



**Comprendre les coûts et la capacité
de prestation des services de soins
de santé au
Nouveau-Brunswick :**

**le lien entre les soins de santé et la
viabilité**

Mai 2010

www.nbhc.ca // www.csnb.ca



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

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

Pour plus d'informations:

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

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

Téléphone: 1.877.225.2521

1.506.869.6870

Télexcopieur: 1.506.869.6282

www.csnb.ca

Comment citer ce document:

*Comprendre les coûts et la capacité de prestation des services de soins de santé au Nouveau-Brunswick :
le lien entre les soins de santé et la viabilité (CSNB 2010)*

This publication is available in English under the title:

*Understanding New Brunswick's Health Care Costs and Capacity to Deliver Health Care: Relationship
Between Health Care and Sustainability*

Table des matières

Introduction	4
Que voulons-nous rendre viable ?	6
Qu'avons-nous appris sur la viabilité ?	7
Coûts associés à la prestation de tous les programmes et services	8
Notre capacité de prestation des soins... comment nous com- parons-nous au niveau national?	16
Pressions sur le système dont il faut tenir compte lors de la planification future	22
Conclusion	26

Introduction

Un bon point de départ pour comprendre la viabilité est de bien saisir le lien étroit entre les soins de santé et la viabilité.

Simplement, cela veut dire que la manière dont une population humaine vit n'empêchera pas les générations futures d'avoir les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins.

En 2008, un groupe de discussion national a publié le rapport « *Viabilité du système de santé publique : Que signifie ce terme?* » en attirant l'attention sur le fait que la viabilité était tellement importante dans les soins de santé que cela a mené à un élargissement du concept pour inclure d'autres éléments que les préoccupations financières¹. La viabilité renfermerait des idéaux dont

- l'équité
- le choix
- les soins prodigués avec compassion
- la confiance
- la qualité

Ces idéaux ont souvent des dimensions économiques, sociales et politiques. Donc, la définition et la mesure de la viabilité impliquent une certaine spécificité sur sa portée. Lorsque la portée est trop large, le concept est difficile à comprendre et à mesurer. En même temps, restreindre la portée uniquement sur les dépenses ne répond pas à toutes les inquiétudes manifestées par rapport à la viabilité.

La viabilité, selon une définition récente du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick est

“consiste à faire des choix raisonnables et éclairés pour offrir des soins de santé abordables et équitables de la meilleure qualité possible aujourd'hui et dans l'avenir”

Les quatre éléments ou principes directeurs qui guident la prise de décisions sont:

“La viabilité est axée sur les citoyens, et met l'accent sur les résultats liés à la santé par la prestation de services de qualité et opportuns qui sont efficaces et abordables.”²

Cette définition est importante puisque l'un des axes stratégiques du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est de « *mesurer, surveiller et évaluer la viabilité des services de soins de santé* » au Nouveau-Brunswick. Une partie du travail du CSNB consiste à examiner les quatre éléments qui guident la prise de décisions du ministère de la Santé. Les quatre éléments ou principes directeurs du système sont:

1. est axé sur les besoins des citoyens et des citoyennes;
2. assure des résultats optimaux en matière de santé;
3. fournit des services de qualité en temps opportun;
4. est efficace à prix abordable.

Pour y arriver, le CSNB doit obtenir un portrait clair de chacune des composantes avant de commenter ou faire des recommandations sur la viabilité.

- Il a donc été décidé de commencer par **mesurer l'état de la santé** en établissant un portrait de la santé de la population.

- Par la suite, nous avons publié une fiche de rendement du système de santé qui constitue une **mesure** de base **de la qualité des services de soins de santé** offerts au Nouveau-Brunswick.

- La composante axée sur le citoyen sera évaluée dans notre rapport sur l'expérience vécue dans les hôpitaux aux soins aigus (**satisfaction du patient**) et notre **initiative sur l'engagement du citoyen** (en cours actuellement).

Ce rapport vise à **mesurer les coûts** des programmes et services **et la capacité de prestation des soins de santé** au Nouveau-Brunswick par rapport au reste du Canada. Le rapport se penche également sur les générateurs de coûts et les demandes actuelles et futures du système de santé au Nouveau-Brunswick.



Que voulons-nous rendre viable ?

Les nouveaux modèles de viabilité reconnaissent l'importance d'assurer la viabilité de l'état de la santé et non seulement la viabilité du système de santé ou d'une organisation. Ces modèles sont systémiques : ils comprennent tous les éléments qui contribuent à la viabilité et toutes les questions liées aux ressources et à la demande. Ils tiennent compte également du fait que le contexte socioéconomique d'un système de santé a des incidences potentiellement significatives sur le genre et le degré de programmes, services et de résultats par rapport à la viabilité³.

L'*environnement socioéconomique* est constitué d'une série de facteurs contextuels qui contribuent à la viabilité et qui doivent être considérés lors de la conception, la mise en œuvre et les mesures de performance d'un système de santé. Le niveau de développement économique d'une province et les ressources correspondantes disponibles sont des facteurs initiaux lorsqu'il faut préciser des niveaux de viabilité pouvant être atteints de façon réaliste sur une période de temps donnée. De la même manière, une province dont la population est essentiellement rurale et dispersée devra relever plus de défis de viabilité qu'une province plus urbanisée.

Le système de soins de santé au Canada n'a pas de moyens suffisants à sa disposition qui lui permettent d'établir la différence entre les désirs et les besoins. Des décisions devront être prises sur les choix possibles et les limites existantes. Lorsque des décisions difficiles s'imposeront, les preneurs de décisions et le public devront avoir confiance qu'elles ont été prises de façon équitable.

La *Loi canadienne sur la santé* reconnaît que tous les soins possibles en santé ne sont pas couverts par les services publics de santé. La loi définit les soins d'hôpitaux et les soins prodigués par les médecins qui sont « *médicalement nécessaires* » comme les services assurés par le régime public⁴. Conséquemment, les provinces ont dû relever le défi de définir précisément quels soins étaient médicalement nécessaires tout en refrénant l'augmentation du coût des soins de santé. Les provinces sont laissées pour compte dans la décision de quels services elles peuvent convenablement enlever du régime provincial de santé. Les soins dentaires généraux, la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins oculaires et les soins chiropratiques sont des exemples de services qui ne sont souvent pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie. Comment déterminer ce qui est assuré par le régime public et ce qui ne l'est pas ?

Cette décision remonte dans l'histoire au moment où le financement public en santé au Canada ciblait principalement les services et les soins hospitaliers et les services et les soins assurés par les médecins. Aujourd'hui, les provinces ont choisi de financer les soins à domicile, les médicaments et les soins de longue durée. De plus, d'autres professionnels de la santé jouent maintenant un rôle plus important que prévu. Il est évident que les choix portant sur les types de soins couverts par l'assurance maladie et ceux relevant du privé ont été déterminés par défaut sans analyse raisonnée.

Ainsi, le concept du contexte financier réel de la viabilité des soins de santé doit être perçu de deux manières : **du point de vue financier (les coûts)** et **clinique (les programmes et services)**.

Qu'avons-nous appris sur la viabilité ?

