



RÉHABILITER LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont un plan.

LA SANTÉ EN PREMIER.

INTRODUCTION

Il y a plus d'un an, le gouvernement du Nouveau-Brunswick sollicitait les commentaires des Néo-Brunswickois sur un nouveau plan provincial de la santé¹. Le dernier plan provincial a pris fin en 2012, et un nouveau plan a été promis d'ici la fin de 2013. Le plan provincial a été publié en septembre, mais lors de l'annonce, nous avons appris que c'était davantage une « philosophie de gestion ». Les médecins apportent beaucoup d'attention aux détails. Nous croyons que les soins de santé ont besoin d'un peu moins de philosophie et d'un peu plus de détails.

De nombreuses sources^{2,3} ont confirmé ce que les médecins ont déclaré l'an dernier, bien avant que la question devienne un sujet de conversation populaire. Notre système de soins de santé est confronté à un défi en matière de viabilité. Pour la plupart des gens, la cause est évidente. Il suffit de jeter un coup d'œil autour de soi et de se regarder dans le miroir. Le Nouveau-Brunswick est une des provinces au Canada « ayant la population la plus âgée »⁴, « étant la plus grande »⁵ et « comptant l'un des plus grands nombres de malades »⁶. Personne ne choisit de tomber malade. Nous prenons toutefois, chaque jour, de nombreuses décisions qui nous exposent à des maladies chroniques. Au lieu de limiter l'accès aux services de santé, il faut s'attaquer à la source du problème. Si le navire prend l'eau, nous pouvons l'écooper autant que possible, mais quelqu'un doit colmater la brèche.

L'an dernier, les médecins du Nouveau-Brunswick ont répondu à l'appel d'aide du gouvernement⁷. La Société médicale du Nouveau-Brunswick a pris cette demande au sérieux, tout comme les 400 médecins qui ont soumis des commentaires. La présentation que nous avons faite au gouvernement était fondée sur l'orientation approuvée à l'échelle nationale de l'Association médicale canadienne, et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada⁸. Elle a été très bien accueillie par les régies régionales de la santé⁹ et les médias de la province,^{10,11} mais la plupart des suggestions qu'elle contient ne se sont pas concrétisées.

Après une année difficile, les médecins du Nouveau-Brunswick font encore preuve de leadership en ajoutant des éléments précis à leurs suggestions initiales, en proposant notamment certaines mesures pratiques. Mais attention, les changements que nous proposons ne se feront pas sans heurts. Si nos suggestions de changements étaient simples, elles auraient déjà été mises en œuvre. Les changements proposés sont difficiles – bien plus difficiles que simplement limiter l'accès aux soins de santé et espérer que tout ira pour le mieux.

Le changement doit être transformateur. Nous irions même jusqu'à dire que la pierre de touche de notre système de soins de santé universel sera la rapidité et l'efficacité avec lesquelles nous accomplirons ce que nous avons décrit. Les quatre thèmes ci-dessous sont ceux auxquels s'attaquent des pays de partout dans le monde et les provinces voisines. Si nous ne réalisons pas de progrès sur ces points, nous sommes dans le pétrin.

Si les patients veulent une équipe qui travaille en leur nom, le médecin veut en faire partie. Nous voulons en faire partie pour les 20 000 patients que nous avons vus aujourd'hui et les 600 000 Néo-Brunswickois que nous voyons au moins une fois par année.

DES SOINS AXÉS SUR LA SANTÉ PLUTÔT QUE SUR LA MALADIE

Les personnes qui ont un problème médical non urgent consultent, pour la plupart, leur médecin de famille¹². Certains voient une infirmière praticienne¹³. Soixante mille Néo-Brunswickois doivent examiner attentivement les options dont ils disposent¹⁴. Ils appellent Télé-Soins, se hâtent pour entrer dans la file d'attente à la clinique sans rendez-vous locale ou se rendent directement à l'urgence. Il faut faire mieux pour ces patients qui ont besoin de services de « soins primaires » – leur premier point d'entrée dans le système de santé.

Au cours des derniers mois, des suggestions ont été faites. Des groupes ont mentionné que le problème serait résolu s'ils étaient autorisés à prescrire les médicaments avancés et s'ils étaient mieux rémunérés. Certains ont dit que les médecins devraient travailler davantage. D'autres ont proposé de limiter le nombre de personnes malades.

Entre temps, les médecins réclament des changements à l'accès au système de soins primaires depuis neuf ans. L'an dernier, le gouvernement a annoncé qu'il procédait à des changements. Nous collaborons activement avec le gouvernement à un certain nombre de questions. Toutefois, les patients attendent depuis assez longtemps. Nous devons agir maintenant.

