vitalité – Zone 6	1	1	2	1	2	4	1
Horizon – Zone 1	3	2	3	1	4	2	1
Horizon – Zone 2	3	3	4	2	0	2	2
Horizon – Zone 3	0	3	2	3	4	6	1
Horizon – Zone 7	1	1	1	1	1	0	1
Total annuel	9	11	12	9	11	15	7
Total cumulatif	21	321	441	531	641	79	86

¹Inclut les données révisées des rapports annuels précédents

Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infection Prevention

A common, potentially serious, respiratory illness caused by the respiratory syncytial virus (RSV) is more likely to cause complications in immunocompromised children and in premature infants. There is currently no vaccine available but Synagis, a monoclonal antibody confers a measure of safety from the respiratory syncytial virus infection. In New Brunswick, a group of pediatricians review the current literature each year and one physician is gate keeper of the product. This, in effect, places the responsibility to approve use of the product on that physician. A contract is signed annually with the physician to provide clinical advice and review of any orders for the product which are outside the approved guidelines.

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

There is a single supplier for this product, Abbott Laboratories limited. A contract is signed with this company that they will provide product directly to the hospital upon receipt of the approved request form.

Prévention des infections au virus respiratoire syncytial (VRS)

Une maladie respiratoire courante, potentiellement grave, causée par le virus respiratoire syncytial (RS) risque davantage d'entraîner des complications chez les enfants immunodéficients et les bébés prématurés. À l'heure actuelle, aucun vaccin n'est disponible, mais le Synagis, un anticorps monoclonal, protège dans une certaine mesure contre les infections au virus respiratoire syncytial. Chaque année, au Nouveau-Brunswick, un groupe de pédiatres passe en revue la littérature actuelle et un médecin joue le rôle de gardien du produit. Ce médecin devient en fait responsable d'approuver l'utilisation du produit. Le médecin, qui signe un contrat chaque année, est chargé de donner des conseils cliniques et d'étudier les ordonnances du produit qui ne respectent pas les lignes directrices approuvées.

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

Il n'existe qu'un seul fournisseur pour ce produit, les Laboratoires Abbott ltée. Un contrat est signé avec cette entreprise qui doit alors fournir le produit directement à l'hôpital dès qu'elle reçoit le formulaire de demande approuvé.

The number of approved requests in 2010-11 was 146, which compares with 122 in 2009-10 indicating a 16.4 per cent increase in number of patients at a total product cost of \$981,686.96.

Cochlear Implant Follow-Up Services

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

In 2009-10 there were 101 clients followed by the cochlear implant team of Audiologists and other Provincial partners in care including speech language pathology; psychology; Ear, Nose and Throat specialist; and social work. The number of clients for 2010-11 has increased to 121, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

Le nombre de demandes approuvées en 2010-2011 était de 146 par rapport à 122 en 2009-2010, ce qui reflète une augmentation du nombre de patients de 16,4 pour cent, à un coût total du produit de 981 686,96 \$.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

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

En 2009-2010, 101 clients 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. Le nombre de clients en 2010-2011 a augmenté, passant à 121, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

Distribution of Clients by Zones/Répartition des clients par zones

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7	Non résident Non-Resident	Total
31	19	16	4	6	33	10	2	121

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

Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
68	53*	121

*14 clients with bilateral implants/Quatorze clients avec des implants bilatéraux

PET- CT

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

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

Since its inception, a maximum number of examinations were set per year. As improvements in technology and operations have been made, the provincial service has grown to meet the demands while maintaining responsible wait times. A total of 950 examinations were done in 2010-11. It has been the third complete year since the booking methodology was changed from "first come – first serve" approach to one using prioritization criteria. This has proved to be a more successful approach that serves oncology patients better.

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

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

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

Depuis les débuts du service, un nombre maximum d'examens par année a été établi. À mesure que la technologie et les opérations se sont améliorées, le service provincial s'est développé pour répondre à la demande tout en maintenant des délais d'attente responsables. Au total, 950 examens ont été effectués en 2010-2011. Il s'agit de la troisième année complète de ce service depuis que la méthode de fixation des rendez-vous est passée de l'approche « premier arrivé – premier servi » à celle utilisant des critères d'établissement des priorités. Cette approche s'est avérée plus fructueuse, car elle assure une meilleure prise en charge des patients en oncologie.

When the service first opened, it had been offered through a Health Canada approved research trial application. In most recent years, two distinct types of regulatory approvals were received by Health Canada first allowing the use of FDG (and other similar radiopharmaceutical products) to be available for commercial and public use and second to deem the facility and the manufacturing process used in creating the product appropriate and acceptable.

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

Organ and Tissue Procurement

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

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

The New Brunswick Organ Donation Program 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 75 individuals in Canada who may not have otherwise received a kidney (current as of May 19, 2011). The NBODP has also been involved in the development of the National Organ Waitlist by Canadian Blood Services. This is a real time, web based system that will allow transplant and Organ Procurement programs to access an up to the second National Organ waitlist to ensure that the person in most need of an organ is the person who receives that organ. It is anticipated that this registry will go live in the fall of 2011. As of July 5, 2011 there are 41 people waiting for a kidney, one person waiting for a heart and 13 people waiting for a liver in New Brunswick.

As of March 31, 2011, 274,260 New Brunswick residents have indicated their wishes to donate through Medicare cards.

Au début, lorsque le service a été mis en place, il était offert dans le cadre d'une demande d'essai de recherche approuvée par Santé Canada. Au cours des dernières années, Santé Canada a reçu deux types distincts d'approbation réglementaire. La première autorise l'utilisation commerciale et publique de fludéoxyglucose (et autres produits radiopharmaceutiques semblables) et la deuxième permet de juger si l'installation et le processus de fabrication utilisés pour créer le produit sont appropriés et acceptables.

Le comité consultatif provincial TEP-CT a établi des recommandations pour la pratique clinique. Le service provincial et les médecins traitants qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent suivre ces recommandations.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick a obtenu son homologation auprès de Santé Canada afin de répondre au *Règlement sur les cellules, les tissus et les organes*. Le *Règlement* est entré en vigueur le 7 décembre 2007. Santé Canada a procédé à l'inspection du Programme à l'automne 2009. 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 plus d'un an. 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. Deux infirmières ressources affectées aux dons d'organes sont en disponibilité en tout temps.

Le Programme de dons d'organes du Nouveau-Brunswick travaille toujours étroitement avec la Société canadienne du sang pour offrir un soutien au programme *Living Donor Paired Exchange Program* (programme d'échange de donneurs vivants). Deux coordonnateurs (un pour chaque région régionale de la santé) travaillent avec les donateurs et les receveurs qui décident de participer au programme. Ce programme national s'est avéré déterminant pour l'organisation de la greffe de rein pour 75 personnes au Canada qui, autrement, n'auraient peut-être pas reçu un rein (en date du 19 mai 2011). 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. On s'attend à ce que ce registre soit lancé à l'automne 2011. Depuis le 5 juillet 2011, 41 personnes attendent un rein, une personne attend un cœur et 13 personnes attendent un foie au Nouveau-Brunswick.

Depuis le 31 mars 2011, 274 260 résidents du Nouveau-Brunswick ont indiqué leur souhait de faire un don d'organe par l'entremise de leur carte d'Assurance-maladie.

Organ Donation:

Year	2008-09	2009-10	2010-11
Number of Referrals	18	32	25
Number of Donors	7	11	9
Organs donated:			
Heart	4	6	2
Lungs	8	2	10
Liver	7	11	9
Kidney	14	20	18
Pancreas	5	2	6
# of Recipients:			
Heart	5	4	0
Lungs	4	9	1
Liver	4	9	4
Kidney	22	38	18
Pancreas	6	1	0
# on waiting list			
Heart	3	1	1
Liver	8	13	13
Kidney	70	57	59
Kidney/pancreas	1	1	0
Lungs	1	0	1

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 2010-11 is approximately \$28.2 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.

Dons d'organes :

Année	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de donneurs dirigés	18	32	25
Nombre de donneurs	7	11	9
Dons d'organes			
Cœur	4	6	2
Poumons	8	2	10
Foie	7	11	9
Reins	14	20	18
Pancréas	5	2	6
Nbre de receveurs			
Cœur	5	4	0
Poumons	4	9	1
Foie	4	9	4
Reins	22	38	18
Pancréas	6	1	0
Nbre de personnes sur la liste d'attente			
Cœur	3	1	1
Foie	8	13	13
Reins	70	57	59
Rein et pancréas	1	1	0
Poumons	1	0	1

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 2010-2011, le coût du service pour le Nouveau-Brunswick s'élève à environ 28,2 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 comme 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 et aux 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.

Atlantic Blood Utilization Strategy (ABUS)

Intravenous Immune Globulin (IVIG)

New Brunswick has participated in the Atlantic Blood Utilization Strategy (ABUS) since 2003. The first initiative of this strategy was to monitor and improve the utilization of Intravenous Immune Globulin (IVIG) which is a sterile solution of human immune globulin protein prescribed to treat specific conditions resulting from an absent or malfunctioning immune system. Patients who suffer from immune deficiencies are more susceptible to life threatening infections. Guidelines for use of Intravenous Immune Globulin (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 96,219 g at a cost of \$6,052,175, which was a four per cent increase over the previous year. The number of patients continuing IVIG treatment was 114; the number of new patients for whom this product was prescribed in 2010-11 was 179 bringing the total number of patients to 293, which is a nine per cent increase in the number of patients over the previous year.

Collaboration between the ordering physicians and the hospital Transfusion Medicine services has maintained the growth in use of this product below the national average. Additional strategies to improve utilization will be implemented, after approval by the Department of Health, based on recommendations from the NB Blood System Advisory Group (BSAG) and the Atlantic Collaborative Immunoglobulin Working Group.

Patient Safety

In 2010-11, the Department of Health (DH) has continued to pursue the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focusing on improving patient safety in Canada through learning, sharing and implementing targeted evidence-based interventions that are known to reduce avoidable adverse events.

The ten interventions of SHN are:

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

Stratégie d'utilisation du sang de l'Atlantique

Immunoglobuline intraveineuse

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

La quantité totale d'immunoglobuline intraveineuse distribuée par la Société canadienne du sang était de 96 219 g, à un coût de 6 052 175 \$, ce qui représente une augmentation de quatre pour cent par rapport à l'année précédente. Le nombre de patients qui ont continué leurs traitements d'immunoglobuline intraveineuse est de 114 et le nombre de nouveaux patients à qui ce produit a été prescrit en 2010-2011 est de 179, ce qui porte le nombre total de patients à 293, soit une hausse de neuf pour cent du nombre de patients par rapport à l'année précédente.

La collaboration entre les médecins prescripteurs et les services hospitaliers de médecine transfusionnelle a permis de maintenir la croissance de l'utilisation de ce produit en deçà de la moyenne nationale. Des stratégies supplémentaires visant à améliorer l'utilisation de ce produit seront adoptées, une fois qu'elles auront été approuvées par le ministère de la Santé, en fonction des recommandations du groupe consultatif du Nouveau-Brunswick sur le système de collecte et de distribution du sang et du groupe de travail coopératif de l'Atlantique sur l'immunoglobuline intraveineuse.

Sécurité des patients

En 2010-2011, le ministère de la Santé a poursuivi la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM). Le but de cette campagne nationale est d'améliorer la sécurité des patients au Canada par l'intermédiaire de l'apprentissage, du partage et de la mise en œuvre d'interventions ciblées, fondées sur l'expérience, dont la réduction des incidents indésirables évitables a été prouvée.

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

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

- 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 by the province, each regional health authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of the best practices through participating in one or more of the ten interventions. In addition, the Department of Health became part of a trans-provincial collaboration among the Atlantic Provinces, in efforts to share learning and develop strategies that will improve the safety of healthcare across Health Ministries.

The Department of Health continues to monitor the hospital standardized mortality ratio (HSMR).

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 who complete daily assessments using UMS. Further implementation is planned for the upcoming fiscal year.

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,

- Prévention des infections du site opératoire : Prévenir les infections du site opératoire (ISO) et les décès qui y sont liés 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 (ORA) : Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des blessures causées 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 \$ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, chaque régie régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange de pratiques exemplaires en participant à une intervention ou plus parmi les dix interventions. De plus, le ministère de la Santé s'est joint à une collaboration entre les provinces atlantiques, dans un effort pour échanger des stratégies d'apprentissage et de développement qui permettront d'améliorer la sécurité des soins de santé dans tous les ministères de la Santé.

Le ministère de la Santé continue de surveiller le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH).

Gestion de l'utilisation

Le Système de gestion de l'utilisation (SGU) est en place depuis 2006 au Nouveau-Brunswick. Les deux régies régionales de la santé ont des installations dans toutes les zones qui procèdent à des évaluations quotidiennes à l'aide du Système de gestion de l'utilisation. D'autres mises en œuvre sont prévues pour l'exercice financier à venir.

L'objectif du Système de gestion de l'utilisation est de contribuer à améliorer le flux de patients au sein de l'organisation au moyen de données en temps réel et de rapports pouvant influencer le processus décisionnel. 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 qui sont dans un lit de chirurgie ou un lit de soins de courte durée sont évalués quotidiennement afin :

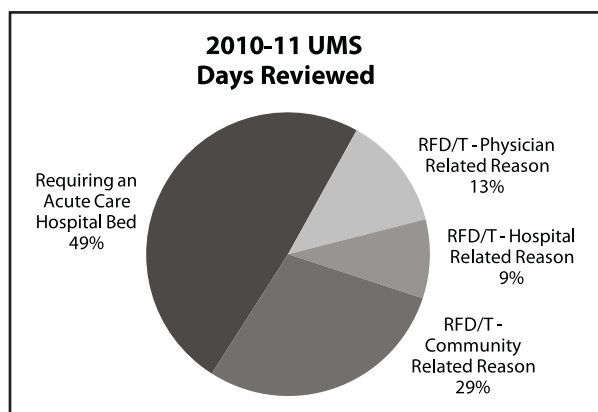
- de déterminer le caractère pertinent de l'admission et de l'utilisation sur une base continue d'un lit de soins de courte durée;
- de cerner les obstacles, les délais et les interruptions au plan de soins du patient;

- identify actions required to carry out the appropriate care plan,
- and establish a common framework for improved interdisciplinary communication.

In the year 2010-11, 37 per cent more assessments were completed than in the previous year. During this time, there was a decrease in the amount of patients being admitted who did not meet the acute care criteria as well as a decrease in the percentage of total days reviewed that did not meet the acute care criteria.

Ready for Discharge/Transition (RFD/T) refers to days where patients are clinically stable and therefore no longer require an acute care bed. In 2010-11, there was a slight decrease (four per cent) in the percentage of days assessed that were RFD/T. RFD/T assessed days are categorized by Physician Related Reason, Hospital Related Reason or Community Related Reason. Physician related reasons include waiting for a consultation, no current physician order, unclear plan of care, pain control, etc. Hospital related reasons include waiting for another bed in hospital (ex. psychiatry), service delays of 24+ hours for hospital services (ex. diagnostic testing), etc. Community related reasons include patients waiting for nursing home, patients in the process of placement, patients with no one to assist with home care, etc.

Days Reviewed using UMS Acute Care Criteria Set						
	2008-09		2009-10		2010-11	
	Days	%	Days	%	Days	%
Requiring an Acute Care Hospital Bed	94,519	51%	93,926	45%	140,889	49%
RFD/T - Physician Related Reason	26,822	14%	26,423	13%	37,047	13%
RFD/T - Hospital Related Reason	13,422	7%	15,135	7%	24,434	9%
RFD/T - Community Related Reason	51,187	28%	73,448	35%	83,559	29%
Total	185,950	100%	208,932	100%	285,929	100%

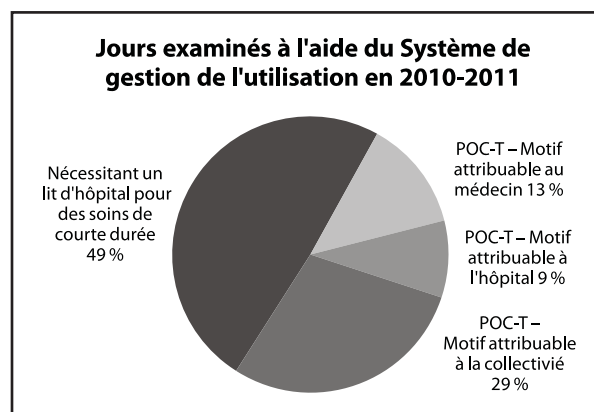


- de déterminer les mesures requises pour l'exécution du plan de soins approprié;
- d'établir un cadre commun pour améliorer la communication interdisciplinaire.

En 2010-2011, 37 pour cent plus d'évaluations qu'au cours de l'année précédente ont été effectuées. Pendant ce temps, on a observé une diminution du nombre de patients admis qui ne répondaient pas aux critères de soins de courte durée ainsi que du pourcentage de jours examinés au cours desquels le patient ne répondait pas aux critères de soins de courte durée.

Prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition (POC-T) fait référence aux jours au cours desquels le patient est stable sur le plan clinique et n'a donc plus besoin d'un lit pour des soins de courte durée. En 2010-2011, le pourcentage de jours examinés au cours desquels le patient était prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition a légèrement diminué (quatre pour cent). Les jours examinés au cours desquels le patient est prêt à obtenir son congé ou prêt pour la transition sont classés par catégorie selon des motifs attribuables au médecin, à l'hôpital ou à la collectivité. Les motifs attribuables au médecin sont notamment en attente pour une consultation, aucune ordonnance du médecin en cours, un plan de soins ambigu et la gestion de la douleur. Les motifs attribuables à l'hôpital sont, par exemple, en attente d'un autre lit dans l'hôpital (p. ex. en psychiatrie) et des retards de 24 heures ou plus pour des services hospitaliers (p. ex. les tests de diagnostic). Les motifs attribuables à la collectivité sont, 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.

Jours examinés à l'aide de l'ensemble des critères de soins de courte durée du Système de gestion de l'utilisation						
	2008-2009		2009-2010		2010-2011	
	Jours	%	Jours	%	Jours	%
Nécessitant un lit d'hôpital pour des soins de courte durée	94 519	51 %	93 926	45 %	140 889	49 %
POC-T – Motif attribuable au médecin	26 822	14 %	26 423	13 %	37 047	13 %
POC-T – Motif attribuable à l'hôpital	13 422	7 %	15 135	7 %	24 434	9 %
POC-T – Motif attribuable à la collectivité	51 187	28 %	73 448	35 %	83 559	29 %
Total	185 950	100 %	208 932	100 %	285 929	100 %



Capital Equipment

A variety of capital equipment acquisitions totaling \$10 million were made in fiscal 2010-11 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- New CT scan for the Dr. Georges L. Dumont University Hospital Center;
- An operating room spinal table and a cart and utensil washer for the Moncton Hospital;
- New neurosurgery equipment for the Saint John Regional Hospital;
- A new urology table with digital imaging for Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- New echocardiography equipment for the Edmundston Regional Hospital;
- A new digital fluoroscopy unit for the Miramichi Regional Hospital;
- A new cardiac ultrasound for the NB Heart Centre in Saint John; and
- Multi-year funding installments towards digital mammography throughout the province (in partnership with various Foundations)

The New Brunswick Extra-Mural Program

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

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

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

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

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 10 millions de dollars ont été effectuées au cours de l'exercice financier 2010-2011 afin d'améliorer les programmes et remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Les acquisitions de biens d'équipement les plus importantes comprennent :

- un nouveau tomodensitogramme pour le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont;
- une table dorsale pour la salle d'opération et une machine à laver les ustensiles et les chariots pour le Moncton Hospital;
- un nouvel appareil de neurochirurgie pour l'Hôpital régional de Saint John;
- une nouvelle table d'urologie à imagerie numérique pour l'Hôpital régional Dr-Everett-Chalmers;
- un nouvel appareil d'échocardiographie pour l'Hôpital régional d'Edmundston;
- un nouvel appareil de fluoroscopie numérique pour l'Hôpital régional de Miramichi;
- un nouvel appareil d'échographie cardiaque pour le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à Saint John;
- des versements pluriannuels d'un financement affecté à la mammographie numérique dans l'ensemble de la province (en partenariat avec différentes fondations).

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

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

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins actifs, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les prestataires de services professionnels du Programme extra-mural sont les diététistes professionnels, les infirmières et infirmiers immatriculés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, 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 offerts par les établissements.

Le mandat élargi 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 que l'admission dans un foyer de soins ou du moins de remettre à plus tard une telle admission, de fournir des soins de longue durée, des soins palliatifs et des services de réadaptation, et de faciliter la coordination et la prestation des services de soutien.

Les services du Programme extra-mural sont offerts en employant un processus de collaboration axé sur le client, comme il est décrit dans les lignes directrices provinciales visant les documents sur la coordination des soins, les soins palliatifs et les pratiques privilégiées préparés en fonction des fournisseurs de soins du Programme extra-mural. Les enfants et les adolescents reçoivent des services de réadaptation essentiellement en milieu scolaire et à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts

per cent of the EMP provincial caseload.

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

New Brunswick Extra-Mural Program		2007-08	2008-09	2009-10	2010-11*
Nursing Services	Visits	304,013	303,597	310,339	308,114
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	101,728	106,268	115,849	112,769
Rehabilitation Services⁽²⁾	Visits	87,835	94,225	93,967	98,425
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	29,444	31,447	34,714	37,136
Other Clinical Services⁽³⁾	Visits	44,216	47,670	49,209	47,750
	Telephone Contacts ⁽¹⁾	19,134	21,837	25,471	24,989
Total Contacts		586,370	605,044	629,549	629,183
FTE's		701	777	789	792
Discharges		19,402	20,355	19,159	19,052
Expenditures related to Visits (\$M)		\$50	\$55	\$58	\$58
Direct Cost per Visit ⁽⁴⁾		\$114.88	\$123.98	\$127.37	\$127.62
Gross Expenditures (\$M)		\$64	\$71	\$73	\$75
Cost per Discharges		\$3,305	\$3,466	\$3,814	\$3,937
* Preliminary Data					
⁽¹⁾ Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families.					
⁽²⁾ Rehab includes the following professionals: Occupational Therapy, Physiotherapy, Speech Language Pathology, and Rehabilitation Assistants					
⁽³⁾ Other includes the following professionals; Social Work, Registered Dietician, Respiratory Therapy, Pharmacy.					
⁽⁴⁾ 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.					
Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Repository (from PtCT system)					

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011*
Services infirmiers	Visites	304 013	303 597	310 339	308 114
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	101 728	106 268	115 849	112 769
Services de réadaptation⁽²⁾	Visites	87 835	94 225	93 967	98 425
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	29 444	31 447	34 714	37 136
Autres services cliniques⁽³⁾	Visites	44 216	47 670	49 209	47 750
	Appels téléphoniques ⁽¹⁾	19 134	21 837	25 471	24 989
Total des contacts		586 370	605 044	629 549	629 183
ETP		701	777	789	792
Congés		19 402	20 355	19 159	19 052
Dépenses liées aux visites (M\$)		50 \$	55 \$	58 \$	58 \$
Coût direct par visite ⁽⁴⁾		114,88 \$	123,98 \$	127,37 \$	127,62 \$
Dépenses brutes (M\$)		64 \$	71 \$	73 \$	75 \$
Coût par congé		3 305 \$	3 466 \$	3 814 \$	3 937 \$
* Données préliminaires					
⁽¹⁾ Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients et à leur famille.					
⁽²⁾ Les services de réadaptation comprennent les services professionnels suivants : ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et assistants en réadaptation.					
⁽³⁾ Les autres services cliniques comprennent les services professionnels suivants : travailleur social, diététiste, thérapeute respiratoire et pharmacien.					
⁽⁴⁾ Les dépenses utilisées pour le calcul par visite excluent les frais administratifs, les services de développement du langage, les dépenses relatives aux contrats pour les services d'aide/soins personnels puisque celles-ci ne sont pas incluses dans les visites.					
Sources : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU) et système d'information sur le Programme extra mural (PtCT).					

Currently, approximately 56 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 14 per cent; 75-84 years – 21 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) 23 per cent.

The EMP has 792 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2010-11, 19,052 clients were discharged from the program and 454,289 visits (308,114 nursing visits, 98,425 rehabilitation service visits, and 47,750 other clinical service visits) were carried out along with 174,894 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 25.3 discharges per 1,000 population estimate.

Rehabilitation Services

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

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

Hospital Rehabilitation Services 2010-11¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Audiology	27,153	2,012
Occupational Therapy	110,214	3,406
Physiotherapy	327,282	5,778
Speech Language Pathology	40,433	3,863

¹ Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2010-11¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Occupational Therapy	5,991	417
Physiotherapy	6,720	193
Speech Language Pathology	1,351	156

¹ Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

À l'heure actuelle, environ 56 pour cent des clients qui ont reçu des services du Programme extra-mural sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 14 pour cent, de 75 à 84 ans – 21 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) 23 pour cent.

Le Programme extra-mural emploie dans la province 792 équivalents temps plein financés. En 2010-2011, 19 052 clients ont obtenu leur congé du Programme extra-mural. Le nombre de visites a atteint 454 289 (308 114 visites par des infirmières, 98 425 visites par le service de réadaptation et 47 750 visites par d'autres services cliniques) et 174 894 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a signalé 25,3 congés pour 1 000 habitants.

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, aux deux régions régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Services hospitaliers de réadaptation 2010-2011¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Audiologie	27 153	2 012
Ergothérapie	110 214	3 406
Physiothérapie	327 282	5 778
Orthophonie	40 433	3 863

¹ Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

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

Centre de réadaptation Stan Cassidy 2010-2011¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Ergothérapie	5 991	417
Physiothérapie	6 720	193
Orthophonie	1 351	156

¹ Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

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

Capital Construction

Construction of the emergency department addition at Saint John Regional Hospital continued during 2010-11. The new emergency department opened in May 2011.

Construction of the new energy centre building and the small addition for the PET-CT scanner at the Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital began in the Fall of 2010. It is expected that the PET-CT addition will be completed in the fall of 2011 and the energy centre will be completed in the summer of 2012.

Renovations to integrate clinical teaching requirements for the delivery of the Dalhousie University Medical Education Program were completed at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital in Fredericton, the Miramichi Regional Hospital and the Moncton Hospital were completed during 2010-11.

Renovations to expand the emergency department at the Tracadie-Sheila Hospital were completed in December, 2010. Architectural planning and design of the renovations for the 15-bed intensive care / stepdown unit began during 2010-11. It is expected that renovations will begin in the fall of 2011.

Installation of sprinklers in all non-sprinklered areas of the Moncton Hospital continued during 2010-11 and was completed in April 2011.

Construction of a new Health Centre in Rexton was completed during 2010-11. The Health Centre opened in July 2011.

Construction of an addition to house two new linear accelerators for cancer treatments at the Dr.-Georges-L.-Dumont University Hospital continued throughout 2010-11 and was completed in May 2011.

Architectural planning and design for the new 140-bed psychiatric hospital in Campbellton continued during 2010-11. This project will be constructed under a public-private-partnership arrangement. Construction is expected to begin in the fall of 2011 and be completed in the fall of 2014.

Renovations to relocate diagnostic imaging and laboratory services at the Grand Falls General Hospital were completed during 2010-11. These relocated services will provide the necessary space to house the special procedures unit. Renovations for the special procedures unit will be completed during fiscal 2011-12.

A new therapeutic park for the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation (SCCR) in Fredericton was completed during 2010-11 and opened in October, 2010. Funding for this new therapeutic park was provided by the federal and provincial governments and the SCCR Foundation.

Renovations for a new satellite dialysis unit at the Charlotte County Hospital were done during 2010-11. The new dialysis unit provides five treatment stations and became operational in February, 2011.

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

Projets d'immobilisations

Les travaux de construction de l'annexe au service d'urgence de l'Hôpital régional de Saint John se sont poursuivis en 2010-2011. Le nouveau service d'urgence a ouvert en mai 2011.

Les travaux de construction du nouveau bâtiment pour le centre d'énergie et de la petite annexe pour le service TEP-CT au centre hospitalier universitaire D^r-Georges-L.-Dumont ont débuté à l'automne 2010. On s'attend à ce que l'annexe pour le service TEP-CT soit achevée à l'automne 2011 et que le centre d'énergie soit terminé à l'été 2012.

Les rénovations visant l'intégration des exigences en matière d'enseignement clinique pour l'exécution du programme de formation médicale de l'Université Dalhousie ont été achevées à l'Hôpital régional D^r-Everett-Chalmers, à l'Hôpital régional de Miramichi et au Moncton Hospital en 2010-2011.

Les rénovations d'agrandissement du service d'urgence de l'Hôpital de Tracadie-Sheila ont été achevées en décembre 2010. La planification et la conception architecturales des travaux de rénovation pour l'unité de soins intensifs et de soins courants de 15 lits ont commencé au cours de l'année 2010-2011. Les travaux de rénovation devraient débuter à l'automne 2011.

L'installation de têtes d'extincteur dans tous les secteurs qui n'en possèdent pas au Moncton Hospital s'est poursuivie pendant l'année 2010-2011 et s'est terminée au mois d'avril 2011.

La construction du nouveau centre de santé à Rexton a été achevée au cours de l'année 2010-2011. Le centre de santé a ouvert en juillet 2011.

La construction d'une annexe pour abriter deux nouveaux accélérateurs linéaires pour le traitement du cancer au centre hospitalier universitaire D^r-Georges-L.-Dumont s'est poursuivie tout au long de 2010-2011 et les travaux se sont terminés en mai 2011.

La planification et la conception architecturales du nouvel hôpital psychiatrique de 140 lits à Campbellton se sont poursuivies en 2010-2011. Ce projet sera réalisé dans le cadre d'un partenariat public-privé. Les travaux de construction devraient débuter à l'automne 2011 et prendre fin à l'automne 2014.

Les rénovations pour déplacer les services d'imagerie diagnostique et de laboratoire à l'Hôpital général de Grand-Sault ont été achevées au cours de 2010-2011. Il y aura ainsi suffisamment d'espace pour abriter l'unité des interventions spéciales. Les rénovations pour l'unité des interventions spéciales seront terminées au cours de l'exercice financier 2011-2012.

Les travaux du nouveau parc thérapeutique pour le Centre de réadaptation Stan-Cassidy à Fredericton ont été achevés au cours de 2010-2011 et le parc thérapeutique a ouvert en octobre 2010. Il a été financé par les gouvernements provincial et fédéral et la Fondation du Centre de réadaptation Stan-Cassidy.

Les travaux de rénovation d'une nouvelle unité de dialyse satellite à l'hôpital du comté de Charlotte ont été réalisés en 2010-2011. Cette nouvelle unité de dialyse, qui offre cinq services de soins, est opérationnelle depuis février 2011.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (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.

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 2010-11, the organization and function of NBCN continued to grow, with recruitment of key staff positions. Also, NBCN worked on a number of key strategic initiatives and projects in 2010-11 to improve cancer care in New Brunswick.

As the result of an agreement between the governments of New Brunswick and Canada, a Radiation Therapy Wait Time Guarantee has been established, which came into effect in April, 2010. This Guarantee ensures that NB patients will not wait more than eight weeks from being ready to treat with radiation therapy. Through this collaborative initiative with Health Canada, New Brunswick's capacity to meet current and future volumes in radiation therapy is being significantly enhanced. Following the construction of two new bunkers, two new linear accelerators are now operational at the Atlantic Health Sciences Center in Saint John and the construction of two bunkers to house new linear accelerators at the Dr. Leon Richard Oncology Centre in Moncton is in progress.

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

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

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 RCNB a pour but de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à une planification, à une prestation et à une évaluation rentables des services de lutte contre le cancer.

En exécutant son mandat, le RCNB 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 du Nouveau-Brunswick en matière de santé, ainsi que le Conseil de la recherche et de l'innovation en matière de santé du Nouveau-Brunswick.

En 2010-2011, l'organisation et les fonctions du Réseau cancer Nouveau-Brunswick ont continué à prendre de l'ampleur, avec l'embauche de personnel pour la dotation de postes clés. De même, en 2010-2011, le réseau a travaillé à plusieurs initiatives et projets stratégiques clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick.

À la suite d'une entente entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick et du Canada, un délai d'attente garanti pour la radiothérapie a été instauré. Il est en vigueur depuis avril 2010. Cette garantie veille à ce que les patients néo-brunswickois n'attendent pas plus de huit semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement par radiothérapie. Grâce à cette initiative de collaboration avec Santé Canada, la capacité du Nouveau-Brunswick à répondre aux volumes actuels et futurs en radiothérapie est considérablement rehaussée. Maintenant que les deux nouvelles chambres radioprotégées sont construites, deux nouveaux accélérateurs linéaires sont opérationnels au Centre des sciences de la santé de l'Atlantique à Saint John, tandis que la construction de deux nouvelles chambres de ce type est en cours au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard de Moncton.

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

- l'élaboration d'un Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO) qui pourra être consulté par les deux centres d'oncologie et le réseau;
- l'élaboration de plans d'urgence avec des options de recours à l'intérieur et à l'extérieur de la province afin de respecter l'engagement relatif au délai d'attente garanti pour la radiothérapie. Un protocole d'entente 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. Des discussions ont eu lieu avec la province de Québec et une entente réciproque similaire est prévue;
- l'élaboration d'un site Web public qui fera état des délais d'attente pour la radiothérapie (qui doit être mis en œuvre);
- la création d'un outil de modélisation de simulation pour analyser de manière proactive les répercussions des progrès technologiques et des limites de ressources en fonction des futures projections démographiques et de l'incidence du cancer.

In 2010-11, NBCN continued to advance the work on the National Staging and Pathology Synoptic Reporting Project, funded by the Canadian Partnership of Cancer (CPAC) through an agreement with the NB Department of Health. The two primary goals of the project are to establish the capture of electronic population based Collaborative Stage (extent of tumour at diagnosis) for breast, colorectal, lung and prostate cancer and to implement pathology synoptic reporting tools in laboratories in the province using the cancer checklists and protocols 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 checklists 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 to facilitate diagnostic and treatment decisions.