Souvent, la viabilité est à la merci du public et des politiciens. Voici quelques exemples de décisions qui peuvent avoir des incidences sur la viabilité :

- Lorsque le gouvernement prend des décisions pour réduire les taxes et les dépenses dans les secteurs autres que la santé, cela peut avoir un impact sur la taille des budgets. Lorsque les dépenses de soins de santé sont constantes ou augmentent au cours des années, des budgets réduits peuvent avoir un impact énorme sur la proportion des budgets gouvernementaux consommée par les soins de santé⁵.
- Il existe de nombreuses solutions pour améliorer la qualité et l'efficacité du système, mais elles ne sont pas systématiquement appliquées.
- La prestation des soins de santé repose principalement sur les hôpitaux, alors que le système devrait s'appuyer sur les soins préventifs et les soins primaires pour réduire les dépenses de soins de santé globale⁶.
- La participation des intervenants de soins de santé est essentielle dans la création de changement durable.
- Avant de procéder à de nouveaux investissements, l'argent actuellement alloué au système pourrait être utilisé différemment (par exemple pour réduire les gaspillages et pour mieux intégrer les services). Il faut à la fois une volonté et un engagement pour apporter ces changements fondamentaux à l'organisation et à la prestation des soins de santé. Il serait bon aussi d'intégrer les innovations et les idées des autres secteurs.
- Des budgets pluriannuels pourraient contribuer à renforcer l'efficacité et à promouvoir l'innovation, les changements organisationnels et les économies pour la planification à long terme. Les financements fixés sur une seule année ne permettent pas la souplesse voulue pour atteindre et soutenir des visions à long terme.
- Les ressources humaines doivent être mieux employées et déployées. Pour tirer parti de cette possibilité, nous devons permettre aux professionnels de la santé d'exercer leurs professions à la hauteur de toutes leurs compétences et de leurs qualifications et accroître le temps qu'ils consacrent à la prestation des services cliniques actuels. En outre, il faudrait former des équipes d'intervenants pour assurer les soins avec plus d'efficacité¹.

La prochaine partie de ce rapport met en lumière les coûts et la capacité du Nouveau-Brunswick dans la prestation des soins de santé comparativement au Canada. Cette comparaison nous permettra d'avoir une mesure de base à partir de laquelle nous exercerons une surveillance à l'avenir.

Coûts associés à la prestation de tous les programmes et services

Sans aucun doute, les coûts de santé provinciaux ont augmenté à un rythme significatif durant les derniers cinq à dix ans en moyenne environ 7 % depuis dix ans⁷. Si ces taux d'augmentation demeurent plus élevés que la hausse des recettes ou la hausse du PIB, il est clair que cela sera non viable.

Par le passé, le pourcentage du PIB investi en dépenses en santé était utilisé pour mesurer les dépenses en santé par rapport à la richesse globale du pays. Maintenant que l'on se préoccupe davantage de la viabilité, de nouveaux paramètres ont été introduits, dont, par exemple, les dépenses en santé en tant que pourcentage des dépenses gouvernementales totales.

Qu'est-ce que le produit intérieur brut (PIB)?

Le PIB est la valeur totale des biens et services produits dans un territoire donné, au cours d'une année donnée. Il mesure la valeur marchande de la production du flux économique.

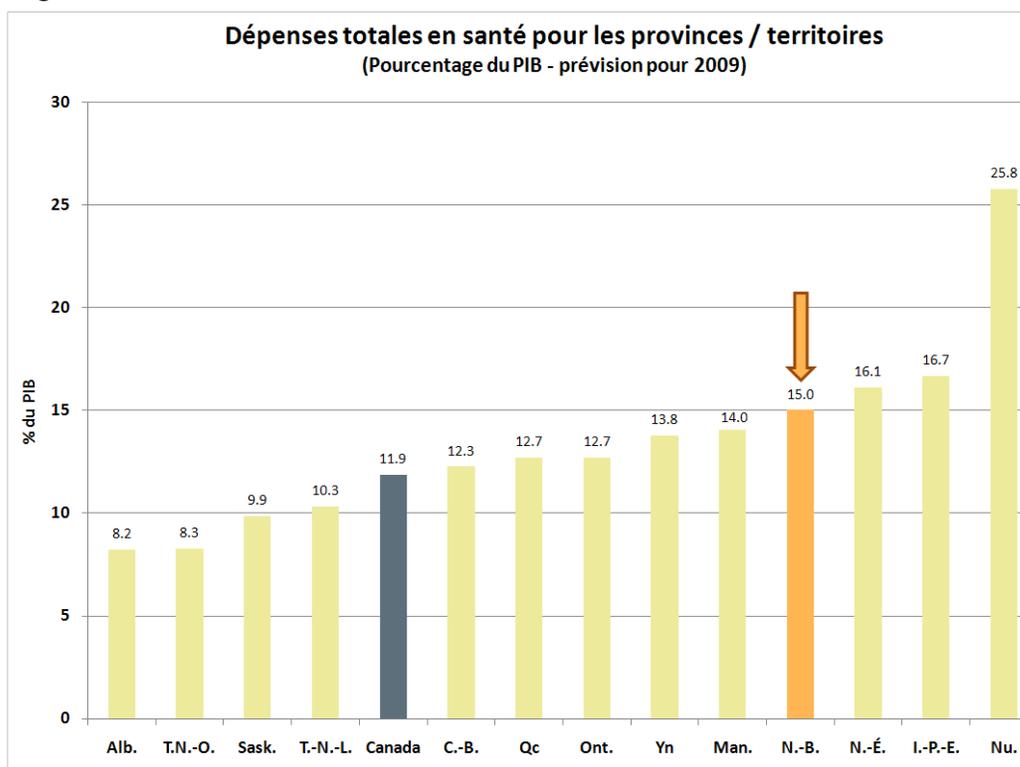
- Seuls les biens et services achetés par les utilisateurs finaux sont inclus. Le PIB mesure la production finale.
- Seuls les biens et services produits à l'intérieur des frontières d'un pays pendant une année sont comptés qu'ils soient attribuables aux citoyens ou aux étrangers.
- Le PIB ne mesure ni les transactions financières ni les transferts de paiements, car ces derniers ne représentent pas une production actuelle.

Le PIB mesure les extrants et les revenus qui sont égaux.



Quand on parle du Nouveau-Brunswick, les dépenses totales en santé représentent 15 % du PIB (figure 1) ce qui nous place au quatrième rang le plus élevé des provinces et territoires au niveau des dépenses.

Figure 1:

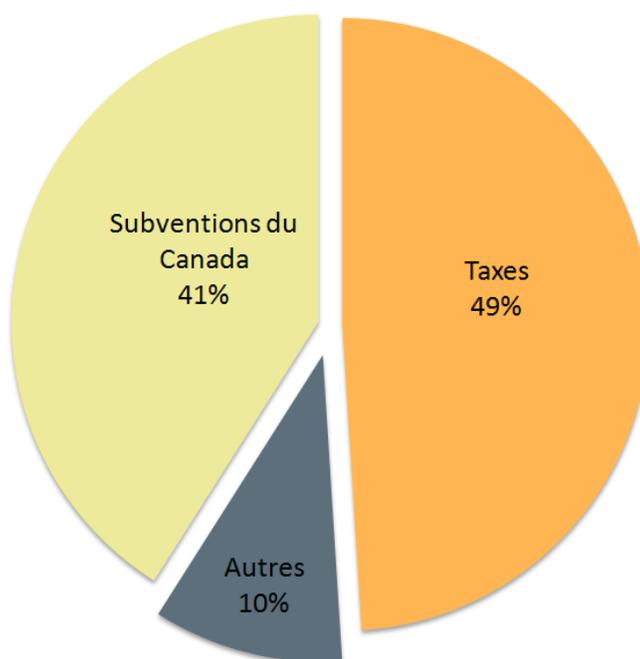


Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Maintenant, penchons-nous sur la compréhension des revenus et des dépenses. Au Nouveau-Brunswick, le revenu vient principalement des taxes et des transferts de paiements (subventions) du gouvernement fédéral (figure 2).