Les trois mesures suivantes sont essentielles au renouvellement de notre système de soins primaires :

- Établir, dans l'ensemble de la province, des équipes de professionnels en soins primaires qui collaborent;
- Utiliser les dossiers médicaux électroniques pour faciliter la communication entre les équipes;
- Éliminer l'interdiction bureaucratique aux médecins de pratiquer là où les patients ont besoin d'eux.

Établir des équipes de professionnels en soins primaires.

Les médecins sont des spécialistes en soins médicaux. Parfois, les patients qui doivent avoir un vaccin ou faire vérifier leur pression sanguine n'ont pas besoin d'un spécialiste; il leur faut une personne qui possède la formation requise pour exécuter des tâches spécifiques. De même, nous ne pouvons pas laisser des non-spécialistes accomplir des tâches qui relèvent des médecins. Il faut établir un équilibre. La plupart des provinces au Canada ont reconnu, depuis longtemps, que la solution est de regrouper les fournisseurs de soins aux patients qui possèdent diverses compétences pour qu'ils travaillent ensemble afin de comprendre leurs tâches respectives, et de savoir ce que chacun peut faire de façon sécuritaire et comment donner aux patients un accès rapide à la personne la mieux qualifiée pour la tâche à accomplir¹⁵.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'en est rendu compte l'an dernier¹⁶. Il a annoncé un changement dans sa façon d'envisager les soins primaires. Nous applaudissons à ses efforts¹⁷. Les médecins doivent partager la charge de travail en faisant équipe avec d'autres professionnels – ce qu'ils accueillent favorablement. Pour les patients, cela signifie un meilleur accès aux soins, un lien à leur médecin de famille et de plus courts délais pour obtenir un rendez-vous. Pour le système, cela signifie des visites moins coûteuses aux salles d'urgence, un nombre réduit d'admissions dans les hôpitaux et des professionnels de la santé plus heureux. Enfin, cela signifie une approche à long terme relative aux soins préventifs et à la prestation d'information aux patients¹⁸ – une transition des soins axés sur la maladie aux soins axés sur la santé. Dans le cadre de notre réflexion sur les soins axés sur le travail d'équipe, il faudrait réexaminer les centres de santé communautaires pour s'assurer qu'ils sont encore rentables.

L'an dernier, nous avons dit que « les meilleurs soins de santé sont souvent assurés par des équipes de professionnels » et qu'il faut s'inspirer de nos acquis. Nous avons aussi fait une mise en garde contre la création de « deux systèmes redondants qui se livrent concurrence. » Enfin, nous avons dit qu'il faudrait

« affirmer que chacun mérite un accès rapide à un médecin de famille; encourager les médecins à travailler avec les autres fournisseurs; et admettre que le changement est difficile et exige du temps. »¹⁹

Utiliser les dossiers médicaux électroniques pour faciliter la communication entre les équipes.

Quand avez-vous, pour la dernière fois, réservé par télécopieur auprès d'une compagnie aérienne un billet d'avion qui vous a été envoyé par la poste? Quand avez-vous, pour la dernière fois, ramassé une copie papier de vos documents comptables à la banque? Quand avez-vous, pour la dernière fois, demandé à la caissière de votre épicerie de vous remettre un reçu rédigé à la main?

Quand avez-vous, pour la dernière fois, reçu de votre médecin une ordonnance écrite au stylo sur une petite feuille blanche que vous avez dû remettre directement au pharmacien? Les soins de santé ne peuvent plus faire exception à la règle qui régit de nombreuses facettes de notre vie. Les ordinateurs, s'ils sont utilisés de manière appropriée et sécuritaire, sont des outils qui peuvent nous aider. **D'autres provinces ont pris les devants grâce aux programmes de DME à frais partagés avec le gouvernement fédéral. Le Nouveau-Brunswick s'est mis en route – mais les fonds fédéraux destinés à la mise sur pied d'un programme de DME seront disponibles pour une année seulement, alors que bien des provinces en ont bénéficié pendant dix ans.**

L'an dernier, nous avons demandé au gouvernement de former un partenariat avec les médecins du Nouveau-Brunswick pour les doter de dossiers médicaux électroniques, en partenariat avec l'Inforoute Santé du Canada du gouvernement fédéral, et d'établir des objectifs annuels et des incitatifs pour encourager 50 % des médecins de famille à adopter les dossiers médicaux électroniques avant la fin du plan²⁰.

Éliminer l'interdiction bureaucratique aux médecins de pratiquer là où les patients ont besoin d'eux.