As of October, 2010, all pathologists in NB are reporting invasive cancer specimens for breast, lung, colorectal and prostate cancer using the CAP AJCC 7th content gold standard, either in paper format or through newly acquired electronic tools. Electronic tools were purchased and installed in select lab information systems in Fredericton, Campbellton and Bathurst; the electronic pathology synoptic reporting lab information system which already existed in Saint John was upgraded to CAP 7th standard. Installation of the electronic tools in the other labs in the province is expected to occur in future years.

A key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province is the enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs. In this regard, the planning work for the implementation of a provincial Cervical Cancer Prevention and Screening (CCPS) program continued in 2010-11. The primary focus has been on the final development and implementation of the program's foundational IT data repository, as well as the evidence-based New Brunswick Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines. The new CCPS repository, expected to be fully "live" across the province in July, 2011, captures all PAP tests in the province and will assist in the ongoing development and ultimate implementation of the complete CCPS program. The CCPS Clinical Practice Guidelines, to be released in the fall of 2011, will assist health care professionals and women in optimizing cervical screening practices across the province. The Cervical Cancer Prevention and Screening program is anticipated to be fully operational province-wide in 2013-14.

En 2010-2011, le RCNB a poursuivi ses travaux sur le projet national de stadification du cancer et de production de rapports synoptiques sur les pathologies, qui est financé par le Partenariat canadien contre le cancer grâce à une entente avec le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les deux objectifs principaux du projet sont de 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, colorectaux, du poumon et de la prostate, et de mettre en œuvre des outils pour la création de rapports pathologiques synoptiques dans les laboratoires de la province à l'aide des listes de vérification et des protocoles mis au point par le College of American Pathology (CAP). Les outils d'élaboration de rapports synoptiques du College of American Pathology offrent une méthode d'établissement des rapports concise et normalisée qui comprend toutes les données nécessaires pour la stadification exacte, les traitements et le diagnostic. L'utilisation des listes de vérification du College of American Pathology pour le cancer a été approuvée par l'Association canadienne des pathologistes et par l'Association des médecins de laboratoire du Nouveau-Brunswick en tant que norme sur les rapports relatifs aux échantillons pathologiques du cancer. L'adoption de la norme provinciale sur les rapports pathologiques garantira que les données requises relatives aux tumeurs et aux stades du cancer seront disponibles dans les rapports pathologiques pour faciliter le diagnostic et les décisions de traitement.

Depuis octobre 2010, tous les pathologistes du Nouveau-Brunswick produisent des rapports sur les échantillons de cancer invasif prélevés dans des cas de cancer du sein, du poumon, colorectal et de la prostate en se servant de la 7e édition du manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) utilisé par le College of American Pathologists et considéré comme la norme d'excellence en matière de contenu, disponible soit en format papier, soit à l'aide d'outils électroniques nouvellement acquis. Des outils électroniques ont été achetés et installés dans certains systèmes d'information de laboratoire à Fredericton, à Campbellton et à Bathurst; le système d'information de laboratoire pour la production de rapports pathologiques synoptiques électroniques qui était en place à Saint John a subi une mise à niveau et c'est maintenant la 7e édition du manuel de l'AJCC qui est utilisée. L'installation des outils électroniques devrait se faire dans les autres laboratoires de la province au cours des prochaines années.

La priorité principale du RCNB dans ses efforts visant la réduction du fardeau du cancer dans la province consiste à établir des programmes de dépistage et de prévention du cancer et à les améliorer. À cet égard, les travaux de planification pour la mise en œuvre du programme provincial de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus se sont poursuivis en 2010-2011. Ils sont axés essentiellement sur l'élaboration et la mise en œuvre du dépôt de données de technologies de l'information du programme, ainsi que des directives en matière de pratique clinique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au Nouveau-Brunswick. Le nouveau dépôt de données sur le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus, qui devrait être entièrement opérationnel dans toute la province à compter de juillet 2011, contient les résultats de tous les tests de Papanicolaou réalisés dans la province. Il favorisera l'élaboration et la mise en œuvre définitive du programme complet de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les directives en matière de pratique clinique pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui doivent être publiées à l'automne 2011, aideront les professionnels de la santé et les femmes à optimiser les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'ensemble de la province. Le programme de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait être complètement opérationnel dans toute la province en 2013-2014.

In 2010, NBCN began the planning work for a provincial colon cancer screening program. Once implemented, the program is expected to have a significant positive impact on the burden of colorectal cancer, the 2nd most common cancer in the province. A multi-stakeholder steering committee was established in 2010 to provide guidance to NBCN for this program. The program is expected to be fully operational in the province in 2013-14.

With regard to breast cancer screening, the conversion to digital mammography continued in 2010-11 at breast cancer screening sites in the province, as a result of investments from the Province along with community fund raising campaigns. This new technology will significantly enhance the NB Breast Cancer Screening Services' efforts to achieve a 70 per cent biennial participation rate in breast cancer screening for women in the 50 – 69 target age group.

Pediatric oncology continues to be one of NBCN's priorities. The two pediatric oncology patient navigator positions which were established, one in each of the two RHA, are effectively assisting NB patients and families to manage through the health care system as smoothly as possible. Tools and processes were also developed to enable the NBCN to analyze and report on pediatric oncology navigation services.

NBCN continued its involvement with the national Joint Oncology Drug Review, a national process for the review and recommendation of new cancer drugs. It is expected that this initiative will improve the consistency and transparency of drug funding decisions across the country. The Provincial Oncology Formulary Advisory Committee, a collaborative process implemented by NBCN in January 2010, has been instrumental in developing funding recommendations provincially, with the goal of ensuring equity of access to cancer drugs in both RHAs.

The NB Provincial Cancer Registry (PCR), under the direction of NBCN and located in Saint John, continues to submit high quality patient and tumor information which is used for cancer surveillance and program planning and evaluation. The NB PCR was gold certified by the North American Association of Central Cancer Registries, Inc. (NAACCR) for data submitted for 2007-08. Two primary reasons for evaluating central cancer registry incidence data are to recognize population-based cancer registries that have achieved excellence in the areas of completeness of case ascertainment, data quality, and timeliness and to identify current and future resource and training needs.

NBCN's epidemiological team completed the Provincial Cancer Report 2002-06, which was published in July, 2010. This was the third New Brunswick cancer report and the very first report produced by the NBCN. The report provides updated information on cancer statistics which helps NBCN better understand the burden of cancer in NB in order to develop effective strategies and programs across the cancer continuum, from prevention to palliation. The report has been widely used by the

En 2010, le réseau a entrepris les travaux de planification d'un programme provincial de dépistage du cancer du côlon. Une fois qu'il sera instauré, le programme devrait avoir des répercussions positives importantes sur le fardeau que représente le cancer colorectal, qui est le deuxième cancer en importance dans la province. Un comité directeur multilatéral a été créé en 2010 pour donner des conseils au RCNB relativement à ce programme. Le programme devrait être entièrement opérationnel à l'échelle de la province en 2013-2014.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, la conversion à la mammographie numérique a pu se poursuivre en 2010-2011 dans les centres de dépistage du cancer du sein de la province, grâce aux investissements du gouvernement provincial et aux campagnes de financement communautaires. Cette nouvelle technologie augmentera de façon importante les efforts des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick en vue d'atteindre un taux de participation biennal de 70 pour cent au dépistage du cancer du sein chez les femmes du groupe d'âge cible de 50 à 69 ans.

L'oncologie pédiatrique demeure l'une des priorités du RCNB. Les deux postes d'intervenants-pivots pour les patients en oncologie pédiatrique qui ont été créés, un dans chacune des deux régions régionales de la santé, aident de manière efficace les patients du Nouveau-Brunswick et les familles à s'y retrouver dans le système de soins de santé. Des outils et des processus ont également été mis au point pour permettre au réseau d'analyser les services d'intervention-pivot pour les patients en oncologie pédiatrique et d'en faire rapport.

Le réseau a poursuivi sa participation à l'examen national conjoint des médicaments oncologiques, un processus national d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques. On prévoit que cette initiative améliorera l'uniformité et la transparence des décisions de financement des médicaments dans l'ensemble du pays. Le Comité consultatif provincial sur le formulaire des médicaments oncologiques, un processus de collaboration mis en place par le RCNB en janvier 2010, a joué un rôle clé dans la formulation de recommandations en matière de financement à l'échelle de la province, dans le but d'assurer une égalité d'accès aux médicaments oncologiques dans les deux régions régionales de la santé.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, situé à Saint John et relevant du réseau, continue de présenter des renseignements de haute qualité sur les patients et les tumeurs, lesquels sont utilisés pour assurer un suivi de contrôle du cancer ainsi que la planification et l'évaluation du programme. Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick a reçu un certificat d'or du North American Association of Central Cancer Registries, Inc. (NAACCR) pour les données qu'il a présentées pour 2007-2008. Les deux raisons principales d'évaluer les données d'incidence des registres centraux sur le cancer sont, premièrement, de reconnaître les registres sur le cancer fondés sur la population qui ont fait preuve d'excellence dans les domaines de détermination exhaustive des cas, de qualité des données et de rapidité de dépistage et, deuxièmement, de déterminer les besoins actuels et futurs en ressources et en formation.

L'équipe d'épidémiologie du RCNB a terminé la rédaction du Rapport provincial sur le cancer pour la période 2002-2006, qui a été publié en juillet 2010. Il s'agissait du troisième rapport sur le cancer du Nouveau-Brunswick et du tout premier rapport rédigé par le réseau. Le rapport fournit des données à jour sur le cancer qui aident le RCNB à mieux comprendre le fardeau que représente le cancer au Nouveau-Brunswick, afin de mettre au point des stratégies et des programmes efficaces pour tous les cancers pour pouvoir offrir des soins allant des soins de prévention aux soins

public, health professionals, educational institutions and governments.

In 2010-11, the epidemiological team was also extensively involved in a number of national working groups designated to develop methodologies for cancer statistics and calculations and to train junior analysts across Canada (e.g., C-Span and C-Projection working groups held by the Canadian Partnership Against Cancer). Several cancer-related research projects such as Pan Canadian Analysis of Breast Cancer Mortality in Breast Screening Program Participants (Public Health Agency of Canada) were initiated and completed. In addition, the epidemiological team has completed more than 25 different cancer data requests from various government sections, NGOs and researchers.

In 2010-11, NBCN continued to participate as a member of the System Performance National Steering Committee, convened by the Canadian Partnership Against Cancer to guide the National Cancer Control System Performance Initiative. The primary objective of this initiative is to identify and facilitate reporting of cancer control indicators across provincial jurisdictions and throughout the cancer control continuum. The second report, "The 2010 System Performance Report" on the status of cancer control in Canada was published in the fall of 2010.

Another key priority of NBCN is palliative care. To assist NBCN with the development of a cancer palliative care strategy for the province, NBCN has been involved in consultations with a number of stakeholders including the NB Hospice Palliative Care Association, the Regional Health Authorities, the NB Home Support Association, the Victorian Order of Nurses, and the Canadian Cancer Society. NBCN also hosted a forum on palliative care in December, 2010, which provided a better understanding of needs and realities related to access and delivery of comprehensive and coordinated patient and family centered palliative care services in the province. As a first response to the identified needs from the forum, an Oncology Education day for health care providers on the topic of palliative and end-of-life care is being planned for the fall of 2011.

With respect to cancer research, the NBCN has been involved with the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health (PATH) on a national research project which will explore the interplay of genetics, the environment, lifestyle, and behavior on cancer. The study will follow the health of 300,000 volunteers, with approximately 10,000 coming from New Brunswick, for about 30 years.

Cancer clinical trials is an important aspect of research taking place at a number of hospitals in the province. In an effort to increase awareness of cancer clinical trials, NBCN is working collaboratively on an initiative with other provincial cancer agencies and the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). The initiative has resulted in the creation of a web-based portal listing of all cancer clinical trials being conducted across the country (www.cancerviewcanada.ca), searchable by several parameters including province, tumour type and drug.

palliatifs. Le rapport a été beaucoup consulté par le public, les professionnels de la santé, les établissements d'enseignement et les gouvernements.

En 2010-2011, l'équipe d'épidémiologie s'est, en outre, souvent jointe à un certain nombre de groupes de travail nationaux conçus pour élaborer des méthodes de calcul et de données sur le cancer et pour former des analystes débutants d'un bout à l'autre du Canada (p. ex. des groupes de travail sur l'étendue du cancer et sur les prévisions sur le cancer formés par le Partenariat canadien contre le cancer). Plusieurs projets de recherche liés au cancer comme l'étude pancanadienne de la mortalité liée au cancer du sein chez les participantes du programme de dépistage du cancer du sein (Agence de la santé publique du Canada) ont été entrepris et achevés. De plus, l'équipe d'épidémiologie a répondu à plus de 25 demandes différentes de données sur le cancer présentées par des sections gouvernementales, des organisations non gouvernementales et des chercheurs variés.

En 2010-2011, le RCNB a continué de participer 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 deuxième rapport, « Le rapport sur le rendement du système de 2010 », sur la situation de la lutte contre le cancer au Canada a été publié à l'automne 2010.

Une autre priorité clé du réseau est les soins palliatifs. Afin de contribuer à l'élaboration d'une stratégie provinciale de soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer, le RCNB a participé à des consultations avec de nombreux intervenants, dont la New Brunswick Hospice Palliative Care Association, les régies régionales de la santé, l'Association de soutien à domicile du Nouveau-Brunswick, les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et la Société canadienne du cancer. Le réseau a aussi été l'hôte d'un forum sur les soins palliatifs, s'étant tenu en décembre 2010, qui visait à mieux comprendre les réalités et les besoins liés à l'accès et à la prestation de services de soins palliatifs complets et coordonnés à l'échelle de la province, axés sur les patients et les familles. Comme première réponse aux besoins ayant été définis dans le cadre du forum, une journée de formation en oncologie est prévue à l'automne 2011 pour les fournisseurs de soins; le sujet des soins palliatifs et des soins en fin de vie y sera abordé.

En ce qui concerne la recherche sur le cancer, le réseau a participé, conjointement avec le Partenariat pour un avenir en santé (La VOIE atlantique), à un projet de recherche national dont l'objectif est d'étudier l'influence réciproque de la génétique, de l'environnement, du mode de vie et des comportements sur le cancer. L'étude suivra de près pendant environ 30 ans la santé de 300 000 volontaires, dont 10 000 seront originaires du Nouveau-Brunswick.

Les essais cliniques sur le cancer sont un aspect important de la recherche qui est en cours dans de nombreux hôpitaux de la province. En vue d'accroître la sensibilisation aux essais cliniques sur le cancer, le réseau travaille à une initiative en collaboration avec d'autres organismes provinciaux de lutte contre le cancer et le Partenariat canadien contre le cancer. L'initiative a mené à la création d'un portail Web présentant une liste de tous les essais cliniques sur le cancer qui sont en cours dans l'ensemble du pays (<http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/home/448>), sur lequel les recherches peuvent être effectuées avec plusieurs paramètres, par exemple la province, le type de tumeur et le médicament.

In 2010-11, NBCN continued to participate on various provincial, regional and national oncology initiatives, such as committees, networks, working groups and meetings, to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country, such as the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC); the Canadian Breast Cancer Screening Initiative; the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA); and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON). NBCN was also engaged with cancer stakeholders through meetings facilitated by the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society. NBCN continued its involvement with the NB Surgical Care Network in 2010-11. As well, under the chairmanship of NBCN personnel, the provincial MIS Medical Oncology and Radiation Oncology Professional Advisory Groups continued to be active.

In 2010-11, 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 2010-11, on average 90 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 (cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests): Although New Brunswick did not have a provincial screening program in place in 2009-10, opportunistic PAP screening continued through the New Brunswick health care system. Data from the Canadian Community Health Survey, 2005 (Statistics Canada), shows that approximately 77 per cent of New Brunswick women in the 18-69 age group reported having had a Pap smear within the last three years. Planning for the implementation of a provincial Cervical Cancer Screening program began in 2008.
- Breast cancer screening benchmark (70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years): New Brunswick has a population-based screening program (New Brunswick Breast Cancer Screening Services) for this target age group. The most current two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2007 to March 31, 2009 was 54.1 per cent (see Figure 3).
- The New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial 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. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under NBCN) and the Regional Health Authorities.
- NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the benchmark goal of a 70 per cent two-year participation rate for women 50 to 69 years of

En 2010-2011, le RCNB a continué de participer à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en matière d'oncologie, notamment à des comités, à des réseaux, à des groupes de travail et à des réunions, et a fait des commentaires sur la politique et l'élaboration de stratégies relatives au cancer au pays, comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, 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 réseau a aussi amorcé un dialogue avec les intervenants dans le cadre de réunions organisées par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer. Le RCNB a maintenu sa participation auprès du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick en 2010-2011. De plus, sous la présidence du personnel du RCNB, les groupes consultatifs professionnels du SIG sur l'oncologie médicale et la radiothérapie demeurent actifs à l'échelle provinciale.