Figure 2:

**Pourcentage du revenu par source,
pour la province du Nouveau - Brunswick en 2009**



Subventions ou transferts du gouvernement du Canada
Paielements de péréquation fiscale
Transfert canadien en matière de santé
Transfert canadien en matière de programmes sociaux
Autres

Sources de revenus propres au Nouveau - Brunswick

Taxes

Autres
Rendement du capital investi
Licences et permis
Vente de biens et services
Redevances
Amendes et pénalités
Divers

Source : Province du Nouveau-Brunswick, Mise à jour économique et financière 2009-2010, le 6 mars 2010

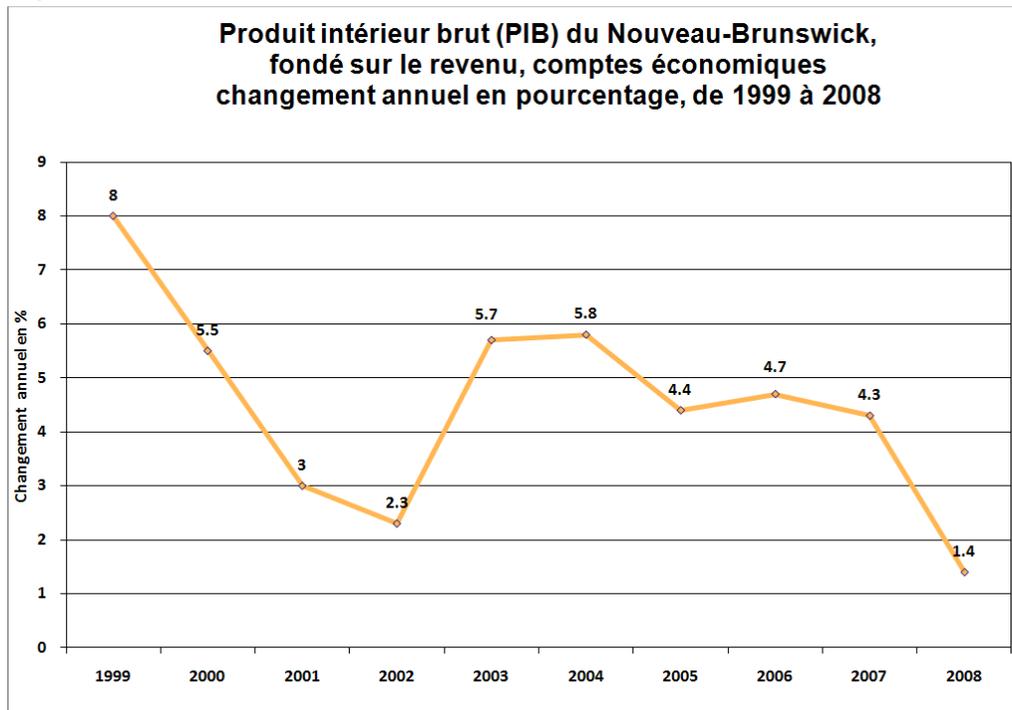
L'économie du Nouveau-Brunswick est basée sur ses régions urbaines et rurales. Les régions urbaines dont les économies modernes sont orientées vers des services prédominants tels que les soins de santé et l'éducation, la vente au détail et les secteurs financiers et d'assurances. Ces secteurs sont distribués presque proportionnellement dans trois centres urbains. La ville de Saint-Jean jouit également d'installations portuaires et d'industries lourdes alors que Fredericton est une ville gouvernementale, universitaire et militaire. Pour sa part, Moncton s'est taillé une place en tant que centre commercial et de détail, de transports et de distribution dotée d'importantes installations ferroviaires et aériennes.

L'économie primaire rurale est composée prioritairement des secteurs forestiers, miniers, agricoles mixtes et de pêche. La région du nord de la province, dans les environs de Bathurst, compte de grandes réserves de plomb, de zinc et de cuivre. Des gisements de potasse et de sel sont concentrés au sud, principalement dans la région de Sussex. Même si la tourbe se récolte surtout dans la Péninsule acadienne, on en trouve dans une large zone qui s'étend en diagonale du sud au nord-est de la province⁸.

Lorsque nous examinons les tendances au Nouveau-Brunswick par rapport au PIB de la croissance du revenu, la figure 3 démontre qu'il y a eu un lent ralentissement depuis dix ans et particulièrement depuis quelques années. Au niveau de l'augmentation annuelle des dépenses en santé (figure 4), on voit également un lent ralentissement semblable à l'augmentation annuelle du revenu annuel. Ceci aide à expliquer un « *rétrécissement des ressources* » qui soulève la perspective troublante que le secteur de la santé en arrive à consommer tout le budget du gouvernement et donc à menacer d'autres priorités publiques, comme l'éducation et l'aide sociale¹.

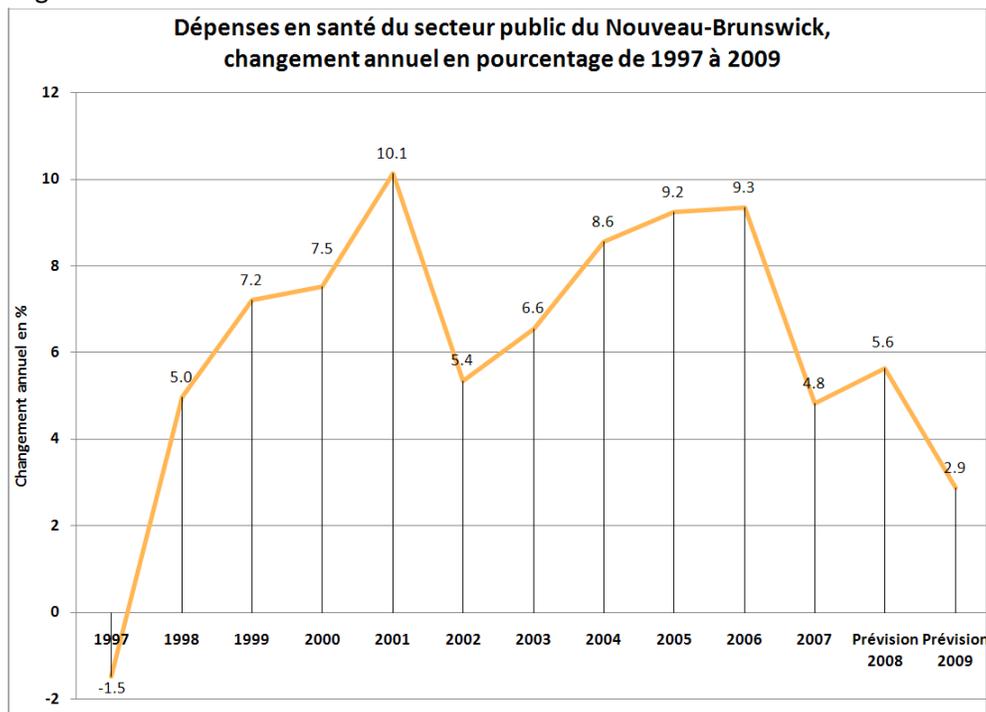
Ceci suggère également que le ralentissement des coûts des soins de santé est possible. Ce qu'il faut bien remarquer, c'est que, pour atteindre une viabilité réelle, il faudra qu'à un moment donné la croissance des dépenses en santé soit plus basse que la croissance du revenu.