Au début des années 1990, l'Ontario a examiné la façon dont les coûts de son système de santé étaient contrôlés. Comme dans les autres provinces canadiennes à l'époque, le mode de pensée était sans équivoque. Si l'Ontario limitait le nombre de médecins de famille et contrôlait leur place dans les systèmes bureaucratiques, le nombre de personnes dirigées vers des spécialistes serait réduit, tout comme les demandes de tests de laboratoire, ce qui se traduirait par des économies pour le gouvernement. N'est-ce pas?

Mais, peu à peu, il s'est avéré que bien des gens se rendaient plutôt à la salle d'urgence – et que, souvent, ils souffraient de maladies dont le traitement comportait des coûts élevés qui auraient pu être évités par un meilleur accès à un médecin de famille. Le système a été aboli en 1996²¹. Le Nouveau-Brunswick est donc la seule province au Canada à utiliser ce même système de « numéros de facturation ». Malgré toutes les preuves²², le gouvernement entretient encore l'idée que les « bureaucrates ont raison » lorsqu'il s'agit d'associer les patients aux médecins. Dans les régions urbaines en particulier, il est très difficile de recruter des médecins, ce qui laisse des milliers de citoyens « sans médecin ». **C'est l'inverse qui se produit ailleurs au pays. Même dans les villes où des numéros de facturation sont disponibles, nous n'arrivons pas à recruter des médecins parce que, pour plusieurs d'entre eux, le Nouveau-Brunswick leur semble « inaccessible » en raison de son système de numéros de facturation.**

Les dirigeants du système de santé de l'Ontario sont d'avis que le système de numéros de facturation est une mesure coercitive; les « mesures coercitives n'apportent pas de vraies réponses, mais elles sont plutôt des interventions à court terme non avérées qui briment les communautés visées et les jeunes médecins. »²³ Le Nouveau-Brunswick poursuit, depuis trop longtemps, une expérience ratée.

L'an dernier, nous avons dit : « Il faut encourager les médecins à pratiquer en nombre adéquat dans les régions de la province qui en ont le plus besoin, ce qui est actuellement impossible, compte tenu de notre système de numéros de facturation archaïque. »²⁴

Qu'est-ce qui fonctionne bien?

- Le gouvernement provincial a annoncé son intention de créer dix équipes de soins primaires.
- Le gouvernement provincial s'est engagé envers les médecins à offrir des dossiers médicaux électroniques.
- Le gouvernement provincial a songé publiquement à abolir le contrôle qu'exercent les bureaucrates sur le lieu de pratique des médecins et leur façon de dispenser des soins à leurs patients.

Que pouvons-nous améliorer?

Établir, dans l'ensemble de la province, des équipes de professionnels en soins primaires qui collaborent.

- Déterminer le nombre de médecins travaillant ensemble dans le cabinet et fixer une date d'entrée en fonction des dix équipes de médecine familiale proposées.
- S'engager publiquement à modifier uniquement les champs d'activité dans le contexte des soins axés sur le travail d'équipe – ne pas créer en double les services actuels à deux fois le coût.
- Doubler le nombre proposé d'équipes de médecine familiale afin d'éviter que certaines régions seulement bénéficient d'équipes complètes.
- Revoir la rentabilité des centres de santé communautaires puisque les équipes de médecine familiale seront dorénavant le principal modèle de soins axés sur le travail d'équipe.

Utiliser les dossiers médicaux électroniques pour faciliter la communication entre les équipes.

- Appuyer les médecins qui utilisent actuellement les dossiers médicaux électroniques afin d'adopter, au cours de la prochaine année, le système financé par le gouvernement provincial.
- Le gouvernement provincial devrait financer seul le programme de DME si le gouvernement fédéral n'est pas disposé à reconduire son entente de partage des coûts après la date limite.
- Fixer une date à laquelle les pharmaciens devront suivre l'exemple des médecins et adopter un système semblable pour réduire au minimum les erreurs de médication et les incidents indésirables.

Éliminer l'interdiction bureaucratique aux médecins de pratiquer là où les patients ont besoin d'eux.

- Par un trait de plume, mettre fin au contrôle qu'exercent les bureaucrates sur les lieux de pratique des médecins.
- Recruter activement des étudiants en médecine et des médecins résidents formés ici, et retenir nos médecins actuels afin que le Nouveau-Brunswick ne forme pas la prochaine génération de médecins de l'Alberta.