En 2010-2011, le réseau a continué à veiller 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 2010-2011, 90 pour cent des patients en moyenne au Nouveau-Brunswick ont reçu une radiothérapie dans un délai de quatre semaines. Les délais d'attente en radiothérapie sont signalés au public par le site Web du RCNB.
- Point de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 18 à 69 ans, tous les trois ans après deux tests normaux) : Même si le Nouveau-Brunswick ne possédait pas de programme provincial de dépistage en 2009-2010, le dépistage opportuniste par test de Papanicolaou a été maintenu dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 (Statistique Canada), environ 77 pour cent des femmes du Nouveau-Brunswick du groupe d'âge de 18 à 69 ans ont indiqué avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. La planification en prévision de la mise en place d'un programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus a débuté en 2008.
- Point de référence du dépistage du cancer du sein (taux de participation de 70 pour cent du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans) : Le Nouveau-Brunswick offre un programme de dépistage basé sur la population (Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick) pour ce groupe d'âge cible. Le plus récent taux de participation moyen, qui est calculé tous les deux ans à l'échelle provinciale, pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, soit du 1er avril 2007 au 31 mars 2009, était de 54,1 pour cent (voir la figure 3).
- Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans seize établissements de la province. 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.
- Le Réseau cancer Nouveau-Brunswick continue à se battre pour que le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick atteigne l'objectif-repère d'un

age. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent. In NB, data from 1980 to 2009 showed that the age-standardized mortality rate of female breast cancer significantly decreased by 2.3 per cent annually.

taux de participation de 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent. Au Nouveau-Brunswick, les données disponibles de 1980 à 2009 indiquaient que le taux de mortalité standardisé selon l'âge des femmes atteintes d'un cancer du sein avait significativement diminué de 2,3 pour cent annuellement.

Figure 3 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2007-08 and 2008-09

Zone	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1 Moncton	14,097	24,890	56.64%
<i>1B</i>	5,595		
<i>1SE</i>	8,502		
2 Saint John	11,061	21,651	51.09%
3 Fredericton	11,038	20,347	54.25%
4 Edmundston	3,825	6,916	55.31%
5 Campbellton	2,546	4,069	62.56%
6 Bathurst	5,183	11,738	44.16%
7 Miramichi	4,094	6,153	66.54%
NB	51,844	95,764	54.14%

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

Figure 3 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2007-2008 et 2008-2009

Zone	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 Moncton	14 097	24 890	56,64 %
<i>1B</i>	5 595		
<i>1SE</i>	8 502		
2 Saint John	11 061	21 651	51,09 %
3 Fredericton	11 038	20 347	54,25 %
4 Edmundston	3 825	6 916	55,31 %
5 Campbellton	2 546	4 069	62,56 %
6 Bathurst	5 183	11 738	44,16 %
7 Miramichi	4 094	6 153	66,54 %
Total pour le N.-B.	51 844	95 764	54,14 %

Source : RCNB à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

Services de gestion des 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. La Gestion des 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 des Services de gestion des interventions d'urgence en santé consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres ordres de gouvernement et du grand public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

In 2010-11, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Worked with regional health authority, Ambulance New Brunswick and FacilioCorpNB emergency management officials to develop and implement preparedness plans, guides and protocols.
- Collaborated with other provinces and Public Health Agency of Canada's Center for Emergency Preparedness and Response to integrate health emergency preparedness activities across the country.
- Established a provincial health emergency preparedness steering committee to provide leadership, guidance and oversight for the development and on-going review of a comprehensive provincial emergency preparedness strategy and plan for all hazards as part of the health system emergency management system.
- Participated in a national review of the National Emergency Stockpile System (NESS). The NESS has been designed to ensure that there are enough federal health care supplies available to help affected communities during times of extreme emergency or disaster.
- Continued work with updating the provincial Health Emergency Management Plan (HEMP) in accordance with the new health system structure and organization. The HEMP is aimed at prescribing the organization and measures to be implemented when responding to an emergency situation with possible or actual health impacts on New Brunswick.
- Prepared a provincial emergency preparedness 5-year strategic action plan.
- Updated the Department of Health Duty Officer Protocol in accordance with the new health system structure and organization.
- Continued work with updating the provincial nuclear health plan.
- Continued work with updating the Business Continuity Plan for the department to ensure the department maintains critical services during a disaster and to provide protection of corporate assets.
- Collaborated with other departments of government and the 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.
- In collaboration with regional health authorities, completed work to standardize provincial emergency codes for New Brunswick health care facilities.

En 2010-2011, les Services de gestion des interventions d'urgence ont continué à se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- Collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence des régies régionales de la santé, d'Ambulance Nouveau-Brunswick et de FacilioCorpNB pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans de préparation, de guides et de protocoles.
- Collaboration avec d'autres provinces et le Centre des mesures et d'interventions d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada pour intégrer les activités de préparation en cas d'urgence en matière de santé dans l'ensemble du pays.
- Création d'un comité directeur provincial des mesures d'urgence en santé qui pourra offrir une direction, un encadrement et une surveillance en ce qui concerne l'élaboration, puis l'examen sur une base continue d'une stratégie et d'un plan de mesures d'urgence détaillés et complets pour la province incluant tous les dangers, dans le cadre du système de gestion des interventions d'urgence en santé.
- Participation à un examen à l'échelle nationale de la Réserve nationale de secours. La Réserve nationale de secours a été conçue pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures médicales fédérales pour aider les collectivités touchées en cas d'urgence ou de catastrophe extrêmes.
- Les travaux de mise à jour du Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé (PGIUS) se sont poursuivis, en accord avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation du système de santé. Le Plan provincial de gestion des interventions d'urgence en santé vise à prescrire l'organisation et les mesures à mettre en œuvre au moment de réagir à une situation d'urgence ayant des répercussions éventuelles ou réelles sur la santé au Nouveau-Brunswick.
- Préparation d'un plan d'action stratégique quinquennal de mesures d'urgence provinciales.
- Mise à jour du protocole destiné à l'agent de service du ministère de la Santé, en accord avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation du système de santé.
- La mise à jour du plan provincial de santé nucléaire s'est poursuivie.
- La mise à jour du plan de continuité des activités à l'intention du ministère s'est poursuivie pour que celui-ci maintienne des services essentiels en cas de catastrophe et qu'il assure la protection des biens d'entreprise.
- Collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère en matière de gestion des situations d'urgence sont intégrés au plan gouvernemental.
- Concentration continue des efforts sur le renforcement des capacités, l'élaboration de plans d'urgence et la création de solides partenariats avec d'autres organismes et ministères participant aux interventions d'urgence.
- En collaboration avec les régies régionales de la santé, achèvement des travaux de normalisation des codes d'urgence pour les établissements de soins de santé au Nouveau-Brunswick.

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 authorities, Ambulance New Brunswick, FacilicorpNB and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning and response.
- Continued to participate in pandemic planning at the federal and inter-provincial/territorial levels.
- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued with the development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan.
- Continued work of pandemic working groups to identify and resolve issues, and to develop and update provincial planning and policy frameworks and/or guidelines for pandemic preparedness actions in key functional areas of the health system.
- Fully implemented the provincial emergency (pandemic) stockpile management program within the regional health authority system.
- Continued to update protocols and requirements associated with the provincial stockpile, in accordance with national and provincial assumptions.

Planification et intervention en cas de pandémie

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification de la préparation en cas de grippe pandémique 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 de préparation 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 régies régionales de la santé, Ambulance Nouveau-Brunswick, FacilicorpNB et d'autres intervenants clés sur la planification de la préparation et l'intervention en cas de grippe pandémique.
- Participation continue à la planification en cas de pandémie à l'échelle fédérale, interprovinciale et interterritoriale.
- Sous la supervision et la direction du Comité directeur provincial de préparation à la pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la grippe pandémique.
- Travail continu des groupes de travail provinciaux sur la lutte contre la pandémie pour cerner et résoudre les problèmes ainsi que pour élaborer des cadres stratégiques ou des lignes directrices à l'échelle de la province en matière de planification visant des mesures d'intervention en cas de pandémie dans des domaines fonctionnels clés du système de santé.
- Mise en œuvre complète du programme provincial de gestion des réserves en cas d'urgence (pandémie) au sein du système des régies régionales de la santé.
- Poursuite de la mise à jour des protocoles et des exigences liés à la réserve provinciale, conformément aux hypothèses nationales et provinciales.

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department's programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the department's Web site www.gnb.ca/health

Other services include:

- Issues management
- Legislative and ministerial support
- Development and production of educational and promotional materials
- Social marketing
- Crisis communications management
- Web site management
- Advertisement
- Speech and news release writing
- Graphic design
- Media monitoring
- Project management
- Editing and revising
- Emergency preparedness planning

Information Technology Services

This branch is responsible for the delivery of information technology services to the department and system users. These services include: application and infrastructure support and maintenance, procurement and contract management, service desk and desktop support, and information security. The branch currently supports approximately 1,800 devices, 60 applications, and 1,400 users across New Brunswick.

Over the past year, the branch has focused its efforts on application releases, technology enhancements, and process improvements in the areas of application security testing, request management, and change management. The branch also worked with the New Brunswick Internal Services Agency and FacilicorpNB to begin planning for the transfer of selected information technology services; planning is on-going.

Technical infrastructure initiatives this year included: expanding capacity of the virtualization infrastructure, implementation of shared infrastructure for a group of applications, new server rack cabling designs, and a dedicated backup tape pool. Application releases or upgrades for this year included: Surgical Access Registry (new business intelligence reporting and public website redesign); Workload Measurement System (updated dictionary functionality and troubleshooting reports); Client Service Delivery System (new assessments and reports); Ambulance Services (new reports); Health Data Repositories (revisions for linkages to the new Medicare system); Cancer Registry Information System (software version upgrade); and, Service Provider Database (updates to multiple association registration forms).

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s'occupe des relations avec les médias, en veillant à ce que le public ait accès à l'information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et elle est chargée de la maintenance du site Web du ministère, www.gnb.ca/santé.

Voici d'autres services offerts :

- gestion des enjeux;
- soutien législatif et ministériel;
- préparation et production du matériel pédagogique et promotionnel;
- marketing social;
- gestion des communications en situation de crise;
- gestion du site Web;
- publicité;
- rédaction de discours et de communiqués;
- conception graphique;
- relevé des nouvelles;
- gestion de projet;
- travail éditorial et révision;
- planification des mesures d'urgence.

Services de technologie de l'information

La direction est chargée de la prestation de tous les services de technologie de l'information au ministère et aux utilisateurs du système. Ces services comprennent le soutien et l'entretien des applications et des infrastructures, la gestion des achats et des contrats, l'aide au bureau de service et aux ordinateurs de bureau, et la sécurité de l'information. À l'heure actuelle, la direction est chargée d'environ 1 800 appareils et 60 applications et offre un soutien à 1 400 utilisateurs dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick.

Au cours de la dernière année, la direction s'est concentrée sur la diffusion des applications et l'amélioration de la technologie et du processus dans les domaines de tests de la sécurité des applications, de gestion des demandes et de gestion des changements. La direction a aussi travaillé avec l'Agence des services internes du Nouveau-Brunswick et FacilicorpNB en vue d'entreprendre la planification du transfert de certains services de technologie de l'information; la planification est en cours.

Cette année, les initiatives visant l'infrastructure technique incluaient : l'accroissement de la capacité de l'infrastructure virtuelle, la mise en œuvre d'une infrastructure partagée pour un groupe d'applications, une nouvelle conception pour le casier de câblage du serveur et un groupe de bandes de sauvegarde spécialisées. Les applications diffusées ou mises à jour cette année sont notamment : le Registre provincial de l'accès aux soins chirurgicaux (production de rapports sur les nouveaux renseignements stratégiques et reconception du site Web public); le système d'évaluation de la charge de travail (mise à jour des fonctions des dictionnaires et rapports de diagnostics de pannes); le système de prestation de services aux clients (nouvelles évaluations et rapports); les services d'ambulance (nouveaux rapports); les dépôts de données sur la santé (révision des liens au nouveau système d'Assurance-maladie); le système d'information relatif au registre du cancer (mise à jour de la version électronique); et la base de données sur les fournisseurs de services (mises à jour des nombreux formulaires d'inscription des associations).

E-health

E-health is responsible for overall alignment and integration of innovation and technology with the overall health strategy to achieve optimal health system performance and quality care for all citizens of New Brunswick.

The branch maintains the pulse on innovative technology approaches to facilitate and enable the strategic directions of the health system and ensures due diligence and standards are followed in the development and implementation of technology initiatives.

Specific expertise includes project management and system enterprise architecture including relevant frameworks and processes.

The branch maintains a liaison with other stakeholders engaged and/or invested in similar interests including jurisdictions with Canada and beyond.

The following initiatives were completed by the branch in 2010-11:

Electronic Health Record (EHR)

The EHR links together clinically relevant patient information from across the entire health care system. It allows authorized healthcare providers access to timely, accurate, province-wide information at anytime and from anywhere. Currently the EHR provides access to the patient information from across the hospital system including lab results, diagnostic imaging and visit history.

Diagnostic Imaging Repository

The Diagnostic Imaging Repository consolidates a patient's digital diagnostic imaging reports and images. These images will be available to authorized health care providers using a provincial viewer.

Workload Measurement System

A workload measurement system (WMS) is a tool for measuring the volume of activity provided by employees within defined RHA departments. The Workload Measurement System is a provincial solution for all regions.

Medicare Modernization

This initiative harvested the business rules in the 25 year old system and implemented a new system using modern technology and interfaces.

Radiation Therapy Wait Times

A strategic provincial process for projecting supply/demand for radiotherapy was developed and applied to radiation therapy systems within the New Brunswick health system.

Cybersanté

La Direction de la cybersanté est responsable de l'harmonisation et de l'intégration de l'innovation, de la technologie et de la stratégie globale en matière de santé en vue d'atteindre un rendement optimal du système de santé et une qualité de soins optimale pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick.

La direction garde le rythme en matière d'approches technologiques novatrices afin de faciliter et de permettre les orientations stratégiques du système de santé et elle assure le respect d'une diligence raisonnable et des normes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives technologiques.

Les compétences spécialisées comprennent la gestion de projets et l'architecture d'entreprise du système, notamment les cadres et processus pertinents.

La direction entretient également des liens avec d'autres intervenants qui s'engagent ou s'investissent dans des intérêts similaires, notamment avec des compétences du Canada et de l'étranger.

Voici les initiatives qui ont été accomplies par la direction en 2010-2011 :

Dossier de santé électronique

Le dossier de santé électronique relie les renseignements cliniques pertinents sur le patient dans l'ensemble du système de soins de santé. Il permet aux prestataires de soins de santé autorisés d'accéder à des renseignements opportuns et exacts sur le patient dans l'ensemble de la province, en tous lieux et en tout temps. À l'heure actuelle, le dossier de santé électronique donne accès aux renseignements sur le patient consignés dans le réseau hospitalier, notamment les résultats de laboratoire, les rapports d'imagerie diagnostique et l'historique des visites.

Archives d'imagerie diagnostique

Les archives d'imagerie diagnostique regroupent les rapports et les images d'imagerie diagnostique numériques d'un patient. Ces images seront accessibles aux prestataires de soins de santé autorisés au moyen d'un visualiseur utilisé à l'échelle provinciale.

Système de mesure de la charge de travail

Un système de mesure de la charge de travail (SMCT) est un outil pour mesurer le volume d'activités exécutées par les employés dans certains services des régions régionales de la santé. Le système de mesure de la charge de travail est une solution provinciale pour toutes les régions.

Modernisation de l'Assurance-maladie

Cette initiative a permis de recueillir les règles administratives du système datant de 25 ans et de mettre en place un nouveau système utilisant une technologie et des interfaces modernes.

Délais d'attente pour la radiothérapie

Un processus provincial stratégique visant à faire des projections de l'offre et de la demande en matière de radiothérapie a été mis au point et appliqué aux systèmes de radiothérapie du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Telerehabilitation

This project combines the use of traditional telehealth technology with web based technology to establish a foundation for secure patient access to information, education and providers. The clinical focus is patients diagnosed with stroke, neuromuscular disease, traumatic brain injury, cerebral palsy, and the provision of assistive technology services.

The following initiatives were underway in the branch during 2010-11:

Drug Information System (DIS)

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.

Benefits:

- Decreased adverse drug events;
- Improved prescribing through the incorporation of prompts and reminders;
- Decrease in health care costs that result from drug complications;
- Increased access to an integrated drug profile across the continuum of care.

National Staging Initiative – Synoptic Reporting

This project involves the implementation of a standardized Pathology Synoptic Reporting tool that captures data in a checklist format for lung, breast, colorectal and prostate cancers. As well it will integrate this information with the ERH to deliver cancer pathology information to clinicians and cancer surveillance personnel.

Benefits:

- Increased quality of cancer pathology reporting as hospitals adopt a uniform pathology standard;
- Increased efficiency, timeliness and security of transmission of cancer pathology reports;
- Improved cancer registry, screening and pathology surveillance and outcome reporting.

Cervical Cancer Screening

This is a project of the NB Cancer network that will implement a provincial screening program for cervical cancer including the development and implementation of a central registry for cervical cancer. It will involve screening with integration between regional health authorities and provincial health systems.