Figure 3:



Source: Statistiques Canada, Revue des comptes économiques des provinces et des territoires

Figure 4:



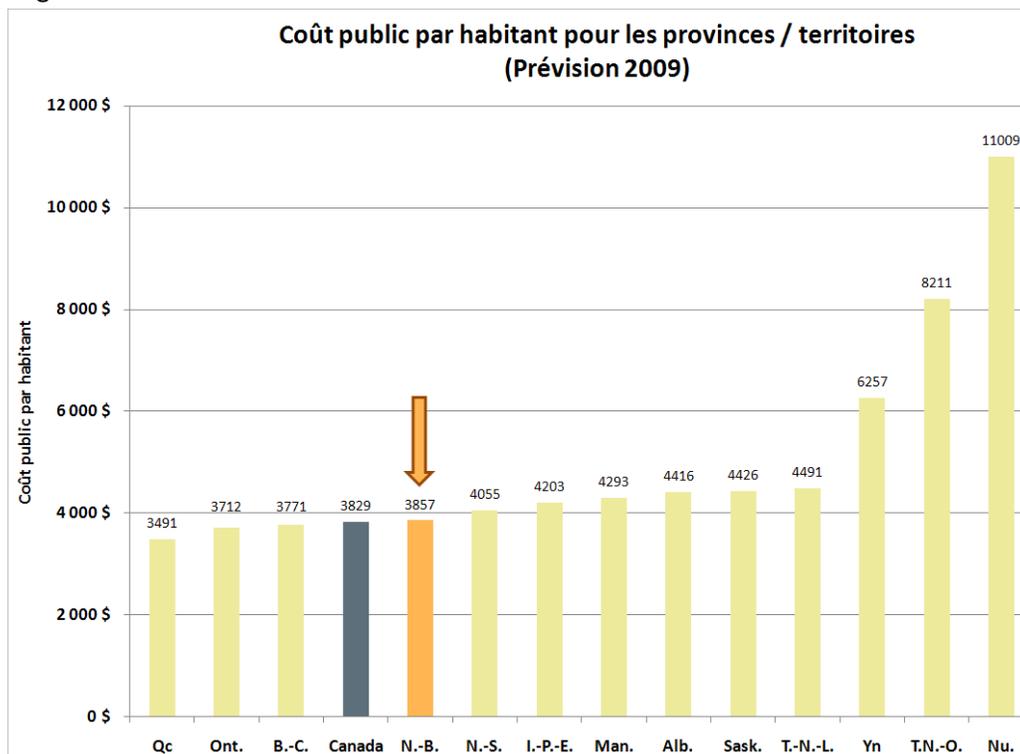
Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Un autre élément significatif pour comprendre les coûts de santé est de voir combien de dollars sont dépensés par habitant au Nouveau-Brunswick comparativement à l'ensemble des dépenses publiques en santé.

De nombreux facteurs influencent les variations dans les habitudes de dépenses : les différences démographiques; l'état de santé; les habitudes de prestation des services de santé; la géographie et la densité de la population; et finalement, les coûts liés à l'offre de soins dans divers environnements⁹.

Au travers des juridictions, les dépenses totales en santé par habitant relèvent de facteurs tels que la répartition selon l'âge, la densité de la population et la géographie des provinces et territoires. Fondé sur des prévisions de coûts pour 2009, la province du Nouveau-Brunswick dépense environ 3 857 \$ par personne basés sur la portion publique des dépenses totales en santé (figure 5). Cela la place au quatrième rang le moins élevé des provinces et territoires et juste au-dessus de la moyenne nationale.

Figure 5:



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Dans le cadre de la planification vers la viabilité, le ministère de la Santé avait prévu l'an dernier un ralentissement du taux de croissance des dépenses en santé. Pour 2010-2011, le ministère a fixé un premier objectif de taux de croissance de 4,5 % basé sur un taux moyen de croissance des dépenses de 8,6 % depuis dix ans.

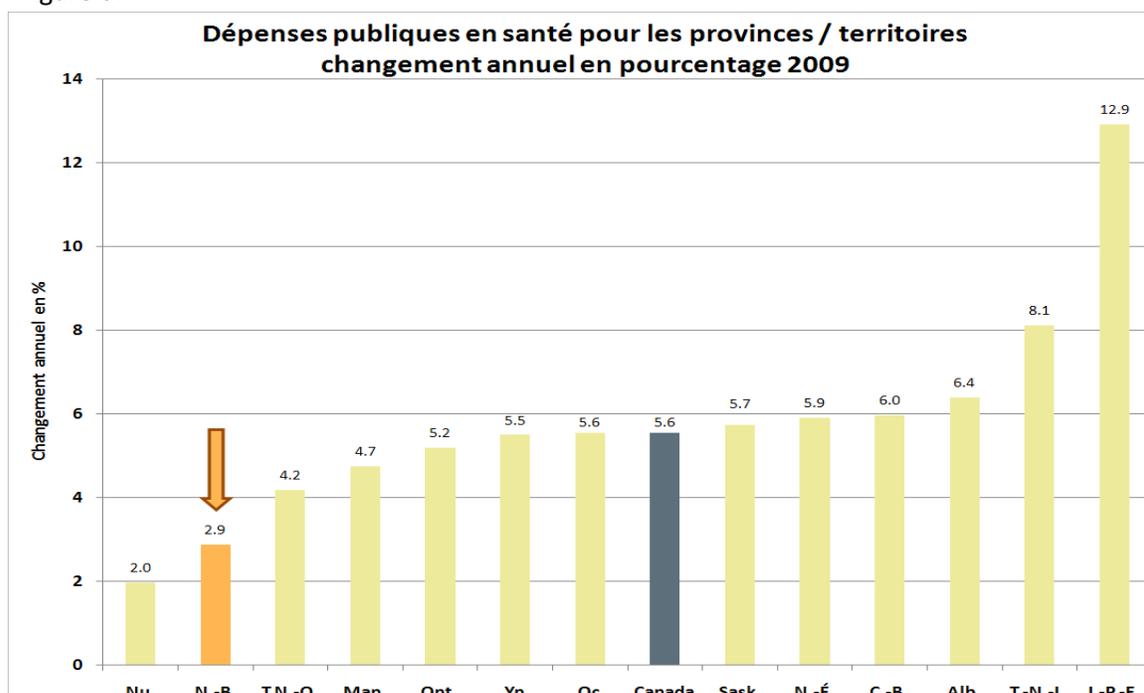
Le CSNB a comparé les dépenses réelles du ministère de la Santé pour 2007-2008 et 2008-2009. Cette révision montre que les dépenses totales en santé étaient 2,46 \$ milliards en 2008-2009 comparativement à 2,34 \$ milliards l'année précédente.

C'est un taux de croissance réelle de 5 % qui démontre une tendance vers le but visé. Selon la projection des coûts de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui incluent les

dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), et le ministère du Développement social (soins de longue durée), le Nouveau-Brunswick devrait connaître le ralentissement le plus marqué des taux de croissance des dépenses publiques en santé, soit 2,9 % en 2009¹⁰ (figure 6).

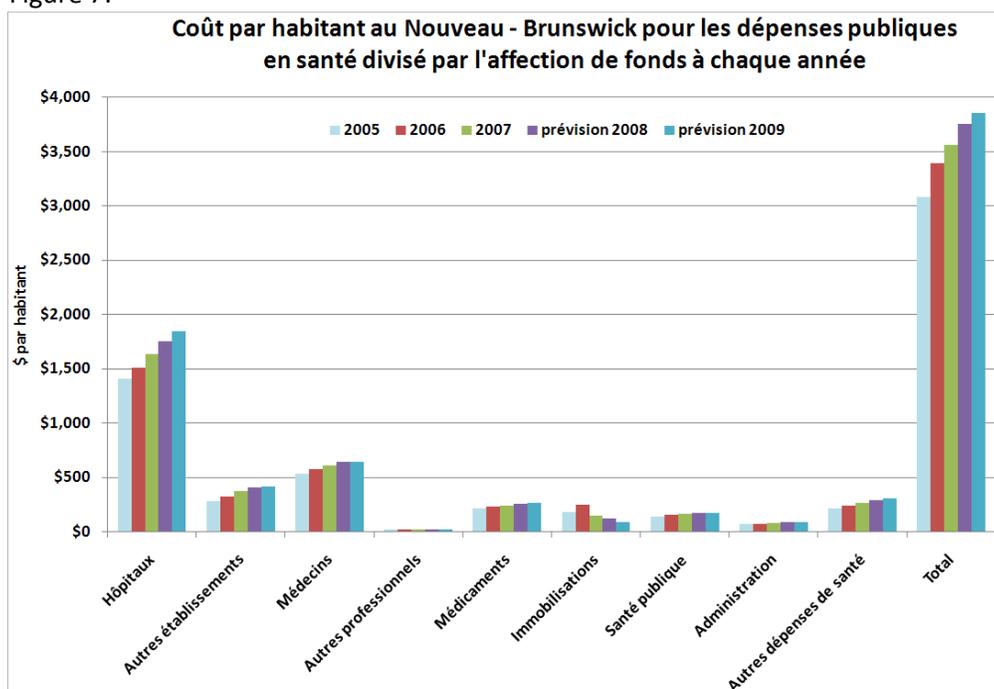
Ce ralentissement du taux de croissance durant la dernière année financière serait attribuable à une diminution : de dépenses d'établissements, salaires de médecins et d'administration. Ceci est neutralisé par de légères augmentations dans les coûts des hôpitaux, des médicaments, des autres institutions, des autres dépenses de santé et des autres coûts professionnels (figure 7).