PROFIL DES ÉCONOMIES

Le gouvernement fédéral a évalué récemment l'utilisation des dossiers médicaux électroniques. Selon Inforoute Santé du Canada, les économies s'élevaient, en 2012, à 177 millions de dollars à l'échelle nationale, à la suite d'une meilleure gestion des tests et de la réduction des formalités administratives, et à 99 millions de dollars à la suite d'une réduction des tests redondants.²⁵ La part du Nouveau-Brunswick de ces économies était pratiquement nulle puisque l'adoption des DME est très lente (26 % par rapport à 74 % en Alberta). Si l'on utilise la moyenne nationale comme repère, des économies d'au moins six millions de dollars seraient réalisées chaque année, en consacrant simplement moins de temps à repérer les tests redondants et en format papier.²⁶

FAIT : Selon une étude menée récemment²⁷, plus il y a de personnes nécessitant un niveau de soins élevé qui sont rattachées à un service de soins primaires, moins les coûts sont élevés pour l'ensemble du système de soins de santé. La réduction des coûts est attribuable en grande partie à une baisse des coûts des services hospitaliers.

ÉCOUTER LES CONSEILS DES INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE SUR L'ESSENTIEL.

Si vous entrez dans un hôpital au Nouveau-Brunswick, nous sommes prêts à parier que vous verrez quelqu'un qui prend des notes sur une planchette à pince et quelques personnes portant un costume, non un sarrau. Ces gens interviennent dans l'administration des soins de santé. Le Nouveau-Brunswick doit compter sur les meilleures personnes pour accomplir cette tâche difficile. Au 21^e siècle, des ingénieurs, des comptables et des avocats doivent participer à la gestion du système de santé.

En tant que médecins, nous considérons que nous pouvons aussi contribuer grandement, mais nous ne sommes pas admis dans les salles des conseils. Au sens littéral, dans certains cas, la loi interdit aux médecins de siéger au conseil d'administration des régies régionales de la santé. Dans d'autres cas, les décisions qui sont prises nous prouvent que personne n'écoute. **Il y a quelques années, quelqu'un a décidé que les gants chirurgicaux épais coûtaient trop cher et que les gants minces étaient bon marché. Il est clair que les médecins, les infirmières et les infirmiers doivent porter des gants qui ne se déchireront pas lorsqu'ils s'occupent de leurs patients. Les gants minces se déchirent constamment. Nous enfilons maintenant deux ou trois paires de gants pour éviter qu'ils ne se déchirent jusqu'à la peau. En cherchant le prix le plus bas, on n'obtient pas nécessairement ce qui est le plus économique.**

Voici trois façons de bénéficier le plus des commentaires des intervenants de première ligne :

- Appuyer les médecins dans leurs efforts visant à réduire les coûts du système;
- Permettre aux professionnels de première ligne d'offrir des conseils à la haute direction des régies régionales de la santé;
- Faire participer les professionnels de première ligne aux discussions stratégiques à l'échelle du système concernant la viabilité.

Appuyer les médecins dans leurs efforts visant à réduire les coûts du système.

Quelqu'un a déjà dit que le stylo du médecin est la pièce d'équipement médical la plus coûteuse au Canada. Les médecins dirigent leurs patients vers des collègues; ils commandent des tests de laboratoire; et ils prescrivent des médicaments. Toutes ces tâches coûtent cher au système de santé. La façon dont les médecins exercent leur profession influe grandement sur la régie régionale de la santé – qui paie pour les salles d'opération, les techniciens de laboratoire, les lits d'hôpitaux²⁸.

Actuellement, les médecins du Nouveau-Brunswick collaborent avec des collègues de partout au Canada pour s'assurer de travailler en partenariat avec les patients afin de prendre des décisions fondées sur des preuves, qui ne sont pas une répétition de procédures ou de tests, qui sont exemptes de danger, mais qui sont vraiment nécessaires. Il peut s'agir de tests de laboratoire commandés régulièrement qui ne sont peut-être pas nécessaires ou des procédures courantes qui sont remises en question en raison de preuves fiables. Cette initiative s'appelle provisoirement *Choosing Wisely Canada*. Elle est inspirée de l'initiative américaine visant un but semblable.²⁹

Les médecins cherchent ardemment à connaître l'impact qu'ils ont sur les coûts du système. Nous devons mieux gérer les fonds dont nous disposons. Chacun doit avoir pour objectif de réduire les incidences sur le système tout en dispensant les meilleurs soins. L'an dernier, nous avons demandé au gouvernement de

divulguer aux professionnels l'information sur les coûts des soins de santé afin qu'ils soient au courant de la manière dont leurs choix cliniques influent sur les dépenses en soins de santé et de montrer comment les décisions de Facilicorp économisent de l'argent.³⁰

Permettre aux professionnels de première ligne d'offrir des conseils à la haute direction des régies régionales de la santé.