Benefits:

- Early detection and treatment of cervical cancer to reduce invasive treatment and mortality from this preventable cancer;

Téléadaptation

Ce projet combine l'utilisation de la technologie de télésanté traditionnelle et de la technologie sur le Web pour établir le fondement d'un accès sécurisé pour le patient à l'information, aux établissements d'enseignement et aux prestataires de soins de santé. L'objectif clinique vise les patients ayant reçu un diagnostic d'accident vasculaire cérébral, de maladie neuromusculaire, de traumatisme cérébral et de paralysie cérébrale ainsi que la prestation de services en matière de technologie d'aide.

Les initiatives suivantes étaient en cours au sein de la direction en 2010-2011 :

Système d'information sur les médicaments (SIM)

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 qui leur permettront de s'assurer que les médicaments sur ordonnance prescrits et administrés sont appropriés et exacts.

Avantages :

- diminution des effets indésirables des médicaments;
- meilleure prescription des ordonnances grâce à l'incorporation d'invites et de rappels;
- diminution des coûts de soins de santé découlant des complications dues aux médicaments;
- meilleur accès à un profil des médicaments intégré dans l'ensemble du continuum de soins.

Initiative nationale sur la stadification – Rapports synoptiques

Ce projet comporte la mise en œuvre d'un outil de création de rapports synoptiques normalisés pour chaque pathologie qui saisit les données dans une liste de vérification en cas de cancer des poumons, du sein, colorectal et de la prostate. De plus, il intègre cette information dans le dossier de santé électronique afin de fournir des données sur les pathologies cancéreuses aux cliniciens et au personnel chargé du suivi de contrôle du cancer.

Avantages :

- meilleure qualité des rapports sur les pathologies du cancer à mesure que les hôpitaux adoptent une norme uniforme en matière de pathologie;
- meilleures efficacité, opportunité et sécurité dans la transmission des rapports sur les pathologies du cancer;
- meilleur registre du cancer, meilleur dépistage, et rapports de surveillance de la pathologie et des résultats améliorés.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Il s'agit d'un projet du Réseau cancer Nouveau-Brunswick qui mettra en œuvre un programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris la création et la mise en œuvre d'un registre central du cancer du col de l'utérus. Le dépistage s'effectuera en favorisant l'intégration entre les régies régionales de la santé et les systèmes de santé provinciaux.

Avantages :

- détection et traitement précoces du cancer du col de l'utérus afin de diminuer les possibilités de traitement inefficace et de mortalité de ce cancer évitable;

- Establishes a program model and reusable components for colon cancer screening and improved breast cancer screening.

Improving Practices in Addiction Services (IPAS)

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.

Benefits:

- An information system based on best and promising practices, including the integration of appropriate case management functionalities to support interaction with all clients, and health provider programming for these priorities;
- Standardized procedures and a common language for the capture of addiction-related services;
- The client will benefit from the provision of better quality primary health care services as a result of a better informed health team.

Electronic Medical Records Planning (EMR)

Electronic Medical Records are practice-based computer applications which provide a longitudinal collection of patient information. They typically include a Client Registry or CR connection, a problem list, medication list, allergy list, notes, health maintenance information, social/family history and results retrieval (for laboratory, radiology and other testing results), integrated with scheduling, billing and other practice management functions (eg. Patient registration, eligibility checking, claims submission, chart and patient tracking and referral management). Phase I of this project is working with the New Brunswick Medical Society (NBMS) to develop an EMR Program plan.

Benefits:

- A comprehensive EMR Program plan;
- One integrated blueprint for the EMR system for the health system.

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

- établissement d'un modèle de programme et de composantes réutilisables pour le dépistage du cancer du côlon et pour un meilleur dépistage du cancer du sein.

Amélioration des pratiques dans les services de traitement des dépendances

Deux domaines prioritaires pour le système de services de traitement des dépendances sont actuellement 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 avec la création de nouveaux manuels de formation utilisant une démarche de formation des formateurs afin de former les professionnels de santé complémentaires et parallèles et des dépendances.

Avantages :

- un système d'information fondé sur des pratiques exemplaires et prometteuses, notamment l'intégration de fonctions pertinentes pour la gestion de cas afin de soutenir l'interaction avec tous les clients et les programmes des professionnels de la santé relatifs à ces priorités;
- des procédures normalisées et un langage commun pour la saisie des services liés aux dépendances;
- le client bénéficiera de services de soins de santé primaires de meilleure qualité grâce à une équipe de santé mieux formée.

Planification des dossiers médicaux électroniques (DME)

Le dossier médical électronique est une application informatique fondée sur la pratique qui fournit des renseignements longitudinaux sur un patient. Il comprend en général un registre des clients ou une connexion à un registre des clients, une liste des problèmes, une liste des médicaments, une liste des allergies, des remarques, de l'information sur le maintien de la santé, les antécédents sociaux et familiaux, et le moyen de récupérer les résultats (pour les résultats de laboratoire et de radiologie, mais aussi pour d'autres résultats de tests), intégrés aux fonctions de calendrier, de facturation et aux autres fonctions de gestion de la pratique médicale (p. ex. inscription des patients, vérification de l'admissibilité, soumission des réclamations, tableau et suivi des patients, et gestion des aiguillages). Au cours de la phase I de ce projet, les intervenants travaillent avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) pour élaborer un plan de programme pour les dossiers médicaux électroniques.

Avantages :

- un plan de programme complet pour les dossiers médicaux électroniques;
- un plan détaillé intégré pour le système des dossiers médicaux électroniques pour le système de santé.

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 Né-

– 74 years. Information technology is required to support the screening program.

Benefits:

- Increased quality of cancer pathology reporting as hospitals adopt a uniform pathology standard;
- Early detection of colon cancer can reduce the number of mortalities through early treatment;
- Early detection of colon cancer can also reduce the cases of morbidity and help manage the health care costs associated with such long term illnesses;
- The IT solution helps ensure data is standardized province wide, eliminating differences in the meaning of terms and data between regions and enabling generation of information;
- The IT solution will also aid in the comparison of program outcomes nationally, inter and intra provincially.

Public Health Surveillance Requirements Study

This involved the development of a Statement of Work to revise or replace the province's serum depot system. This was done in conjunction with the Public Health Office. A formal Serum Depot management system is needed to support Public Health in this function which has been identified as their highest priority.

Benefits:

- Improved services to both the Department of Health and the public;
- More efficient management of serum depots across the province;
- Integration of the disparate systems that currently exist, this improving the effectiveness of the program.

Brunswickois âgés de 50 à 74 ans. Les technologies de l'information sont nécessaires pour assurer la bonne marche du programme de dépistage.

Avantages :

- une meilleure qualité des rapports sur les pathologies du cancer à mesure que les hôpitaux adoptent une norme uniforme en matière de pathologie;
- la détection précoce du cancer colorectal peut réduire le nombre de décès grâce à des traitements précoces;
- la détection précoce du cancer colorectal peut également réduire les cas de morbidité et aider la gestion des coûts de soins de santé liés à de telles maladies de longue durée;
- la solution des technologies de l'information permet de s'assurer que les données sont normalisées à l'échelle de la province, éliminant ainsi les différentes significations pour un même terme et pour les mêmes données d'une région à l'autre, et permettant de générer de l'information;
- la solution des technologies de l'information aidera à comparer les résultats du programme à l'échelle nationale, entre les provinces et au sein des provinces.

Étude des besoins de la Santé publique en matière de surveillance

Il s'agissait entre autres d'élaborer un énoncé de travail pour revoir ou remplacer le système de dépôt de sérum de la province, ce qui a été fait conjointement avec le bureau de la Santé publique. Un système officiel de gestion du dépôt de sérum est nécessaire pour assister la Santé publique dans cette tâche, qui a été définie comme prioritaire.

Avantages :

- amélioration de la prestation des services au ministère de la Santé et au public;
- une gestion plus efficace des dépôts de sérum dans l'ensemble de la province;
- l'intégration des systèmes disparates qui existent à l'heure actuelle, améliorant ainsi l'efficacité du programme.

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

	FY 08-09/ EF-2008-2009		FY 09-10/ EF 2009-2010		FY 09-10/ EF 2010-2011	
	TOTAL/ TOTALS	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTALS	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE	TOTAL/ TOTALS	FEDERAL CONTRIBUTION/ CONTRIBUTION FÉDÉRALE
Electronic Health Record (EHR)/ Dossier de santé électronique (DSE)	7,094.7	4,216.0	4,324.0	2,816.5	2,007.4	771.8
Diagnostic Imaging Archive (Di-r)/ Archives d'imagerie diagnostique (Ar-ID)	3,856.3	1,767.8	1,834.3	905.5	542.4	289.1
Drug Information System (DIS)/ Système d'information sur les médicaments (SIM)	1,202.0	783.1	5,016.9	2,340.6	6,619.8	3,495.1
Public Health Surveillance/ Surveillance de la santé publique	131.4	-	7.1	-	(0.2)	-
Public Health Surveillance Requirements Study/ Étude des exigences en matière de surveillance de la santé publique	-	-	-	-	54.5	-
Home Monitoring Program (HMP)/ Programme de surveillance des soins à domicile (PSSD)	444.6	222.3	412.3	200.4	1.9	-
Telerehabilitation/ Téléreadaptation	195.3	144.0	224.5	20.96515	105.3	-
Shared Telehealth Initiative (STI)/ Initiatives partagées de télésanté (IPT)	321.8	241.4	-	-	(0.8)	-
Workload Measurement System/ Système de mesure de la charge de travail	1,470.3	-	1,543.7	-	378.6	-
Medicare Modernization/ Modernisation de l'Assurance-maladie	3,468.9	-	5,477.4	-	2,926.2	-
Radiation Therapy Wait Times/ Délais d'attente pour la radiothérapie	1,788.5	1,788.5	2,990.3	2,900.0	309.9	-
National Staging Initiative - Synoptic Reporting/ Initiative nationale sur la stadification – Rapports synoptiques	128.3	128.3	579.7	579.7	296.0	292.0
Cervical Cancer Screening/ Dépistage du cancer du col de l'utérus	105.4	-	536.7	-	621.1	-
Colorectal Cancer Screening/ Dépistage du cancer colorectal	-	-	-	-	53.4	-
Prescription Monitoring Program/ Programme de surveillance pharmaceutique (PSP)	1,228.6	-	-	-	(0.6)	-
Improving Practices in Addictions Services (IPAS)/ Amélioration des pratiques dans les services de traitement des dépendances	-	-	131.8	130.0	530.4	561.1
TOTALS/ TOTALS	\$21,636.1	\$9,291.4	\$23,078.6	\$9,893.7	\$14,662.6	\$5,611.7

Contract Management and Corporate Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: contract management, facilities management, purchasing, records and information management, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

Official Languages

For the fiscal year 2010-11 a total of three complaints were received concerning official languages in the Department of Health, Vitalité Health Network, Horizon Health Network, Facilicorp, Ambulance NB and the New Brunswick Health Council.

Of these three, one was closed within the year and two are still active.

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 2010-11 for the Department of Health.

- The department advertised 52 competitions, including 36 open competitions and 16 closed competitions.
- Pursuant to section 15 and 16 of the *Civil Service Act*, the department made the following appointments using other processes to establish merit than the competitive process:

Gestion des contrats et services de soutien ministériels

La direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des contrats et des installations, les achats, la gestion des archives et de l'information, la bibliothèque du ministère, les services de traduction et d'interprétation, les téléphones, la gestion des véhicules, les cartes d'identité, les salles de courrier, la sécurité, le stationnement, les photocopies et l'inventaire des biens. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

Langues officielles

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, trois plaintes concernant les langues officielles ont été déposées au ministère de la Santé, au Réseau de santé Vitalité, au Réseau de santé Horizon, à FacilicorpNB, à Ambulance Nouveau-Brunswick et au Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Parmi ces trois plaintes, l'une d'elles s'est réglée dans le courant de l'année et les deux autres sont toujours en cours.

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 ci-après un résumé des activités de dotation pour le ministère de la Santé pour l'exercice financier 2010-2011.

- Le ministère a annoncé 52 concours, dont 36 concours publics et 16 concours internes.
- En vertu des articles 15 et 16 de la *Loi sur la Fonction publique*, le ministère a fait les nominations suivantes au moyen de processus autres que le processus de concours pour déterminer la valeur des candidats :

Appointment type/Type de nomination

	Section of the <i>Civil Service Act</i> / Paragraphe, alinéa et sous-alinéa de la <i>Loi sur la Fonction publique</i>	Number/ Nombre
Specialized Professional, Scientific or Technical/ Personnel professionnel, scientifique ou technique spécialisé	15(1)	6
Equal Employment Opportunity Program/ Programme d'égalité d'accès à l'emploi	16(1)(a)	0
Departmental Talent Management Program/ Programme de gestion du talent ministériel	16(1)(b)	0
Lateral transfer/ Mutation latérale	16(1)(c)	15
Regular appointment of casual/ temporary/ Nominations d'employés occasionnels ou temporaires à un poste permanent	16(1)(d)(i)	6
Regular appointment of students/apprentices/ Nominations d'étudiants et d'apprentis à un poste permanent	16(1)(d)(ii)	0
Total number of appointments without competition/ Nombre total de nominations sans concours		27

- Pursuant to section 33 of the *Civil Service Act*, 0 complaints alleging favouritism were made to the Deputy Head of the Department of Health and 0 complaints were submitted to the Ombudsman.

Office of Associate Deputy Minister of Health

The Associate Deputy Minister plays a key role in developing health care policy and ensuring delivery of health services in francophone communities, to ensure the delivery of quality health services in both official languages to all New Brunswickers.

The office plans, develops, implements, and oversees Medicare Eligibility and Claims, and Medicare Insured Services and Physician Remuneration, health human resources planning, rural health and the medical education programs at the post graduate level and at the undergraduate level in collaboration with Post Secondary Education, Training and Labour. This branch is responsible for measuring the impact of new and proposed health professionals, and to provide advice on issues ranging from Medicare utilization, human resources workforce required to meet the health system needs and design including monitoring the supply and demand of the health workforce.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Insured Services and Physician Remuneration and Medicare Eligibility and Claims Units.

The Medicare Insured Services and Physician Remuneration Unit is responsible for policy development, project management, provision of expert guidance on corporate and health policy issues and appeals regarding Medicare coverage. The unit is responsible for physician remuneration: this includes the negotiation and interpretation of the Fee for Service Master Agreement and any subsidiary agreements with the New Brunswick Medical Society.

Medicare Insured Services and Physician Remuneration is also accountable for the formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

The Medicare Eligibility and Claims is responsible for the eligibility and registration of New Brunswick for Medicare coverage, the registering of physicians, liaising with physicians as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Eligibility and Claims also audits physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

- En vertu de l'article 33 de la Loi sur la Fonction publique, aucune plainte de favoritisme n'a été déposée auprès de l'administrateur général du ministère de la Santé et aucune plainte n'a été présentée à l'Ombudsman.

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

La sous-ministre déléguée joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'offrir des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick.

Le bureau planifie, élabore, met en œuvre et supervise les unités de l'admissibilité et de demandes de prestations ainsi que des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie, la planification des ressources humaines en santé, la santé en milieu rural et les programmes d'études de médecine du premier et du deuxième cycle en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail. La direction est chargée de mesurer l'incidence des nouveaux professionnels de la santé proposés et de donner des conseils sur diverses questions allant de l'utilisation de l'Assurance-maladie à l'effectif des ressources humaines requis pour répondre aux besoins et aux buts du système de santé, y compris la surveillance de l'offre et la demande de l'effectif en matière de santé.

Régime d'Assurance-maladie

Le régime d'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités de l'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins et de l'Unité d'admissibilité et des demandes de prestations de l'Assurance-maladie.

L'Unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, de la gestion des projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions stratégiques relatives à la santé et ministérielles, ainsi que des appels concernant la couverture de l'Assurance-maladie. L'unité est chargée de la rémunération des médecins : on entend par cela la négociation et l'interprétation de l'entente-cadre sur la rémunération à l'acte et des ententes auxiliaires conclues avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

L'Unité de l'Assurance-maladie est responsable également du processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des Parties I et III des services publics. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime. Les parties comprises dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

L'Unité d'admissibilité et de demandes de prestations de l'Assurance-maladie est chargée de l'admissibilité et de l'inscription des résidents du Nouveau-Brunswick à la couverture de l'Assurance-maladie, de la liaison avec les médecins, du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'Unité de l'Assurance-maladie vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux ententes de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

In fiscal 2010-11:

- The number of eligible residents increased by 0.5 per cent, from 744,048 in 2009-10 to 747,663 in 2010-11.
- The number of fee-for-service physicians went from 1,067 to 1060, a 0.1 per cent decrease from 2009-10 to 2010-11, while for the same time period, the number of salaried physicians increased from 436 to 489 or an increase of 12.2 per cent. The number of physicians paid by other methods including sessional increased from 240 to 264 or an increase of 10.0 per cent.

Accessibility to medical services is measured in two ways: the total number of physicians who provide services, and their distribution throughout the province. The total number of physicians paid increased from 1,743 to 1,813 or an increase of 4.0 per cent from 2009-10 to 2010-11. For the same time period, the proportion of physicians who worked in a rural setting (defined as beyond 40 kilometers of Fredericton, Moncton and Saint John) remained unchanged at 36 per cent.