Figure 6:



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Figure 7:



	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Santé publique	Administration	Autres dépenses de santé	Total
2005	1 411 \$	286 \$	537 \$	22 \$	215 \$	182 \$	143 \$	73 \$	214 \$	3 083 \$
2006	1 509 \$	328 \$	578 \$	21 \$	232 \$	253 \$	156 \$	76 \$	243 \$	3 397 \$
2007	1 640 \$	378 \$	613 \$	22 \$	241 \$	151 \$	166 \$	82 \$	268 \$	3 562 \$
prévision 2008	1 756 \$	406 \$	645 \$	22 \$	254 \$	121 \$	170 \$	87 \$	292 \$	3 753 \$
prévision 2009	1 848 \$	415 \$	642 \$	23 \$	269 \$	93 \$	173 \$	87 \$	304 \$	3 857 \$

Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Notre capacité de prestation des soins...comment nous comparons- nous au niveau national?

La prestation de soins de santé de première qualité dépend d'un réseau complexe d'éléments importants, dont l'efficacité des opérations, le respect des données scientifiques, une distribution optimale des ressources adéquates et des soins prodigués avec compassion et réceptivité entre les intervenants et les patients. La prestation de ces éléments dépend de la capacité prévisible du système à fournir des soins de santé qui répondent à la fois aux besoins des individus et des populations.

Cette section fait état des programmes et des services actuels au Nouveau-Brunswick^{11,12} (tableau A).

Tableau A : Les coûts des programmes et services actuels par secteur des soins de santé du Nouveau-Brunswick basé sur les dépenses totales de 2,9 milliards de dollars en 2008-2009.

SANTÉ PRIMAIRE	SOINS AIGUS																		
<p>Les soins qu'une personne reçoit lorsqu'elle se dirige la première fois vers le système de santé et ce, avant d'être référée ailleurs. Ce secteur fait la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures et le diagnostic et le traitement des maladies.</p>	<p>Les soins offerts dans les hôpitaux ou les établissements psychiatriques.</p>																		
<p>Plan de médicaments sur ordonnance</p> <p>Santé publique</p> <p>Service provincial d'épidémiologie</p> <p>Prévention des maladies transmissibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme d'immunisation - Surveillance - Planification relative à la pandémie - Protection de la santé (salubrité des aliments, air, eau) <p>Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains</p> <p>Initiatives pour la petite enfance</p> <p>Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi</p> <p>Initiatives des amis des bébés</p> <p>Alimentation saine</p> <p>Hygiène dentaire</p> <p>Apprenants en santé à l'école</p> <p>Programme de santé sexuelle</p> <p>Initiative relative à la prévention des blessures et des maladies</p> <p>Tabagisme</p> <p>Services d'ambulance</p> <p>Soins de santé primaires</p> <p>Prévention et gestions des maladies chroniques</p> <p>Télé-Soins</p> <p>Centres de santé communautaires</p> <p>Centres de santé</p> <p>Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick</p> <p>Ministère du Mieux-être, Culture et Sport</p> <ul style="list-style-type: none"> - Section du mieux-être 	<p>Services hospitaliers</p> <p>Programme de soins cardiaques</p> <p>Cliniques aux soins ambulatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services de dialyse <p>Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons</p> <p>Service provincial de gestion de la phénylcétonurie</p> <p>Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires</p> <p>Dons d'organes et de tissus</p> <p>Soins de santé plus sécuritaire maintenant - 10 initiatives</p> <p>Gestion de l'utilisation</p> <p>Soins psychiatriques aux patients hospitalisés</p> <p>Établissements psychiatriques</p> <p>Centracare</p> <p>Centre Hospitalier Restigouche</p> <p>Établissements avec autres sous services</p> <p>Règlement des services hospitaliers hors-province</p> <p><i>*La province du Nouveau-Brunswick a collecté 47,1 millions de dollars des autres provinces et pays pour fournir des services de santé au Nouveau-Brunswick à leurs populations.</i></p>																		
<p>DÉPENSES DE SANTÉ PRIMAIRE 2008-2009:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Ministère de la Santé</td> <td style="text-align: right;">513 943 266 \$</td> </tr> <tr> <td>Ministère du Mieux-être, Culture et Sport</td> <td style="text-align: right;">7 344 000 \$</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>Global</td> <td style="text-align: right;">521 287 266 \$</td> </tr> <tr> <td>% du total</td> <td style="text-align: right;">17,9 %</td> </tr> </table>	Ministère de la Santé	513 943 266 \$	Ministère du Mieux-être, Culture et Sport	7 344 000 \$	<hr/>		Global	521 287 266 \$	% du total	17,9 %	<p>DÉPENSES DES SOINS AIGUS 2008-2009:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Ministère de la Santé</td> <td style="text-align: right;">1 648 908 409 \$</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Global</td> <td style="text-align: right;">1 648 908 409 \$</td> </tr> <tr> <td>% du total</td> <td style="text-align: right;">56,7 %</td> </tr> </table>	Ministère de la Santé	1 648 908 409 \$	<hr/>		Global	1 648 908 409 \$	% du total	56,7 %
Ministère de la Santé	513 943 266 \$																		
Ministère du Mieux-être, Culture et Sport	7 344 000 \$																		
<hr/>																			
Global	521 287 266 \$																		
% du total	17,9 %																		
Ministère de la Santé	1 648 908 409 \$																		
<hr/>																			
Global	1 648 908 409 \$																		
% du total	56,7 %																		

SOUTIEN / SPÉCIALITÉ D'APPOINT Les soins reçus dans la communauté ou dans les cliniques ambulatoires qui visent à prévenir, contrôler ou soulager les complications et/ou les effets secondaires afin d'améliorer le confort des patients et leur qualité de vie.	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ADMINISTRATION ET DÉPENSES D'ÉTABLISSEMENTS
Centres de santé mentale communautaires Services aigus Services pour les enfants et adolescents Traitement pour les jeunes Soins de santé mentale de longue durée à l'intention des adultes Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale Prévention du suicide	Bien d'équipement Projets d'immobilisations Assurance-maladie
Services mobiles de lithotrities	Administration Cadres supérieurs Services financiers & vérification interne Ressources humaines Gestion des contrats et services de soutien ministériels Communications Langues officielles Services de technologie de l'information Planification
Programme Extra-Mural du Nouveau-Brunswick	Assurance-responsabilité des hôpitaux Gestion d'accès aux soins chirurgicaux
Services de réadaptation Centre de réadaptation de Stan Cassidy	Formation médicale
Services de traitement des dépendances	Réseau Cancer Nouveau-Brunswick
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Ministère du Développement social – Soins de longue durée	

Les dépenses de FacilicorpNB sont incluses dans la santé primaire, les soins aigus et de soutien / spécialité d'appoint.