Nous avons suivi les réorganisations de systèmes au Canada. Certaines provinces ont une régie de la santé, d'autres n'en ont pas. Le Nouveau-Brunswick en compte deux. Certains se demandent si une seule ne suffirait pas. Ce sujet semble devenir un enjeu politique lors des discussions. Au moment de la rédaction du présent rapport, cet enjeu électoral est d'actualité en Nouvelle-Écosse.^{31,32} Il a aussi entraîné un changement complet de leadership dans le domaine de la santé en Alberta.³³

L'enjeu le plus important est toutefois de parvenir à recruter les personnes les plus compétentes, selon les meilleures informations disponibles, pour prendre les meilleures décisions pour les patients. Parmi les membres des conseils d'administration de Facilicorp³⁴, du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick³⁵ et des régies régionales de la santé,^{36,37} on compte un seul médecin qui participe à la prise de décisions à ce niveau. En fait, la loi interdit la nomination de médecins au conseil d'administration des régies régionales de la santé – les médecins ne peuvent même pas se porter candidats aux élections.

Au lieu de tenter désespérément d'éloigner les médecins des décideurs, plusieurs provinces cherchent activement à les inclure. Soyons honnêtes : les médecins ne mâchent pas leurs mots. Ils sont souvent directs et ils n'y vont pas doucement. Mais ces raisons ne devraient pas être invoquées pour les éloigner des principaux dirigeants – elles devraient servir à les inclure dans la salle. L'an dernier, nous avons demandé au gouvernement d'éliminer l'interdiction aux médecins de se porter candidats lors de l'élection du conseil des régies régionales de la santé comme un signe que les médecins sont les bienvenus à la table où sont prises les décisions.³⁸

Faire participer les professionnels de première ligne aux discussions stratégiques à l'échelle du système concernant la viabilité.

Au début de juin, le gouvernement provincial a publié le sommaire exécutif d'un rapport préparé par un cabinet comptable³⁹. Le but du rapport était d'examiner l'écart entre les dépenses allouées aux hôpitaux par la plupart des provinces et celles allouées par le Nouveau-Brunswick. Selon les auteurs du rapport, les économies pourraient se chiffrer à des centaines de millions de dollars, en adoptant trois mesures principales.

Bien des gens se sont précipités sur le rapport. Certaines professions du domaine de la santé ont affirmé qu'il fallait fermer des hôpitaux. Des syndicats ont dit qu'il n'y avait aucune manière positive d'accroître la productivité. Pour le gouvernement, c'était la preuve d'un excédent de dépenses dans les soins de santé. Quant aux médecins, ils considéraient que le rapport devait être examiné à fond, qu'il fallait apprendre autant que possible et que les fournisseurs de soins de santé devaient participer aux discussions - même si le rapport est rédigé par un cabinet comptable. À notre avis, la situation démontre la nécessité d'adopter une approche coopérative avec toutes les parties sur des problèmes difficiles.

L'an dernier, nous avons demandé au gouvernement de convoquer les groupes de professionnels de la santé afin d'orienter l'exécution du plan de santé et de montrer aux professionnels que leur apport est apprécié, en donnant suite à leurs suggestions raisonnables.⁴⁰ À défaut d'un plan, nous pensons qu'un plus grand nombre de professionnels doivent faire partie des nombreux groupes de travail et comités provinciaux qui étudient actuellement la viabilité du système.

Qu'est-ce qui fonctionne bien?

- Il est reconnu, à l'échelle nationale, qu'il faut habiliter les médecins à mener les changements dans leurs domaines de compétence pour trouver d'autres moyens rentables d'atteindre des résultats pour les patients.
- Les médecins agissant comme leaders administratifs au Nouveau-Brunswick sont solides. Depuis les dernières années, la preuve est irréfutable : les changements au système ne peuvent se produire sans la participation des médecins.⁴¹
- De plus en plus de commentateurs et de médias discutent de la viabilité des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Que pouvons-nous améliorer?

Appuyer les médecins dans leurs efforts visant à réduire les coûts du système.

- Appuyer les efforts des médecins visant à utiliser les leçons tirées de Choosing Wisely Canada dans leurs pratiques au Nouveau-Brunswick.
- Discuter avec les médecins à la table de négociations dans le cadre d'un processus officiel sur l'examen des économies du système dans le budget de l'Assurance-maladie, semblable aux processus utilisés dans d'autres provinces.

Permettre aux professionnels de première ligne d'offrir des conseils à la haute direction des régies régionales de la santé.