Francophone Services and Rural Services

The department and Regional Health Authority A continued to implement of the recommendations contained in the Dialogue on Health report. The report and recommendations can be found at: <http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-e.asp>

Some of the work done in 2010-11 includes:

- 24 hours medical services have been restored at the Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet in September of 2010.
- Recruitment efforts are ongoing with the RHA and the communities to ensure the 24/7 and full ER coverage and the establishment of an ambulance stop at the Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet.
- Work in progress for the review of the equipment request and construction requirements for ER Opening with an ambulance stop.
- Completion of the expansion and renovation of the Tracadie-Sheila Hospital ER. Upgraded emergency department officially opened on March 18, 2011.

On-going efforts are made to improve services in French and rural areas throughout the province. On April 8, 2010, the minister introduced amendments to the *Regional Health Authorities Act* and to the *New Brunswick Health Council Act*. Building on the report submitted by Gino LeBlanc, entitled *Toward an Improved Health System in French in New Brunswick*, which provided a road-map of how New Brunswick can move forward to build upon the health care reforms announced in 2008, in particular in relation to governance and administration of health services for the francophone population. These Amendments to the *Regional Health Authorities Act* were introduced to:

- Recognize Regional Health Authority A (Réseau de santé Vitalité Health Network) as an organization that operates in French, thus recognizing that this health authority is a francophone organization with

Au cours de l'exercice financier 2010-2011 :

- Le nombre de résidents admissibles a augmenté de 0,5 pour cent, passant de 744 048 en 2009-2010 à 747 663 en 2010-2011.
- Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est passé de 1 067 à 1 060, soit une diminution de 0,1 pour cent entre 2009-2010 et 2010-2011, alors que pour la même période, le nombre de médecins salariés a augmenté, passant de 436 à 489, soit une augmentation de 12,2 pour cent. Le nombre de médecins payés par d'autres méthodes, notamment à la vacation, a augmenté, passant de 240 à 264, soit une augmentation de 10 pour cent.

L'accessibilité aux services médicaux est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Le nombre total de médecins payés est passé de 1 743 à 1 813, ce qui représente une augmentation de quatre pour cent entre 2009-2010 et 2010-2011. Pendant la même période, la proportion de médecins ayant travaillé en milieu rural (défini comme un endroit se trouvant à plus de 40 kilomètres de Fredericton, de Moncton ou de Saint John) est restée inchangée, soit 36 pour cent.

Services en français et services ruraux

Le ministère et la Régie régionale de la santé A ont poursuivi la mise en œuvre de bon nombre des recommandations contenues dans le rapport Dialogue Santé. Le rapport et les recommandations sont présentés à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/dialogue/dialogue-f.asp>.

Voici certains des travaux effectués en 2010-2011 :

- rétablissement des services médicaux 24 heures sur 24 à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet en septembre 2010;
- efforts de recrutement en cours au sein de la RRS et des collectivités afin d'assurer les services en tout temps, des services complets en salle d'urgence, ainsi que l'établissement d'un service d'ambulance à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet;
- travaux en cours relativement à l'examen de la demande de matériel et les exigences de construction en vue de l'ouverture d'une salle d'urgence et d'un service d'ambulance;
- achèvement des travaux d'expansion et de rénovation de la salle d'urgence de l'Hôpital de Tracadie-Sheila; ouverture du service d'urgence amélioré le 18 mars 2011.

Les efforts se poursuivent pour améliorer les services en français et les services dans les régions rurales dans l'ensemble de la province. Le 8 avril 2010, la ministre a proposé des modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*. Ces modifications étaient basées sur le rapport soumis par Gino LeBlanc, intitulé *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*, qui fournissait une feuille de route sur la façon dont le Nouveau-Brunswick peut aller de l'avant en s'inspirant des réformes de soins de santé annoncées en 2008, surtout par rapport à la gouvernance et à l'administration des services de santé pour la population francophone. Les modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* visaient à :

- reconnaître la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) en tant qu'organisation fonctionnant en français, et ainsi reconnaître que cette régie régionale de la santé est une organisation francophone qui a la responsabilité de

the responsibility to serve residents in the official language of their choice;

- Recognize both regional health authorities' responsibility to improve delivery of health services in French; and that they will both continue to ensure health-care services are delivered in the official language of choice of residents.

Several other initiatives have been put forward such as :

- Establishment of a committee responsible for the implementation of an Official Languages Strategic Plan in the health-care sector in March 2011. The committee includes representation from both RHA's and the Department of Health.
- Establishment of a Health System Joint Leadership Group in order to develop a five-year action plan aimed at ensuring equitable distribution of services between the two health authorities.
- Amendments to the *New Brunswick Health Council Act* to recognize that the council takes into account the needs of linguistic communities and its objectives and purposes.

The province has also partnered with the Canadian Rural Health Research Society (CRHRS) in the planning and organization of their 9th Annual conference. This conference entitled, Rural Health: Connecting Research and Policy was held in Fredericton on September 23-25, 2010. The conference was a great success and welcomed key notes speakers and 126 participants including researchers, decision makers, practitioners, policy makers, graduate students, community members and other stakeholders from all areas of the province and Canada.

New Brunswick Career Days

The eighth annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the regional health authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives. Over 250 students attend the event each year.

Allied Health Professionals Resource Strategy

To assist in ensuring that the population of New Brunswick can access services from the right mix of health professionals, the provincial Allied Health Resource Strategy included the following initiatives in 2010-11:

Health Bursary Program

The health bursary program consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates in the public sector. As such, it is intended to be a relevant and dynamic recruitment strategy which is reviewed on an annual basis. In the fall of 2010, seven bursaries were renewed to students enrolled in various high priority health professions.

servir les citoyens dans la langue officielle de leur choix;

- reconnaître les responsabilités des deux régies régionales de la santé quant à l'amélioration des services de santé en français et leur devoir de continuer à faire en sorte que les services de santé sont dispensés dans la langue officielle choisie par les patients.

Par ailleurs, plusieurs autres projets ont été lancés, y compris :

- la création d'un comité chargé de la mise en œuvre d'un plan stratégique sur les langues officielles dans le secteur de la santé, en mars 2011 (comité formé de représentants des deux RRS et du ministère de la Santé);
- la création du Groupe mixte de direction du système de santé chargé d'élaborer un plan d'action de cinq ans visant à assurer une répartition équitable des services entre les deux régies régionales de la santé;
- des modifications à la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé* reconnaissant que le Conseil prend en considération les besoins des communautés linguistiques ainsi que ses objectifs et sa raison d'être.

La province s'est également associée à la Société canadienne de recherche en santé rurale (SCRSR) dans la planification et l'organisation de sa 9e conférence annuelle. Cette conférence ayant pour thème Santé rurale : Lier recherche et politiques publiques a eu lieu à Fredericton du 23 au 25 septembre 2010. La conférence a été couronnée de succès et a rassemblé plusieurs conférenciers invités ainsi que 126 participants, y compris des chercheurs, des décideurs, des responsables des orientations politiques, des étudiants des cycles supérieurs, des membres de collectivité et d'autres intervenants de partout dans la province et du Canada.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la huitième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick se sont tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette journée a donné l'occasion aux étudiants néo-brunswickois ainsi qu'à d'autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province ainsi que des initiatives uniques sur la santé. Plus de 250 étudiants participent à l'événement chaque année.

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles

En 2010-2011, pour s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick a accès aux services de ressources professionnelles en santé, la Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles comprenait les mesures suivantes :

Programme de bourses dans le domaine de la santé

Ce programme offre des bourses ciblant les professions du secteur de la santé où l'on détermine, ou où l'on prévoit des taux de vacance élevés dans le secteur public. À ce titre, le programme se veut une stratégie de recrutement dynamique et pertinente qui fera l'objet d'une révision annuelle. À l'automne 2010, sept bourses ont été renouvelées pour des étudiants inscrits dans diverses professions de la santé hautement prioritaires.

Rehabilitation and Pharmacy Services: Clinical Education Program

The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals and pharmacists. The program coordinates the clinical placements in New Brunswick health-care facilities for 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, while introducing them to the health care system in New Brunswick. In the academic year 2010-11, the department coordinated almost 300 clinical placements in the regional health authorities.

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 2010-11:

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 2010-11, 56 nurses benefited from this program. The program has been redesigned from a 17-week to a 12-week program that has a blended approach model with on-line learning. While no longer a university credit course, the program meets requirements to produce qualified critical care nurses.

Optimization of the roles of Nursing Care Providers

This project aims at the best utilization of the nursing care providers in regional health authorities. The use, skills and skill mix of nursing service providers are reviewed on an ongoing basis to best utilize the nursing resources throughout the health care system.

Nurse Practitioner

An Education Subsidy Program benefited 61 student nurse practitioners who are employees in nursing in New Brunswick, by covering tuition and an allotment for books. At the end of March 2011, New Brunswick had 66 nurse practitioners practicing in various sectors of the provincial health care system, including: emergency rooms, community health centres, nursing homes, sexual health services, community mental health centres and other primary care settings. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some financial

Services de réadaptation et de pharmacie : Programme de formation clinique

Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie unique qui a été mise en place il y a plusieurs années pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation et des pharmaciens. Le programme sert à coordonner les stages cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à l'extérieur de la province à des programmes d'études en audiology, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie, en radiothérapie, ainsi qu'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 2010-2011, le ministère a coordonné près de 300 stages cliniques dans les régions régionales de la santé.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2010-2011, afin que les Néo-Brunswickois aient accès à des ressources infirmières compétentes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a continué à utiliser la Stratégie en matière de ressources infirmières :

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de mise à jour

Les infirmières immatriculées (II) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de recyclage exigé.

Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick

L'Université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et les régions 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 qui souhaitent travailler dans les unités de soins critiques, dont les services d'urgence. En 2010-2011, 56 infirmières ont bénéficié de ce programme. Le programme a été modifié et est maintenant offert sur 12 semaines au lieu de 17; de plus, un modèle d'approche mixte, qui inclut l'apprentissage en ligne, a été adopté. Bien qu'il ne s'agisse plus d'un cours universitaire à unités, le programme répond aux exigences de formation d'infirmières en soins critiques qualifiées.

Optimisation des rôles du personnel infirmier

Le projet a pour but de faire la meilleure utilisation possible du personnel infirmier dans les régions 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/infirmiers praticiens

Le Programme de subvention des études a permis à 61 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les frais de scolarité et prévoit un montant pour les livres. À la fin de mars 2011, le Nouveau-Brunswick comptait 66 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 services de santé sexuelle, les centres de santé mentale communautaires et d'autres établissements de soins primaires. Tant que le Nouveau-Brunswick

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.

Forgivable Loan Program for New Graduate Nurses

Established as a result of the collective agreement between the provincial government and the New Brunswick Nurses Union, relating to nurses employed under Part III of the New Brunswick Public Service, the objective of this program is to maintain nursing graduates within the provincial health care system, particularly in hard-to-recruit positions. The two regional health authorities identified hard-to-recruit-to positions and vacancies in both rural and urban settings. Candidates agree to a two-year return of service. Forty forgivable loans of \$10,000 each were granted in 2010-11.

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 Advanced Education and Training and is represented on various federal committees regarding foreign qualification recognition and labour related issues as it pertains to health professionals

Introducing the Practice of Midwifery to New Brunswick

The Lieutenant-Governor in Council proclaimed the *Midwifery Act* in August, 2010 introducing midwives as a new healthcare professional in New Brunswick. The department continues to support the work of the regulatory body, the Midwifery Council of New Brunswick, as it continues to develop policies and guidelines for midwifery practice in NB.

Physician Assistants

In 2010-11 Physician Assistants (PAs) were approved to be introduced into Emergency Departments. The Dr. Everett Chalmers Regional Hospital is the first hospital to have been approved for two PAs who were recruited and will start their employment in the DECH Emergency Room in summer of 2011.

ne sera pas doté d'un bassin suffisamment important d'infirmières praticiennes, une aide financière sera accordée aux médecins qui accepteront d'assurer la supervision des étudiantes à titre d'infirmières praticiennes en pratique clinique.

Planification de la main-d'œuvre infirmière

La mise en œuvre de stratégies et le suivi de celles-ci 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 est un moyen de s'assurer de connaître les tendances communes et de bénéficier de l'expérience des autres compétences et organismes partenaires.

Programme de prêts à remboursement conditionnel pour les diplômés en sciences infirmières

Créé à l'issue de l'entente collective entre le gouvernement provincial et le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, ayant trait aux infirmières et infirmiers employés dans le cadre de la Partie III des services publics du Nouveau-Brunswick, ce programme a pour but de garder les diplômés en sciences infirmières au sein du système de soins de santé provincial, surtout dans les postes difficiles à combler. Les deux régions régionales de la santé ont défini les postes et vacances difficiles à pourvoir dans les milieux ruraux et urbains. Les candidats acceptent un engagement de service de deux ans. Quarante prêts à remboursement conditionnel de 10 000 \$ chacun ont été octroyés en 2010-2011.

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 au financement du projet 2010-2015 de Santé Canada visant à améliorer la capacité des organismes de réglementation et des intervenants en santé à répondre aux besoins des professionnels de la santé formés à l'étranger qui souhaitent obtenir un permis d'exercer et trouver de l'emploi au Nouveau-Brunswick.

Le ministère de la Santé travaille en étroite collaboration avec des collègues du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et il est représenté au sein de divers comités fédéraux qui traitent de la reconnaissance des compétences étrangères et de questions liées au travail qui concernent les professionnels de la santé.

Intégration de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick

Le lieutenant-gouverneur en conseil a promulgué la *Loi sur les sages-femmes* au mois d'août 2010 afin d'intégrer les sages-femmes comme une nouvelle profession du domaine de la santé au Nouveau-Brunswick. Le ministère continue d'appuyer le travail de l'organisme de réglementation, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick, tout en poursuivant l'élaboration de politiques et de lignes directrices pour la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick.

Adjoints au médecin

En 2010-2011, l'intégration des adjoints aux médecins dans les salles d'urgence a été approuvée. L'Hôpital régional Dr-Everett-Chalmers est le premier hôpital à avoir reçu l'autorisation d'embaucher deux adjoints aux médecins, qui commenceront à travailler à la salle d'urgence de l'hôpital à l'été 2011.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2010-11, the province recruited 97 physicians. This target was consistent with recruitment rates in recent years. However the province also saw 72 physicians leave their practice this year. Therefore, a total of 25 net new physicians were added in the province in 2010-11, as shown the table below:

Stratégie des ressources médicales

Au cours de l'exercice financier 2010-2011, la province a recruté 97 médecins. Ce nombre correspond aux taux de recrutement des dernières années. Cependant, 72 médecins ont également cessé d'exercer cette année dans la province. Par conséquent, seulement 25 nouveaux médecins ont été recrutés dans la province en 2010-2011, comme le montre le tableau ci-après :

Net New Physicians¹ by physician type, fiscal years 2004-05 to 2009-10/

Nombre net de nouveaux médecins¹ par type de médecin, années financières 2004-2005 à 2009-2010

Physician Type/Type de médecin	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Family Physicians/Médecins de famille	17	22	26	24	26	16
Specialists/Spécialistes	17	7	31	28	27	9
All Physicians/Total de médecins	34	29	57	52	53	25

¹ Net new physicians are determined by calculating the difference between physicians who established a practice within the province during the fiscal year (INs) and physicians who have left or closed a practice during the fiscal year (OUTs). Net new = Total INs – Total OUTs/Le nombre net de nouveaux médecins est déterminé en calculant la différence entre les médecins qui ouvrent un cabinet dans la province pendant l'année financière et les médecins qui quittent la province ou ferment leur cabinet pendant l'exercice financier. Nombre net nouveaux = total des nouveaux venus - total de ceux qui ont quitté.

Other highlights in 2010-11 include:

- Nine family practitioners received the \$25,000 location grant, available to those who establish a practice within the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John.
- Thirty specialists received the \$40,000 location grant, available to specialists whose specialty has been designated as hard-to-recruit.
- Eight family practitioners who established a practice 40 km outside the cities of Moncton, Fredericton, or Saint John received a \$50,000 location grant
- Seven \$15,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.
- A total of seven Emergency Room recruitment bonuses of \$50,000 each were provided.
- A total of 34 bursaries were provided to 17 family medicine residents and 17 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.
- Sixteen 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 453 weeks paid to 90 first-year and second-year medical students who participated in the summer preceptorship program.

Voici d'autres faits saillants notés en 2010-2011 :

- Neuf médecins de famille ont reçu la subvention d'emplacement de 25 000 \$ accordée à ceux qui établissent leur cabinet dans les villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John.
- Trente spécialistes ont reçu la subvention d'emplacement de 40 000 \$ accordée aux spécialistes dont le domaine de spécialisation connaît des difficultés en matière de recrutement.
- Huit médecins de famille qui ont établi un cabinet à 40 km de distance des villes de Moncton, de Fredericton ou de Saint John ont reçu une subvention d'emplacement de 50 000 \$.
- Sept subventions d'affaires de 15 000 \$ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.
- Au total, on a octroyé sept primes de recrutement de 50 000 \$ en salle d'urgence.
- Trente-quatre bourses au total ont été accordées à 17 résidents en médecine familiale et à 17 résidents en spécialité. Un programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement, a également été mis en œuvre. Celui-ci permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse.
- Seize 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.
- On a accordé 453 semaines payées au total à 90 étudiants en première et en deuxième année de médecine qui ont participé au programme de préceptorat d'été.