DÉPENSES DE SOUTIEN / SPÉCIALITÉ D'APPOINT 2008-2009:	
Ministère de la Santé	164 910 544 \$
Ministère du Développement social	436 282 000 \$

Global	601 192 544 \$
% du total	20,7 %

DÉPENSES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ADMINISTRATION ET DÉPENSES D'ÉTABLISSEMENT 2008-2009:	
Ministère de la Santé	137 356 776 \$

Global	137 356 776 \$
% du total	4,7 %

Dépenses globales en santé au Nouveau-Brunswick par secteurs de soins pour 2008-2009 :

	<u>% du total</u>
Santé primaire	521 287 266 \$ - 17,9 %
Soins aigus	1 648 908 409 \$ - 56,7 %
De soutien / Spécialité d'appoint	601 192 544 \$ - 20,7 %
Ministère de la Santé (administration et dépenses d'établissements)	137 356 776 \$ - 4,7 %

**Dépenses du système de santé
du Nouveau-Brunswick (2008-2009) 2 908 744 995 \$ - 100,0 %**

Source: Combinaison du Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Rapport annuel des services hospitaliers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009 tableau de donnée 1-3(a) ainsi que le rapport annuel du ministère de la santé 2008-2009 et les États financiers des comptes publics du Nouveau-Brunswick pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.



Les ressources ou les capacités de prestation des programmes et des services sont :

- La dotation
- L'équipement
- La technologie de l'information

Pour mieux comprendre si le Nouveau-Brunswick a la capacité voulue pour livrer les programmes et les services actuels en soins de santé, nous avons créé un groupe d'indicateurs qui représente le mieux notre capacité de prestation des services de soins de santé et qui compare nos ressources au reste du Canada (en utilisant une comparaison par habitant). Le tableau B ci-joint identifie des cibles globales simples et nous avons établi un score de l'indice global qui permet de simplifier une mesure multidimensionnelle. Cette mesure sera également utilisée pour surveiller la tendance des ressources dans le temps. Elle représente une dimension de la viabilité liée directement à la « *capacité* » d'offrir des soins de santé. L'indice semble démontrer que le Nouveau-Brunswick a assez de capacité de prestation des programmes et services basés sur le design et les structures actuelles des programmes cliniques existants. Voir l'**Annexe - Indicateurs de ressources/capacités** pour la liste complète des indicateurs.

Tableau B: Indicateurs de ressources / capacités

Indicateurs	Valeur du N.-B.	Valeur canadienne	Score de l'indice du N.-B.	Classement du N.-B.	Source
Lits d'hôpital disponibles par 1 000 personnes	4,08 (2007-2008)	3,43	119	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Statistiques éclair – Lits d'hôpital disponibles et dotés de personnel, exercice financier 2007-2008</i> www.icis.ca Statistique Canada (Recensement de 2006) www.statcan.gc.ca
Dotation par 1 000 personnes (total de tous les professionnels de la santé par 1 000 personnes)	2 439 (2008)	1 945	125	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada : un regard sur 24 professions de la santé</i> www.icis.ca
Tomodensitomètres (CAT) par million de personnes	20,0 (2007)	12,8	156	◆	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Institut canadien d'information sur la santé www.icis.ca
Appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million de personnes	6,7 (2007)	6,8	99	■	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Institut canadien d'information sur la santé www.icis.ca
Utilisation du dossier patient électronique	16,1 (2007)	25,7	63	●	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Sondage national auprès des médecins de 2007 http://www.nationalphysiciansurvey.ca
Indice global et classement			112	◆	

La valeur canadienne est la moyenne nationale.

Méthode de classement :

L'analyse est basée sur les données des indicateurs qui étaient disponibles lorsque le rapport a été terminé. Selon la définition de l'indicateur, le score est établi comme suit :

le score est obtenu en divisant la valeur compilée du Nouveau-Brunswick par l'indicateur spécifique de la valeur canadienne. Ce montant est ensuite multiplié par 100 et donne le score de l'indice du Nouveau-Brunswick. Tous les chiffres ont été arrondis au chiffre supérieur.

Exemple : Si le score de l'indice du Nouveau-Brunswick est 100 (■), cela implique que le score néo-brunswickois et le score canadien sont les mêmes.

Grille de pointage :

- ◆ Plus haut que la moyenne nationale (>104)
- Comparable à la moyenne nationale (96 à 104)
- Plus bas que la moyenne nationale (<96)

Le classement tient compte des indicateurs qui se comparent aux autres provinces et territoires et qui ont des petites et grandes variations de la moyenne nationale.

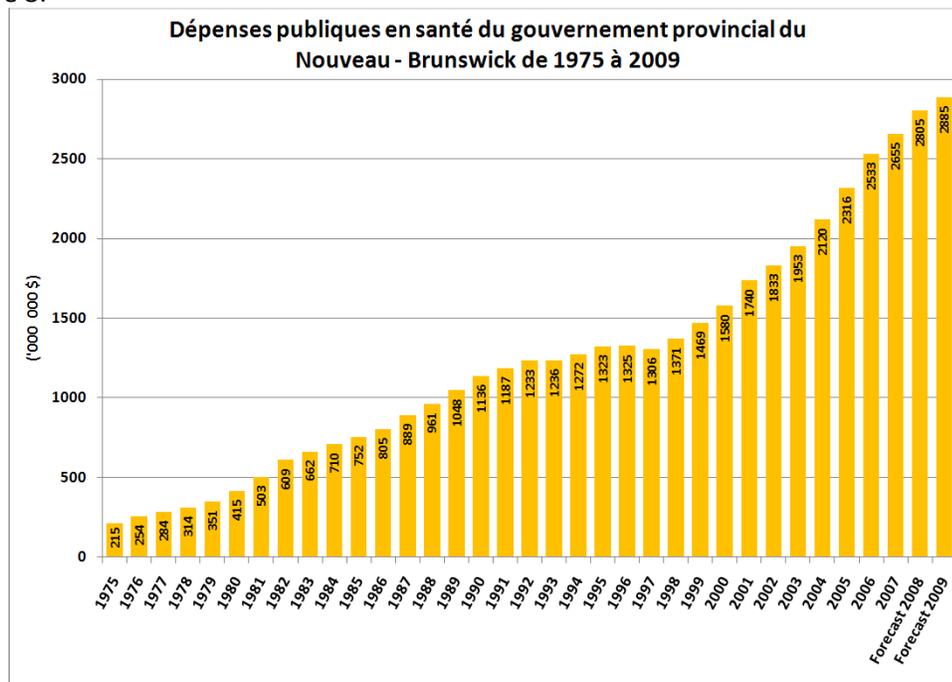
Pressions sur le système dont il faut tenir compte lors de la planification future

Hausse des coûts

Les budgets en santé dans les provinces et territoires ont augmenté à un rythme bien supérieur à ceux de l'inflation, de la croissance de la population ou de l'économie. Au Canada, les provinces et territoires dépensent actuellement près de 56 milliards de dollars en soins de santé. Même en introduisant de modestes changements dans la structure de prestation des services, il est prévu que des facteurs de base (croissance et vieillissement de la population, inflation, hausse des coûts des programmes existants) feront augmenter les dépenses en santé d'environ 5 % par année.