- Éliminer l'interdiction aux professionnels de première ligne d'assumer des rôles de leadership au sein du conseil des régies régionales de la santé.
- Tenir des propos et poser des actes qui renforcent le respect et le partenariat à l'égard des médecins et des autres professionnels de la santé.

Faire participer les professionnels de première ligne aux discussions stratégiques à l'échelle du système concernant la viabilité.

- Rendre obligatoire la nomination de professionnels de la santé aux comités et groupes de travail qui étudient la viabilité des soins de santé.
- Recueillir des données sur le rendement au moyen de sondages sur la satisfaction des patients et du personnel dans le but de solliciter leurs commentaires.

PROFIL DES ÉCONOMIES

Les économies potentielles de Choosing Wisely aux États-Unis sont évaluées, de façon très prudente, à cinq milliards de dollars par année.⁴² Certaines autorités américaines soutiennent que 30 % des dépenses dans le domaine de la santé sont inutiles.⁴³ En supposant que le gaspillage dans le système du Nouveau-Brunswick représente seulement le dixième de cette somme et que les médecins exercent une influence sur 80 % de toutes les dépenses en soins de santé,^{44,45} les économies potentielles se chiffrent à plus de 60 millions de dollars⁴⁶.

FAIT : En réponse à un sondage réalisé en mai 2013, 48 % des Néo-Brunswickois considéraient que le « gaspillage et la mauvaise gestion » étaient les facteurs « principalement responsables des coûts accrus des soins de santé » au Nouveau-Brunswick. Seulement, 12 % ont indiqué les « salaires des professionnels de la santé ».

LES TEMPS D'ATTENTE : UN SYMPTÔME ET NON LE PROBLÈME

Dans de nombreuses régions canadiennes, les temps d'attente ne s'améliorent pas.⁴⁷ Et dans de nombreuses régions du Nouveau-Brunswick, ils ne s'améliorent pas non plus.⁴⁸ Les patients continuent à attendre, dans certains cas, dans la douleur intense, car nous ne considérons pas leur absence du travail, leur besoin d'aide de leur famille et leur anxiété comme des coûts pour notre économie.

Des mères anxieuses attendent de voir un médecin au milieu de la nuit dans une salle d'urgence; des fils d'âge moyen visitent un père aîné hospitalisé qui en est à son 200^e jour d'attente d'un lit dans un foyer de soins; des retraités frustrés attendent une chirurgie qui semble s'éloigner de plus en plus au fil des mois.

Nous raconterons l'histoire simple d'un problème compliqué. Parce que les gens tombent malades, ils attendent dans des salles d'urgence. Certains attendent là pour être admis à l'hôpital parce qu'il manque de lits d'hôpitaux. Souvent, des aînés attendent dans un lit d'hôpital parce qu'il n'y a pas de places dans les établissements de soins de longue durée. Il n'y a pas de places dans les établissements de soins de longue durée, car trop de personnes qui s'y trouvent devraient être dans la collectivité et se faire aider par les bons fournisseurs de soins. Nous devons tous comprendre que les problèmes systémiques qui sous-tendent toutes ces interactions avec le système de santé sont réellement ce à quoi nous devons nous attaquer.

Voici les trois moyens que nous pouvons prendre pour nous attaquer aux problèmes sous-jacents au symptôme des temps d'attente :

- Harmoniser plus efficacement les personnes et les processus;
- Offrir aux aînés et à leur famille de meilleures options en matière de soins dans la collectivité;
- Récompenser les hôpitaux à la fois pour les soins qu'ils dispensent et la qualité.

Harmoniser plus efficacement les personnes et les processus.

Un rapport récent présenté par les régies régionales de la santé a suggéré qu'on pourrait réaliser des gains de productivité importants – certains diront considérables – dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Dans un monde habitué aux améliorations de productivité de l'ordre de 2 à 5 %, une amélioration potentielle de 40 % mérite certainement une discussion sérieuse. Quels que soient les chiffres, de nombreuses entreprises dans le monde utilisent des théories de gestion pour améliorer le travail d'équipe et réduire le gaspillage. Elles portent divers noms – Lean, Six Sigma, le modèle Toyota – et elles sont fructueuses lorsqu'on les utilise de manière appropriée. Les hôpitaux ne devraient pas faire exception.

Il existe de nombreux moyens de tirer parti de l'utilisation de la technologie de l'information dans notre province. Par exemple, comme les médecins sont plus nombreux à utiliser les dossiers médicaux électroniques, il existe des possibilités de rationaliser les processus d'aiguillage. Actuellement, votre médecin de famille vous dirigera probablement vers un spécialiste qui, à son avis, vous convient le mieux. À d'autres endroits, on maintient des registres pour veiller à ce que si un patient de Saint John par exemple est disposé à voir un chirurgien de Campbellton afin de réduire le temps d'attente, il peut le faire. Actuellement, il est très difficile pour un omnipraticien de Saint John de savoir le temps qu'il faut attendre pour voir le chirurgien en question. La centralisation de ces processus aiderait les patients de toute la province, mais exigerait que les hôpitaux travaillent ensemble.