Medical Education

Undergraduate Programs

The Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) in Moncton had its fifth intake of 24 students in September, 2010. In May, 2010, it celebrated its first cohort of medical graduates who have gone on to do their medical residency training. The event marked

Formation médicale

Programmes de premier cycle

Le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB), situé à Moncton, a admis un cinquième groupe de 24 étudiants en septembre 2010. En mai 2010, la première cohorte d'étudiants ont reçu leur diplôme et poursuivent maintenant leur formation de résidence en médecine. Il s'agit de la première fois dans l'histoire

the first time in the history of the province that New Brunswick medical students had graduated from a training program in their home province.

In September, 2010 Dalhousie Medicine New Brunswick officially opened its doors and welcomed its first intake of 30 students in Saint John. The students not only benefited from state-of-the-art facilities but also from a new medical education curriculum developed by the Dalhousie Faculty of Medicine.

Post Graduate Programs

Thirty three 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.

Planning, Pharmaceutical Services and Privacy Division

On January 24, 2011 this newly named division of the Department of Health was established. The functions of this division fall under the mandate of an assistant deputy minister responsible for strategic corporate activities.

The division is primarily responsible for overall health system governance planning, including the research and development of innovative concepts/projects leading to the long-term sustainability of the health care system. The division is also responsible for corporate strategic planning, policy development, legislative development, research and evaluation, federal/provincial relations, aboriginal health, statistical information and data gathering instruments, accountability tools, and operating and coordinating pharmaceutical policy, programs and services in the following areas: New Brunswick Prescription Drug Program; Prescription Monitoring Program; and Drug Information System. The division also includes the Corporate Privacy Office, which is responsible for implementing privacy and access legislation, ensuring an appropriate privacy framework is in place, and developing training and compliance measures.

The division is comprised of four branches: a) Health Planning, Policy and Legislation, b) Pharmaceutical Services, c) Corporate Privacy Office, and d) Accountability and Health Information Management.

Health Planning, Policy and Legislation

Health Planning Policy and Legislation (HPPL) serves as a support for all departmental divisions in developing the policies that shape programs and operations. The

de la province que des étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick obtiennent leur diplôme d'un programme de formation médicale dans leur province d'origine.

En septembre 2010, le programme de formation médicale de l'Université Dalhousie – Nouveau-Brunswick a officiellement été lancé et le premier groupe de 30 étudiants a été accueilli à Saint John. Les étudiants ont pu non seulement bénéficier d'installations à la fine pointe de la technologie, mais également d'un nouveau programme d'études en médecine élaboré par la faculté de médecine de l'Université Dalhousie.

Programmes de deuxième cycle

Trente-trois 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 (38) 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.

Division de la planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée

Le 24 janvier 2011, cette division nouvellement nommée du ministère de la Santé a été créée. Les fonctions de la division relèvent du mandat de la sous-ministre adjointe, qui est responsable des activités stratégiques ministérielles.

La division est principalement responsable de la planification globale de la gouvernance du système de santé, dont la recherche et le développement des concepts et des projets innovateurs menant à la viabilité à long terme du système de soins de santé. La division est aussi responsable de la planification stratégique ministérielle, de l'élaboration des politiques, de l'élaboration des lois, de la recherche et de l'évaluation, des relations fédérales et provinciales, de la santé des Autochtones, de l'information statistique et des instruments de collecte de données, des outils de reddition de comptes, et de la mise en application et de la coordination de politiques pharmaceutiques, de services et de programmes dans les domaines suivants : le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick, le Programme de surveillance pharmaceutique et le Système d'information sur les médicaments. La division comprend également le Bureau de la protection de la vie privée, qui est chargé de mettre en œuvre la législation relative à la protection de la vie privée et à l'accès à l'information, d'assurer la mise en place d'un cadre pertinent en matière de protection des renseignements personnels, et d'élaborer des mesures de formation et de conformité.

La division est formée de quatre directions : a) Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, b) Direction des services pharmaceutiques, c) Bureau de la protection de la vie privée et d) Direction de la responsabilisation et de la gestion de l'information sur la santé.

Planification des politiques et de la législation en matière de santé

La Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé agit en qualité de point d'appui pour toutes les divisions ministérielles dans l'élaboration des politiques qui

coordination and writing of the Strategic Plan is driven by the Health Planning, Policy and Legislation Branch, as is the development of all public health legislation. In addition, the branch is responsible for *Right to Information Act* requests and appointments to the various agencies, boards and commissions within the responsibility of the department. The branch acts for the Minister in respect of her legislative oversight of private health profession legislation. Finally, the branch is also the department's lead for federal/provincial/territorial relations, as well as Aboriginal Health.

With the support of the Health Planning, Policy and Legislation Branch, the following Public Acts under the responsibility of the Department of Health were introduced or passed in the 2010-11 fiscal year:

Fourth Session of the 56th Legislature:

- Bill 26, *An Act to Amend the Medical Services Payment Act* to repeal portions of the Act received Royal Assent on April 16, 2010.
- Bill 56, *An Act to Amend the Medical Services Payment Act*, was introduced on April 7, 2010 and received Royal Assent on April 16, 2010.
- Bill 58, *An Act Respecting Health Services and Language*, was introduced on April 8, 2010 and received Royal Assent on April 16, 2010.

In 2010-11, the Department of Health's corporate strategic plan "Our Way Forward" continued to inform the department's approach to its work. All actions scheduled for completion in the first year were accomplished, and the plan's key priorities became increasingly woven into the approach to the department's ongoing businesses.

As departmental lead for the Aboriginal Health File, Health Policy and Planning continued to work with NB's First Nation communities, Aboriginal organizations, Regional Health Authorities, departmental branches and the federal government to address and seek ways to better adapt and integrate provincial and federally funded health services and programs for NB's Aboriginal population.

New Brunswick assumed the lead for the Atlantic table of health ministers, and respective work for senior officials. This involved coordinating the development and approval of materials requested by Atlantic premiers, including the finalization of an Atlantic agreement on coronary arterial bypass graft surgery. The Health Planning, Policy and Legislation branch also initiated work preparing for the renegotiation of Federal fiscal transfers following 2014, collaborating as appropriate with other GNB departments and Provincial/Territorial jurisdictions.

The branch is the departmental lead in respect of the *Public Interest Disclosure Act* and is responsible for the management of disclosures made pursuant to that legislation.

donnent forme aux programmes et aux activités. La coordination et la rédaction du plan stratégique sont pilotées par la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé, tout comme l'élaboration de la législation en matière de santé publique. En outre, la direction est responsable des requêtes relatives à la *Loi sur le droit à l'information* et des nominations aux différents conseils et aux différentes commissions et agences relevant du ministère. Elle agit aussi pour le compte de la ministre en ce qui concerne la surveillance de la législation régissant les professions du domaine de la santé privée. Finalement, la direction est aussi le fer de lance du ministère pour les relations fédérales, provinciales et territoriales ainsi que pour la santé des Autochtones.

Avec le 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 au cours de l'exercice financier 2010-2011.

Quatrième session de la 56e Législature :

- Le projet de loi no 26, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, visant l'abrogation de certaines sections de la Loi, a reçu la sanction royale le 16 avril 2010.
- Le projet de loi no 56, *Loi modifiant la Loi sur le paiement des services médicaux*, a été présenté le 7 avril 2010 et a reçu la sanction royale le 16 avril 2010.
- Le projet de loi no 58, *Loi relative à la langue et aux services de santé*, a été présenté le 8 avril 2010 et a reçu la sanction royale le 16 avril 2010.

En 2010-2011, le plan stratégique du ministère de la Santé, intitulé « Vers l'avant », a continué d'influencer l'approche de travail du ministère. Toutes les mesures prévues dans la première année ont été accomplies et les priorités clés du plan ont été de plus en plus incorporées à l'approche concernant les affaires courantes du ministère.

En tant que responsable ministériel du dossier de la santé des Autochtones, la Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé a continué à travailler avec les communautés de Premières Nations du Nouveau-Brunswick, les organisations autochtones, les régies régionales de la santé, les directions ministérielles et le gouvernement fédéral afin de trouver et d'étudier des façons de mieux intégrer et adapter les services et programmes de santé financés par les gouvernements provincial et fédéral, destinés à la population autochtone du Nouveau-Brunswick.

Le Nouveau-Brunswick a assumé la responsabilité de la table atlantique des ministres de la Santé et le travail respectif des hauts fonctionnaires. Il s'agissait notamment de coordonner l'élaboration et l'approbation des documents demandés par les premiers ministres des provinces atlantiques, dont la finalisation d'une entente entre les provinces atlantiques sur le pontage aortocoronarien par greffe isolé. La Direction de la planification des politiques et de la législation en matière de santé a aussi entrepris le travail de préparation pour la renegotiation des transferts financiers fédéraux après 2014, en collaboration, comme il se devait, avec les autres ministères du gouvernement du Nouveau-Brunswick et les gouvernements provinciaux et territoriaux.

La Direction est le chef de file ministériel pour ce qui est de la *Loi sur les divulgations faites dans l'intérêt public* et elle est chargée de la gestion des divulgations réalisées en accord avec la Loi.

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; Prescription Monitoring Program; and Drug Information System (see Information Technology Services)

New Brunswick Prescription Drug Program

The mission of the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) is to maintain and improve the health of New Brunswickers by promoting optimal drug therapy and by developing and managing programs for eligible residents which provide assistance with the cost of drugs.

Prescription drug coverage is provided to the following beneficiary groups:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Social Development who hold a health card for prescription drug coverage. They include:
 - recipients of financial assistance
 - individuals eligible for a health card only
 - adults living in a residential facility
 - children in care of the Minister of Social Development
4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
 - cystic fibrosis
 - human growth hormone deficiency
 - multiple sclerosis
 - organ transplant recipients
 - HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and drug benefits may be found on the NBPDP website at www.gnb.ca/health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the national Common Drug Review (CDR); the Atlantic Common Drug Review, which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate; and the interim Joint Oncology Drug Review (JODR). Drugs eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

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 Plan de surveillance pharmaceutique et le Système d'information sur les médicaments (voir la section Services de technologie de l'information.)

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. Les résidents des foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère du Développement social qui détiennent une carte d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance, notamment :
 - les bénéficiaires d'aide financière;
 - les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
 - les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
 - les enfants pris en charge par le ministre du Développement social.
4. Les personnes inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et jugées admissibles aux prestations du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qui :
 - sont atteintes de fibrose kystique;
 - souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
 - souffrent de sclérose en plaques;
 - reçoivent une greffe d'organe;
 - sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité au programme et les prestations du plan est affichée sur la page du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick du site Web du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : www.gnb.ca/santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité font l'objet d'un examen standard. Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick reçoit la liste des recommandations formulées par le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) national, le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Atlantique, qui examine les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du Programme commun d'évaluation des médicaments national, et le Programme commun d'évaluation des médicaments anticancéreux. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

During 2010-11, the NBPDP incurred expenses of \$188.6 million, of which \$182.7 million (96.9 per cent) were drug costs and \$5.9 million (3.1 per cent) were administrative costs.

En 2010-2011, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 188,6 millions de dollars, dont 182,7 millions (96,9 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 5,9 millions de dollars (3,1 pour cent), les frais administratifs.

NBPDP Data/Données du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick			
	2008-09	2009-10	2010-11
Total program expenditures/ Dépenses du programme	\$161.9M	\$177.3M	\$188.6M
Total number of claims (prescriptions)/ Nombre total de réclamations (ordonnances)	3.2M	3.6M	4.0M
Total number of active beneficiaries ¹ / Nombre de bénéficiaires actifs ¹	95,150	96,530	99,270
Average number of claims per beneficiary/ Nombre moyen de réclamations par bénéficiaire	33.7	37.4	40.3
Average paid per beneficiary/ Moyenne payée par bénéficiaire	\$1,651	\$1,789	\$1,841
Average paid per claim/ Moyenne payée par réclamation	\$49.05	\$47.84	\$45.68

¹ An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de référence.

Medication Review Program (NB PharmaCheck™)

A medication review program called NB PharmaCheck™ was developed by the Department of Health in collaboration with the NB Pharmacists' Association and the Canadian Pharmacists Association. This service provides an opportunity for pharmacists to interact one-on-one with patients to help them get the most benefit from their medication.

The objectives of the program are to:

- Improve a patient's knowledge of and adherence with their medications
- Enhance the potential benefits associated with a patient's medications
- Reduce the potential risks associated with a patient's medications

The NB PharmaCheck™ pilot project ran for six months from February to July, 2010 and was extended to December, 2010. For the pilot, New Brunswick Prescription Drug Program beneficiaries who were 65 years of age and older and taking three or more chronic medications were eligible to receive a medication review. As of December, 2010, 627 medication check-ups had been done at 51 pharmacies. The results of the pilot project will be assessed to determine the future direction of NB PharmaCheck™.

Programme d'examen des médicaments (programme PharmaConsulte NBMC)

Un programme d'examen des médicaments appelé PharmaConsulte NB^{MC} a été mis au point par le ministère de la Santé en collaboration avec l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick et l'Association des pharmaciens du Canada. Ce service donne aux pharmaciens la possibilité de communiquer de façon individuelle avec les patients pour les aider à profiter au maximum de leurs médicaments.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- améliorer les connaissances et le respect du patient à l'égard de ses médicaments;
- améliorer les avantages potentiels liés aux médicaments d'un patient;
- réduire les risques potentiels liés aux médicaments d'un patient.

Le projet pilote PharmaConsulte NB^{MC} s'est échelonné sur six mois, de février à juillet 2010, puis a été prolongé jusqu'en décembre 2010. Pour le projet pilote, les bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qui étaient âgés de 65 ans ou plus et qui prenaient trois médicaments chroniques ou plus étaient admissibles à un examen de leurs médicaments. Depuis décembre 2010, 627 examens de médicaments ont été effectués dans 51 pharmacies. Les résultats du projet pilote seront évalués afin de déterminer l'orientation future de PharmaConsulte NB^{MC}.

Prescription Monitoring Program

The Prescription Monitoring Program (PMP) will be a component of the Drug Information System (DIS). Development of the Regulations and operational aspects such as the development of policies, procedures, outcome measures and reporting is ongoing.

The PMP will provide information to assist in patient care decision-making, promote optimal prescribing and utilization of monitored drugs, assist in the early identification of patients at risk for addiction, and reduce the abuse and misuse of monitored drugs. The Program will initially focus on narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Pharmacists and prescribers will be able to view a patient's history of narcotics and controlled drugs in real-time prior to prescribing and dispensing a prescription for a monitored drug.

Corporate Privacy Office (CP Office)

The Corporate Privacy Office (CPOffice) was established in the fall of 2008 to oversee the department's management of personal information and personal health information as governed by the *Right to Information and Protection of Privacy Act* (RTIPPA) and the *Personal Health Information Privacy and Access Act* (PHIPAA), both of which were proclaimed into law September 1, 2010.

The CP Office works cooperatively with key health partners under the guise of the Chief Privacy Officers' Working Group to support a consistent approach to the protection of privacy in New Brunswick. The Chief Privacy Officers' Working Group is comprised of the Chief Privacy Officers from the Department, the two Regional Health Authorities, FacilicorpNB Inc and Ambulance NB.

The CPOffice reports to the Assistant Deputy Minister of Planning, Pharmaceutical Services and Privacy, and provides departmental oversight for compliance with privacy legislation. In 2010-11, key accomplishments include:

- Supporting the proclamation of PHIPAA and the associated regulation;
- Delivering information sessions to help departmental staff to understand their roles and responsibilities under PHIPAA;
- Implementing seven departmental privacy policies;
- Launching an on-line training module General PHIPAA Training;
- Publishing a tool-kit to help entities governed by the legislation to understand their obligations, as well as general information for the public;
- Undertaking a comprehensive Privacy Gap Analysis by an external consultant;

Programme de surveillance pharmaceutique du Nouveau-Brunswick

Le Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) sera une composante du Système d'information sur les médicaments (SIM). L'élaboration du règlement et des aspects opérationnels tels que l'élaboration de politiques, de procédures, de mesures des résultats, ainsi que de rapports, est en cours.

Le Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) fournira des renseignements pour guider la prise de décisions en matière de soins aux patients, favoriser la prescription optimale et l'utilisation de médicaments surveillés, permettre la désignation précoce de patients qui risquent de développer une assuétude et réduire la consommation abusive et le mauvais usage de médicaments surveillés. Au départ, ce programme sera axé sur l'utilisation de stupéfiants et de médicaments réglementés dispensés par les pharmacies communautaires. Les pharmaciens et les médecins prescripteurs pourront consulter l'historique du patient en matière de consommation de narcotiques et de médicaments réglementés en temps réel avant de prescrire et d'exécuter une ordonnance pour un médicament surveillé.

Bureau de la protection de la vie privée

Le Bureau de la protection de la vie privée a été établi à l'automne 2008 pour superviser la gestion des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé du ministère tels qu'ils sont régis par la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, promulguées le 1^{er} septembre 2010.