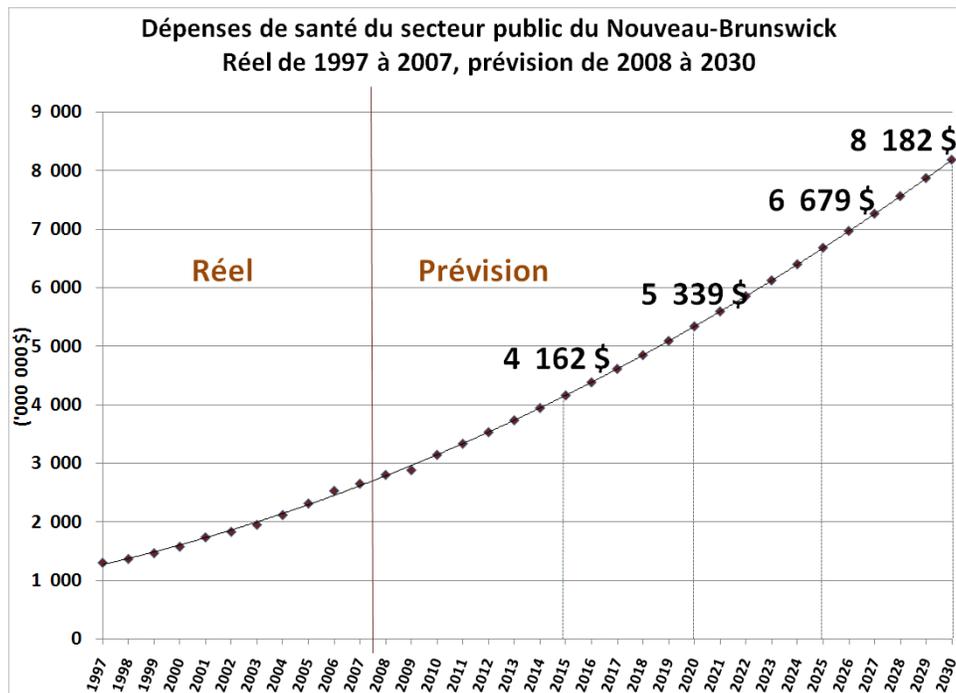
Les figures 8 et 9 reflètent les tendances des dépenses de santé publique du Nouveau-Brunswick du point de vue historique et futur.

Figure 8:



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2009
Incluent les dépenses du ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être), le ministère de la Santé et le ministère du Développement social (soins de longue durée).

Figure 9:



Les dépenses du secteur public de la santé comprennent divers ministères du Nouveau-Brunswick :

- Ministère du Mieux-être, Culture et Sport (mieux-être)
- Ministère de la Santé
- Ministère du Développement social (soins de longue durée)

Note :

Formule utilisée pour la projection :

Projection polynomiale

$$y = 3.253232x^2 - 12\,891.276998x + 12\,771\,230.863483$$

$$R^2 = 0.994$$

Source : Créé par l'auteur à partir des données historiques de l'Institut canadien d'information sur la santé Base de données sur les dépenses nationales de santé, avril 2010. Pour l'analyse, la courbe de projection peut varier selon l'intervalle des années utilisées.

Changements démographiques

À mesure qu'augmente la proportion de la population âgée de 65 ans et plus, la demande pour des soins de santé augmentera aussi de façon dramatique en même temps que diminuera la proportion de la population en âge de travailler, donc, celle qui débourse pour assurer ces soins de santé. Les données démontrent « qu'en 2001, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 13 % de la population totale alors que le pourcentage était de presque 12 % en 1991. Des projections démographiques nous indiquent que cette proportion atteindra 15 % d'ici 2011. À l'autre extrémité de l'éventail des âges, 26 % de la population était âgée de 19 ans et moins, une baisse par comparaison à 28 % en 1991. Si la fécondité demeure faible, ce chiffre pourrait se situer à moins de 23 % en 2011... La population âgée de 45 à 64 ans a, quant à elle, augmenté de 36 % entre 1991 et 2001, et ce, en raison de l'arrivée des membres de la génération du baby-boom dans ce groupe d'âge. Par conséquent, la population du Canada en âge de travailler compte une proportion plus élevée de personnes dans sa partie plus âgée. »¹³

Une analyse des données du recensement démontre que le vieillissement engendrera d'importants coûts en santé. Au fait, le rapport intérimaire des ministres de la Santé des provinces et territoires (IRPTMH 2000) avançait des projections conservatrices d'augmentations annuelles moyennes d'environ 5 % pour les prochains 27 ans. Ces projections n'incluaient pas l'effet des nouvelles technologies, l'augmentation des attentes vis-à-vis la qualité et l'accès des services, les technologies de l'information ou les coûts de la main d'œuvre¹⁴. Fondée sur ces prévisions, il est prévu que l'augmentation des dépenses en santé sera

régulièrement supérieure à la croissance de la population.

Technologies émergentes et produits pharmaceutiques

Quelques exemples de générateurs de coûts sont : les technologies émergentes telles que les chirurgies majeures des articulations, technologies néonatales et fœtales, dialyses, greffes d'organes, tests génétiques et thérapies. De plus, l'accès à de nouveaux produits ou à des produits pharmaceutiques coûteux, aura également des incidences sur les coûts.

L'évolution des attentes

L'arrivée de la génération du baby-boom, à l'ère de la consommation plus intensive de services de santé, pourrait modifier considérablement les tendances futures de l'utilisation des services de santé. Les attentes de cette génération sont très différentes de celles des deux générations précédentes. Cette évolution des attentes entraînera :

- une explosion des soins à domicile,
- une augmentation des consultations de médecins,
- des tests de diagnostic supplémentaires,
- une demande pour le raccourcissement des listes d'attente,
- Une demande pour une technologie de pointe,
- des interventions chirurgicales,
- une demande pour diversification des modes de prestation de services (comme des soins de courte durée, la réadaptation, les soins des personnes âgées, les soins palliatifs et les soins de relève),
- un besoin pour que les cliniciens gardent leurs connaissances à jour.

L'internet donne en outre aux nouveaux consommateurs accès aux recherches les plus récentes sur les innovations et les progrès de dernière heure dans les soins de santé et ils s'attendent d'obtenir ces services améliorés à la fois pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille. Les gens ne veulent plus que le système de soins de santé leur propose uniquement des services de base : ils s'attendent à avoir toutes les options possibles en tout temps, peu importe où ils habitent.



D'autres générateurs de coûts

Des taux plus élevés de maladie, les conditions chroniques et les décès prématurés dans certaines régions du Canada et dans les communautés autochtones mettront davantage de pression afin que l'on augmente le besoin de support fédéral ainsi que les budgets des provinces et territoires en santé. Certaines juridictions auront également d'autres tensions sur les coûts en raison de la densité de la population et de la géographie. La prestation de service en régions rurales et éloignées représente un générateur de coût additionnel. De façon générale, la difficulté de recrutement et de rétention des fournisseurs de services et les grandes distances géographiques pour la prestation des services dans les régions rurales et éloignées signifient que le coût par patient aura des incidences sur les coûts du système de santé en général.

Conclusion

Fondé sur la satisfaction des citoyens du Nouveau-Brunswick vis-à-vis leur système de santé (86.9 % sont satisfaits du système de santé, 2007)¹⁵, ils continuent d'être bien servis par le système de santé. Cependant, celui-ci devra répondre à d'importants défis en raison des attentes croissantes et des structures de coûts. Chaque province et territoire devra répondre à une demande croissante des services de santé pour des raisons démographiques, de nouvelles technologies, de produits pharmaceutiques et d'autres sources d'augmentation du coût de prestation des services.

Même s'il n'y avait que des changements modérés dans la structure de prestation des services, on prévoit que les facteurs de base (accroissement et vieillissement de la population, inflation, l'augmentation des coûts des programmes actuels) feront augmenter les dépenses en santé d'environ 5 % annuellement.

Cependant, ce rapport démontre qu'un certain nombre de générateur de coûts ont le potentiel de faire augmenter la croissance des coûts en excès. En voici quelques exemples : les nouvelles technologies, les produits pharmaceutiques, et une incidence accrue de nouvelles maladies et de maladies chroniques.

Il est évident que les provinces et les territoires devront consacrer beaucoup d'énergie à gérer le système afin de répondre aux importantes pressions financières exigées pour répondre aux besoins futurs. Le public est également appelé à faire des choix éclairés quant à l'utilisation judicieuse du système.

Il est important de réaliser qu'afin d'atteindre une réelle viabilité financière et clinique, il est essentiel que le Nouveau-Brunswick planifie pour l'avenir. Il faudra équilibrer un coût peu élevé par habitant, des ressources et une capacité adéquate, des services de santé de qualité ainsi que la satisfaction du citoyen avec le système de santé tout en offrant les meilleurs résultats pour la santé de la population néo-brunswickoise.