L'année dernière, nous avons demandé l'élaboration de processus de recommandation centralisés et le bon personnel pour assurer l'accès en temps utile aux spécialistes dans le cas des recommandations urgentes et non urgentes. De plus, nous avons demandé au gouvernement de former un partenariat avec les professionnels de la santé dans le but d'élaborer une feuille de route de la régionalisation, et non de la centralisation, qui présente les centres tertiaires et les services qu'ils offrent, ce qui réduirait la nécessité pour chaque hôpital de posséder les mêmes appareils coûteux et d'offrir les mêmes services.⁴⁹

Offrir aux aînés et à leur famille de meilleures options en matière de soins dans la collectivité.

Actuellement au Nouveau-Brunswick, environ 25 % de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes qui seraient mieux servies ailleurs.⁵⁰ Ces patients sont là parce qu'il n'y a pas de meilleure option pour eux au moment voulu. Beaucoup de ces patients attendent qu'un lit se libère dans un foyer de soins de leur localité. Cela crée des problèmes pour les patients demeurant hospitalisés et pour leur famille. De plus, cela nuit à l'efficacité du fonctionnement quotidien des hôpitaux de soins de courte durée, car cela peut contribuer à engorger la salle d'urgence, à annuler des chirurgies et à allonger les temps d'attente d'une admission non urgente à l'hôpital. Cette question a attiré l'attention partout dans le monde au fil du vieillissement de la population, et elle a figuré dans le rapport du Groupe d'experts du premier ministre sur les aînés.⁵¹

Les médecins savent que les patients attendant d'autres options à part l'hospitalisation sont tout d'abord des personnes ayant leur propre histoire et leur propre situation. La construction d'autres foyers de soins ne règlera pas le problème en soi, mais c'est un élément clé; en fait, il y a un mélange de solutions en cause qui touchent le Ministère, le budget et les divisions bureaucratiques. Par exemple, pour pouvoir obtenir son congé de l'hôpital et obtenir une place dans un foyer de soins, le patient doit faire l'objet d'une évaluation par le ministère du Développement social. L'attente de cette évaluation peut être longue. Nous avons besoin de simplicité.

Il existe de nombreuses bonnes initiatives pour remédier à ce problème. L'année dernière, nous avons demandé au gouvernement provincial d'examiner les interactions entre le ministère du Développement social et le ministère de la Santé dans le but d'éliminer les processus bureaucratiques inutiles; de créer de nouveaux postes de navigateurs communautaires des soins de longue durée chargés de travailler avec les personnes et leur famille afin de les aider à accéder aux ressources communautaires; et d'élaborer des lignes directrices et des politiques afin que nos hôpitaux et nos établissements de soins de santé soient plus accessibles et adaptés à l'âge.⁵²

Récompenser les hôpitaux à la fois pour les soins qu'ils dispensent et la qualité.

Imaginez que l'on annonce aux Néo-Brunswickois le 1er avril quel sera leur salaire de l'année. Peu importe le nombre d'heures travaillées ni la qualité de leur travail. S'ils accomplissaient bien leur travail, ils ne peuvent pas recevoir plus d'argent; si leur travail est médiocre, aucun argent ne leur sera enlevé.

En réalité, les hôpitaux sont payés de cette manière au Nouveau-Brunswick dans le cadre d'un système appelé « financement global ». Le Nouveau-Brunswick est l'une des dernières provinces à abandonner ce mode de financement, et le Canada est l'un des derniers pays du monde à continuer d'utiliser ce mode de financement de manière exhaustive.⁵³

Dans de nombreux pays et dans d'autres provinces canadiennes, les hôpitaux sont payés en fonction du nombre de patients qu'ils traitent et de la qualité de leur traitement.⁵⁴ Certaines provinces ont

découvert des lignes directrices axées sur les preuves et ont dit qu'elles verseraient une prime si les professionnels de la santé utilisaient les dernières preuves pour traiter leurs patients.⁵⁵ Ces modes de rémunération des hôpitaux sont tous liés à un modèle de financement connexe appelé « financement axé sur les activités ».