Le Bureau de la protection de la vie privée travaille en collaboration avec des partenaires clés du domaine de la santé sous la forme du groupe de travail du chef de la protection de la vie privée afin d'adopter une approche cohérente à la protection de la vie privée au Nouveau-Brunswick. Le groupe de travail du chef de la protection de la vie privée est constitué du chef de la protection de la vie privée du ministère, des deux régies régionales de la santé, de FacilicorpNB et d'Ambulance Nouveau-Brunswick.

Le Bureau de la protection de la vie privée relève du sous-ministre adjoint de la Planification, des services pharmaceutiques et de la protection de la vie privée, et s'assure de la conformité du ministère avec la législation relative à la protection de la vie privée. Voici les principales réalisations du Bureau de la protection de la vie privée pour 2010-2011 :

- Soutien à la promulgation de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et au règlement pertinent.
- Séances d'information pour aider les membres du personnel du ministère à comprendre leurs rôles et responsabilités aux termes de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.
- Mise en œuvre de sept politiques ministérielles en matière de protection de la vie privée.
- Lancement d'un module de formation en ligne intitulé Formation générale sur la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.
- Publication d'une trousse d'outils pour aider les entités régies par la législation à comprendre leurs obligations et publication de renseignements généraux destinés au public.
- Réalisation d'une analyse approfondie des lacunes en matière de protection de la vie privée par un consultant externe.

- Responding to internal and external inquiries about the new legislation and the requirements created for custodians;
- Investigating Departmental privacy breaches;
- Reviewing and approval of Privacy Impact Assessments; and
- Participating in federal-provincial activities to establish common understandings and best practices in the area of privacy in general and especially in relation electronic health records.

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 2010-11 included:

- Coordination and leadership of data quality improvement activities for corporate information holdings associated with hospital services, public health, mental health and addictions, and extra mural services.
- Development and pilot testing of methods for utilizing regional laboratory data to construct a provincial diabetes registry.
- Health research capacity development through liaison with Provincial and National health researchers as well as support of the New Brunswick Health Research Foundation.
- Implementation of a new workload measurement system for hospitals; including introduction of new decision support tools.
- Ongoing development of data resources to support legal action to recover tobacco related health care costs.
- Development of evaluation frameworks for major departmental initiatives including the Physician Assistant pilot project.
- Provision of information, analysis and expert advice to the New Brunswick Health Council.

- Réponses aux demandes de renseignements internes et externes au sujet de la nouvelle loi et des exigences établies pour les dépositaires.
- Enquête sur les atteintes à la vie privée au sein du ministère.
- Examen et approbation des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée.
- Participation à des activités fédérales-provinciales afin que tous comprennent bien les notions de protection de la vie privée, particulièrement les dossiers électroniques de santé, et afin d'établir les meilleures pratiques à cet égard.

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 2010-2011 :

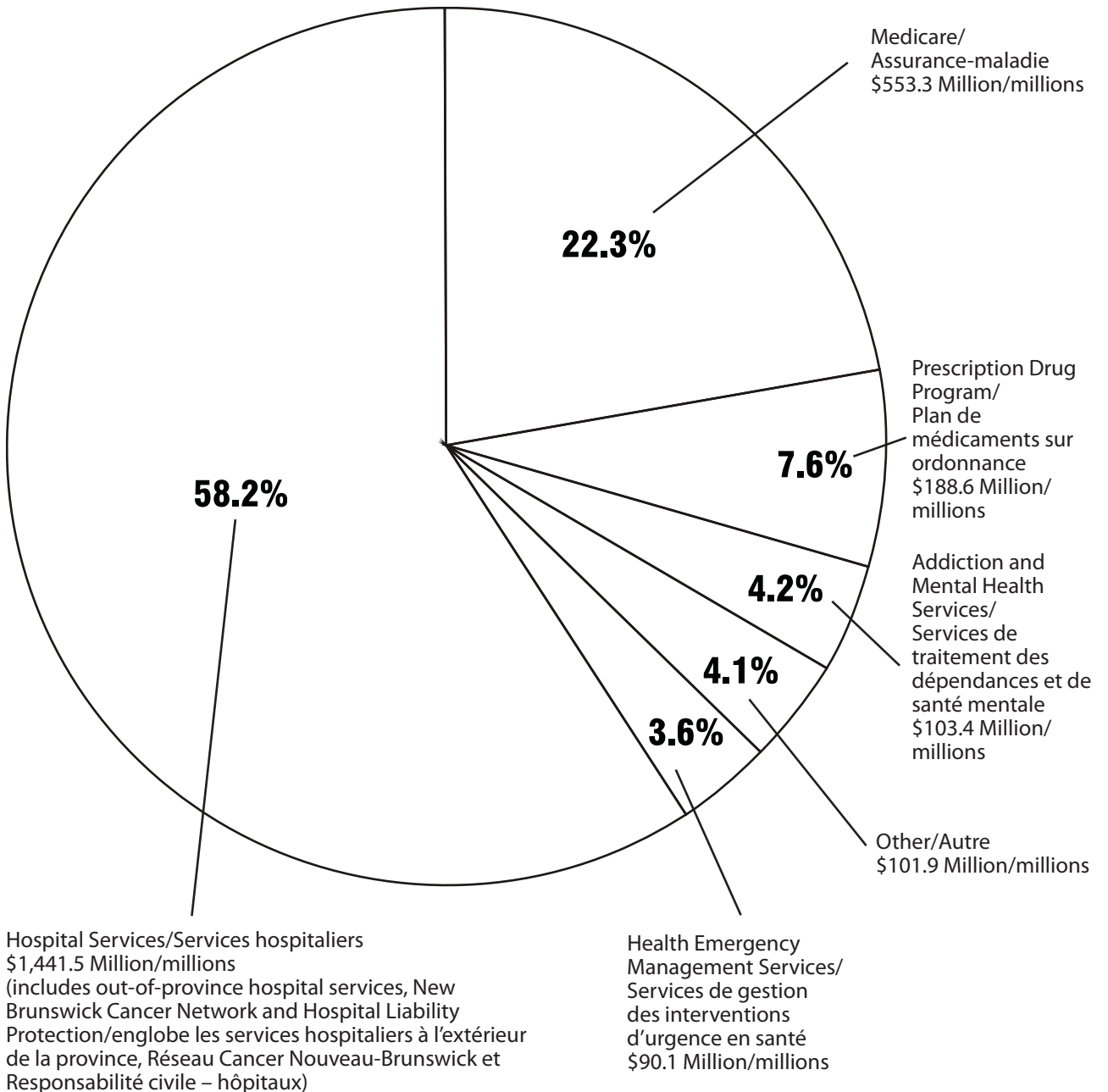
- Coordination et leadership en matière d'activités d'amélioration de la qualité des données pour la base de données du système d'information de gestion associé aux services hospitaliers, à la santé publique, à la santé mentale et aux dépendances ainsi qu'aux services extra-muraux.
- Élaboration de méthodes d'utilisation des données de laboratoire régionales en vue de mettre en place un registre provincial de données sur le diabète et projet pilote de ces méthodes.
- Instauration d'une capacité de recherche en santé par l'établissement de liens avec des chercheurs dans le domaine de la santé à l'échelle provinciale et nationale, et soutien de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick.
- Mise en œuvre d'un nouveau système de mesure de la charge de travail pour les hôpitaux, notamment l'introduction de nouveaux outils d'aide à la décision.
- Perfectionnement continu des ressources en données pour soutenir les actions en justice visant à récupérer les coûts en soins de santé liés au tabagisme.
- Élaboration de cadres d'évaluation pour les initiatives majeures du ministère, y compris le projet pilote des adjoints aux médecins.
- Mise à disposition d'information, d'analyses et d'avis d'experts pour le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Financial Overview

Actual Expenditures
\$2,478.9 Million
2010-11

Aperçu financier

Dépenses réelles
2 478,9 millions \$
2010-2011



Financial Overview 2010-11

(000's)

Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Corporate and Other Health Services						
Administration and Financial Services	9,523.0	(374.2)	9,148.8	9,263.9	(115.1)	
Information Technology	5,492.0	-	5,492.0	5,027.2	464.8	
Planning and Health Human Resources	6,472.0	-	6,472.0	7,272.6	(800.6)	1
Medical Education Program Services	7,764.0	-	7,764.0	7,988.3	(224.3)	
Out of Province Hospital Payments	62,032.0	-	62,032.0	56,896.7	5,135.3	2
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.1	(0.1)	
Public Health Program Services	22,762.0	-	22,762.0	22,579.9	182.1	
Health Services Liability Protection Plan	1,000.0	-	1,000.0	2,670.1	(1,670.1)	3
Hospital Program Services	35,627.0	-	35,627.0	40,422.5	(4,795.5)	4
New Brunswick Cancer Network	2,540.0	-	2,540.0	2,474.4	65.6	
Health Emergency Management Services	91,360.0	-	91,360.0	90,175.1	1,184.9	5
Addiction Program Services	1,701.0	-	1,701.0	1,964.5	(263.5)	
Mental Health Program Services	6,544.0	-	6,544.0	5,032.5	1,511.5	6
E-Health	19,236.0	-	19,236.0	16,704.9	2,531.1	7
Medicare	534,349.0	25,000.0	559,349.0	553,249.7	6,099.3	8
Prescription Drug Program	178,894.0	14,000.0	192,894.0	188,641.2	4,252.8	9
Regional Health Authorities						
Medical Education	11,008.0	-	11,008.0	10,560.8	447.2	
Public Health Services	21,454.0	1.6	21,455.6	21,691.2	(235.6)	
Hospital Services	1,341,346.0	894.3	1,342,240.3	1,339,030.5	3,209.8	10
Addiction Services	17,811.0	28.5	17,839.5	17,700.4	139.1	
Mental Health Services	77,696.0	38.8	77,734.8	78,718.9	(984.1)	11
Department Total Ordinary	2,455,486.0	39,589.0	2,495,075.0	2,478,940.5	16,134.5	
Capital	10,000.0	-	10,000.0	10,000.0	-	
Revenue						
Interest & Investment Income	115.0	-	115.0	169.5	54.5	
General	26,487.0	-	26,487.0	29,992.4	3,505.4	12
Miscellaneous	60.0	-	60.0	842.1	782.1	13
Conditional Grants	11,254.0	-	11,254.0	9,792.6	(1,461.4)	14
Department Total Revenue	37,916.0	-	37,916.0	40,796.6	2,880.6	

Aperçu financier 2010-2011

(000)

Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services ministériels et autres services de santé						
Administration et services financiers	9 523,0	(374,2)	9 148,8	9 263,9	(115,1)	
Technologie de l'information	5 492,0	-	5 492,0	5 027,2	464,8	
Planification et ressources humaines en santé	6 472,0	-	6 472,0	7 272,6	(800,6)	1
Services des programmes de formation médicale	7 764,0	-	7 764,0	7 988,3	(224,3)	
Règlement des services hospitaliers hors-province	62 032,0	-	62 032,0	56 896,7	5 135,3	2
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,1	(0,1)	
Services des programmes de santé publique	22 762,0	-	22 762,0	22 579,9	182,1	
Plan de protection de la responsabilité - services de santé	1 000,0	-	1 000,0	2 670,1	(1 670,1)	3
Services des programmes hospitaliers	35 627,0	-	35 627,0	40 422,5	(4 795,5)	4
Réseau Cancer Nouveau-Brunswick	2 540,0	-	2 540,0	2 474,4	65,6	
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	91 360,0	-	91 360,0	90 175,1	1 184,9	5
Services du programme de traitement des dépendances	1 701,0	-	1 701,0	1 964,5	(263,5)	
Services des programmes en santé mentale	6 544,0	-	6 544,0	5 032,5	1 511,5	6
Cybersanté	19 236,0	-	19 236,0	16 704,9	2 531,1	7
Assurance-maladie	534 349,0	25 000,0	559 349,0	553 249,7	6 099,3	8
Plan de médicaments sur ordonnance	178 894,0	14 000,0	192 894,0	188 641,2	4 252,8	9
Régies régionales de la santé						
Formation médicale	11 008,0	-	11 008,0	10 560,8	447,2	
Services de santé publique	21 454,0	1,6	21 455,6	21 691,2	(235,6)	
Services hospitaliers	1 341 346,0	894,3	1 342 240,3	1 339 030,5	3 209,8	10
Services de traitement des dépendances	17 811,0	28,5	17 839,5	17 700,4	139,1	
Services de santé mentale	77 696,0	38,8	77 734,8	78 718,9	(984,1)	11
Total du compte ordinaire du ministère	2 455 486,0	39 589,0	2 495 075,0	2 478 940,5	16 134,5	
Compte de capital	10 000,0	-	10 000,0	10 000,0	-	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	115,0	-	115,0	169,5	54,5	
Recettes générales	26 487,0	-	26 487,0	29 992,4	3 505,4	12
Recettes diverses	60,0	-	60,0	842,1	782,1	13
Subventions conditionnelles	11 254,0	-	11 254,0	9 792,6	(1 461,4)	14
Recettes totales du ministère	37 916,0	-	37 916,0	40 796,6	2 880,6	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2010-2011

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2010-11:

1. The over-expenditure in Planning & Health Human Resources was due to spending in Nurses Recruitment, Allied Health and Aboriginal Health Programs, which was partially offset by Federal revenue.
2. The under-expenditure in Out of Province Hospital Payments was due to lower than budgeted expenditures for in-patient services for New Brunswick residents in other provinces.
3. The over-expenditure in Health Services Liability Protection Plain was due to the actuarial estimate of outstanding claims being higher than budgeted.
4. The over-expenditure in Hospital Program Services was mainly due to increased usage of blood products.
5. The under-expenditure in Health Emergency Management Services was the result of vacancies and one-time savings in the program.
6. The under-expenditure in Mental Health Program Services was mainly due to delayed implementation of the Not Criminally Responsible - Youth initiative and various one-time savings in central office.
7. The under-expenditure in E-Health was due to savings associated with the one per cent reduction initiative.
8. The under-expenditure in Medicare was mainly due to lower than expected Fee for Service payments.
9. The under-expenditure in the Prescription Drug Program was mainly due to lower than budgeted growth in volume of claims and beneficiaries.
10. The under-expenditure in Regional Health Authorities – Hospital Services was due to lower than anticipated expenditures within the Regional Health Authorities, part of which was due to the savings achieved following the one per cent reduction initiative.
11. The over-expenditure in Regional Health Authorities – Mental Health Services was offset by a surplus in the Mental Health Program Services component.
12. General revenues were higher than budgeted mainly due to a higher than anticipated Auto Levy recovery.
13. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.
14. Conditional Grants were lower than budgeted mainly due to lower than anticipated recoveries from Canada Health Infoway for E-Health related projects.

APERÇU FINANCIER EXERCICE 2010-2011

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2010-2011 sont expliqués ci-dessous :

1. Le dépassement de crédit au poste de la « planification et des ressources humaines en santé » est attribuable aux dépenses liées aux programmes de recrutement d'infirmières, de professionnels de la santé complémentaires et parallèles et de santé des Autochtones, qui a été en partie compensé par la contribution du gouvernement fédéral.
2. La sous-utilisation du crédit au poste des « paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province » est attribuable à des dépenses inférieures à celles prévues au budget pour les services aux patients destinés aux résidents néo-brunswickois dans d'autres provinces.
3. Le dépassement de crédit au poste du « plan de protection contre la responsabilité à l'égard des services de santé » est attribuable aux calculs actuariels pour les réclamations non réglées qui sont supérieurs aux calculs prévus au budget.
4. Le dépassement de crédit au poste des « services des programmes hospitaliers » est principalement attribuable à une hausse de l'utilisation des produits sanguins.
5. La sous-utilisation du crédit au poste des « services de gestion des interventions d'urgence » est la conséquence de postes vacants et d'économies ponctuelles dans le programme.
6. La sous-utilisation du crédit au poste des « services du programme de santé mentale » est principalement due au retard dans la mise en œuvre de l'initiative de « non-responsabilité criminelle des adolescents » et de différentes économies ponctuelles au bureau central.
7. La sous-utilisation du crédit au poste de la « cybersanté » est attribuable aux économies réalisées en raison de l'initiative de réduction d'un pour cent.
8. La sous-utilisation du crédit au poste de « l'Assurance-maladie » est principalement due à des paiements à l'acte inférieurs à ce qui était prévu.
9. La sous-utilisation du crédit au poste du « Plan de médicaments sur ordonnance » est principalement attribuable à la croissance plus faible que ce qui était prévu au budget du volume de réclamations et de bénéficiaires.
10. La sous-utilisation du crédit au poste des « régies régionales de la santé – services hospitaliers » est attribuable à des dépenses plus faibles que ce qui était prévu au sein des régies régionales de la santé, situation qui est en partie due aux économies réalisées à la suite du lancement de l'initiative de réduction d'un pour cent.
11. Le dépassement de crédit au poste des « régies régionales de la santé – services de santé mentale » est compensé par un surplus dans la composante « services du programme de santé mentale ».
12. Les recettes générales sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison d'une augmentation du recouvrement automatique des contributions par rapport à ce qui était prévu.
13. Les recettes diverses sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.
14. Les subventions remboursables sous condition sont moins élevées que celles prévues au budget, principalement en raison des recouvrements anticipés d'Inforoute de Santé Canada pour les projets de cybersanté.