Les renseignements dans ce rapport serviront à alimenter le portrait global de base sur la viabilité à partir duquel le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick rédigera des recommandations globales au ministre de la Santé.





Annexe :

Indicateurs de ressources / capacités

Indicateurs	Valeur du N.-B.	Valeur canadienne	Score de l'indice du N.-B.	Classement du N.-B.	Source
Indicateurs globaux					
Lits d'hôpital disponibles par 1 000 personnes	4,08 (2007-2008)	3,43	119	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Statistiques éclair – Lits d'hôpital disponibles et dotés de personnel, exercice financier 2007-2008</i> www.icis.ca Statistique Canada (Recensement de 2006) www.statcan.gc.ca
Dotation par 1 000 personnes*	2 439 (2008)	1 945	125	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada : un regard sur 24 professions de la santé</i> www.icis.ca
Tomodensitomètres par million de personnes	20,0 (2007)	12,8	156	◆	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Institut canadien d'information sur la santé www.icis.ca
Appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million de personnes	6,7 (2007)	6,8	99	■	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Institut canadien d'information sur la santé www.icis.ca
Utilisation du dossier patient électronique	16,1 (2007)	25,7	63	●	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé <i>La qualité des services de santé au Canada en graphiques</i> http://www.fcrss.ca Sondage national auprès des médecins de 2007 http://www.nationalphysiciansurvey.ca
Indice global et classement			112	◆	

Indicateurs	Valeur du N.-B.	Valeur canadienne	Score de l'indice du N.-B.	Classement du N.-B.	Source
Indicateurs de dotation					
Infirmières autorisées par 100 000 personnes	1 038 (2008)	786	132	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada: un regard sur 24 professions de la santé</i> www.icis.ca
Infirmières auxiliaires autorisées par 100 000 personnes	365 (2008)	223	164	◆	
Travailleurs sociaux par 100 000 personnes	205 (2008)	141,7 [†]	145	◆	
Médecins (à l'exclusion des médecins résidents) par 100 000 personnes	194 (2008)	196	99	■	
Pharmaciens par 100 000 personnes	93 (2008)	88	106	◆	
Technologistes de laboratoire médical par 100 000 personnes	86 (2008)	57	151	◆	
Technologues en radiation médicale par 100 000 personnes	69 (2008)	49	141	◆	
Physiothérapeutes par 100 000 personnes	60 (2008)	51	118	◆	
Hygiénistes dentaires par 100 000 personnes	48 (2008)	67	72	●	
Diététistes par 100 000 personnes	43 (2008)	32,6 [†]	132	◆	
Psychologues par 100 000 personnes	41 (2008)	47	87	●	
Dentistes par 100 000 personnes	39 (2008)	58	67	●	
Ergothérapeutes par 100 000 personnes	39 (2008)	38	103	■	

Indicateurs	Valeur du N.-B.	Valeur canadienne	Score de l'indice du N.-B.	Classement du N.-B.	Source
Indicateurs de dotation (continue)					
Inhalothérapeutes par 100 000 personnes	31 (2008)	26	119	◆	Institut canadien d'information sur la santé <i>Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada: un regard sur 24 professions de la santé</i> www.icis.ca
Orthophonistes par 100 000 personnes	26 (2008)	22	118	◆	
Professionnels de la gestion de l'information sur la santé par 100 000 personnes	17 (2008)	12	142	◆	
Optométristes par 100 000 personnes	15 (2008)	14	107	◆	
Chiropraticiens par 100 000 personnes	8 (2008)	23	35	●	
Audiologistes par 100 000 personnes	7 (2008)	4	175	◆	
Professionnels de la santé publique environnementale par 100 000 personnes	7 (2008)	4	175	◆	
Infirmières praticiennes par 100 000 personnes	7 (2008)	5	140	◆	
Physiciens médicaux par 100 000 personnes	1 (2008)	1	100	■	
Dotation – indice et classement			125	◆	

Les données dans ce tableau fournissent un aperçu de certaines professions de la santé et, bien qu'utiles à certaines fins, elles devraient être utilisées dans les limites indiquées dans les documents de référence.

* Somme de tous les professionnels de la santé dans le tableau *Indicateurs de dotation*.

† Valeur provinciale moyenne (excluant le Québec)

La valeur canadienne est la moyenne nationale.

Méthode de classement :

L'analyse est basée sur les données des indicateurs qui étaient disponibles lorsque le rapport a été terminé. Selon la définition de l'indicateur, le score est établi comme suit :

le score est obtenu en divisant la valeur compilée du Nouveau-Brunswick par l'indicateur spécifique de la valeur canadienne. Ce montant est ensuite multiplié par 100 et donne le score de l'indice du Nouveau-Brunswick. Tous les chiffres ont été arrondis au chiffre supérieur.

Exemple : Si le score de l'indice du Nouveau-Brunswick est 100 (■), cela implique que le score néo-brunswickois et le score canadien sont les mêmes.

Grille de pointage :

- ◆ Plus haut que la moyenne nationale (>104)
- Comparable à la moyenne nationale (96 à 104)
- Plus bas que la moyenne nationale (<96)

Le classement tient compte des indicateurs qui se comparent aux autres provinces et territoires et qui ont des petites et grandes variations de la moyenne nationale.

Références:

- 1 - Conseil canadien de la santé, *Viabilité du système de santé publique : Que signifie ce terme ?* (2008), [en ligne], de <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/SustainabilitySummary_HCC_July2008FR.pdf>.
- 2 - Gouvernement du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, *Vue sous l'optique de la viabilité* (2009).
- 3 - Office of Sustainable Development, U.S. Agency for International Development, *"Health and Family Planning Indicators: A Tool for Results Frameworks, Volume I"* (Bureau of Africa, 1999), [en ligne – en anglais seulement], de <www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/indicators/indicators1.htm>.
- 4 - Gouvernement du Canada, Chapitre C-6 *Loi canadienne sur la santé* (Canada, R.S., 1985), [en ligne], de <<http://www.laws.justice.gc.ca/fra/C-6/index.html>>.
- 5 - I. Dhalla, 'Canada's health care system and the sustainability paradox' *CMAJ: Medical knowledge that matters* 177, 1 (2007) pp. 51-53.
- 6 - R. Atun, 'What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?' Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (2004), [en ligne – en anglais seulement], de <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>.
- 7 - Statistique Canada, *Système de gestion financière CANSIM tableau 385-0023*, (2009), [en ligne], de <www.statcan.ca>.
- 8 - Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *À propos du Nouveau-Brunswick*, (2010), [en ligne], de <<http://www.gnb.ca/cnb/nb/Industry-f.asp>>.
- 9 - Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *La qualité des services de santé au Canada en graphiques*, (2009), [en ligne], de <http://www.chsrf.ca/Chartbook_f.php>.
- 10 - Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009*, (2009), [en ligne], de <www.icis.ca>.
- 11 - Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *États financiers des comptes publics du Nouveau-Brunswick pour l'exercice terminé le 31 mars 2009* (NB, 2009), [en ligne], de <<http://www.gnb.ca/0087/PubAcct/PA95v1f.pdf>>.

12 - Une combinaison provenant du Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel des services hospitaliers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009* (NB, 2009), ainsi que le *rapport annuel du ministère de la Santé 2008-2009* (NB, 2009).

13 - Statistique Canada, *Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit – N° 96F0030XIF2001002 au catalogue*, (2001), [en ligne], de <<http://www12.statcan.gc.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/age/images/96F0030XIF2001002.pdf>>.

14 - The interim Report of the Provincial and Territorial Ministers of Health (IRPTMH), *Understanding Canada's Health Care Costs – Interim Report* (2000), [en ligne – en anglais seulement], de <<http://www.gov.nl.ca/publicat/hreport.pdf>>.

15 - Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes tableau 105-4080*, (2007), [en ligne], de <www.statcan.ca>.



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

Engager. Évaluer. Informer. Recommander.