Pour de multiples raisons, certains hôpitaux sont meilleurs dans l'exécution de certaines interventions—ils peuvent disposer d'un meilleur matériel, d'un meilleur personnel ou d'une meilleure technologie. Nous devons récompenser l'excellence en matière de soins de santé. Une des méthodes consiste à s'assurer que le financement suit le patient. Certains groupes étroits d'esprit prétendent que cela provoque des dissensions internes et une course vers le bas, mais la plupart des preuves démontrent un simple fait que tout Néo-Brunswickois comprendrait : les incitatifs stimulent le comportement.⁵⁶ L'année dernière, nous avons demandé au gouvernement de mettre en place dans les hôpitaux un système de paiement axé sur les activités, qui fait en sorte que l'argent suit le patient, quel que soit son lieu de traitement.

Qu'est-ce qui fonctionne bien?

- Le Conseil sur l'innovation et les pratiques exemplaires envisage de normaliser l'utilisation des preuves dans les hôpitaux de la province, et le Secrétariat du renouveau du système de santé effectue un exercice d'établissement de coûts pour voir comment fonctionnent les différents hôpitaux.
- Le site Web provincial sur les temps d'attente s'améliore, et des exemples d'excellence sont en voie de création au fil de la mise en œuvre de l'amélioration des processus.

Que pouvons-nous améliorer?

Harmoniser plus efficacement les personnes et les processus.

- Créer des équipes de professionnels de la santé experts en amélioration de la qualité qui peuvent être affectés dans les divers hôpitaux de la province afin de bâtir la capacité dans notre système.
- Présenter un plan de régionalisation des services hospitaliers axé sur l'excellence de la prestation des services et la qualité dans le système.

Offrir aux aînés et à leur famille de meilleures options en matière de soins.

- Créer un groupe d'action formé de professionnels de la santé et de dirigeants du système chargé de présenter des solutions aux aînés qui attendent dans les hôpitaux. La première étape consiste à créer un système simple pour aider les aînés à quitter l'établissement de soins de courte durée et à accéder aux services à domicile en temps utile.
- Élaborer des outils novateurs pour garder les aînés dans leur domicile le plus longtemps possible; cela comprend des systèmes de transport assuré par des bénévoles, des soins de répit améliorés pour empêcher les familles d'aboutir dans les salles d'urgence par désespoir et des crédits d'impôt aux aînés pour que leur résidence demeure accessible.
- Étendre la portée des incroyables Services extramurs du Nouveau-Brunswick afin de veiller à ce que les aînés reçoivent l'aide nécessaire pour vivre en toute sécurité et heureux dans leur domicile aussi longtemps qu'ils en sont capables.

- Veiller à ce qu'il y ait dans la collectivité une combinaison et un nombre appropriés de logements avec services de soutien (logements avec assistance, foyers de soins spéciaux et foyers de soins) qui répondent à une variété de besoins. Cela devrait être jumelé avec des transitions plus faciles d'un niveau de soins à l'autre.

Récompenser les hôpitaux à la fois pour les soins qu'ils dispensent et la qualité.

- Viser à ce que 25 % du financement des hôpitaux soit assuré par un modèle de paiement mixte qui stimule la productivité et la qualité dans les hôpitaux.
- Encourager les hôpitaux à dispenser aux Néo-Brunswickois des services qui ne se chevauchent pas.

PROFIL DES ÉCONOMIES

En 2008, on a estimé que les « temps d'attente excessifs » associés à quatre interventions prioritaires seulement coûtent au gouvernement provincial 263 millions de dollars du PIB.⁵⁷ La réduction des temps d'attente de 25 % de trois interventions seulement entraînerait pour la province des gains annuels de 65 millions de dollars.

RÉDUCTION DU TOUR DE TAILLE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, l'Association canadienne des actuaires, l'Institut canadien d'information sur la santé : nombreux sont les organismes qui publient des rapports sur la viabilité de notre système de soins de santé. Ils disent que nous utilisons beaucoup de ressources du système de santé pour deux principales raisons : le vieillissement de la population et la mauvaise santé. Il semble que tous aient conclu que la réponse à la viabilité en santé consiste à améliorer constamment l'efficacité de notre système de santé (et il y a du travail à faire ici). Même si des efforts importants et soutenus montrent des signes de progrès⁵⁸, personne ne travaille à grande échelle à améliorer la santé de notre population, et on réduit au minimum ou on évite d'utiliser les ressources du système de santé. Voilà un exemple classique de situation où l'on rate la forêt pour ne voir que l'arbre; dans nos efforts pour améliorer l'efficacité des hôpitaux, nous ignorons ce qui se passe à l'extérieur de leurs murs.

Chaque jour, les médecins voient les conséquences d'une vie malsaine. Récemment, un médecin de Fredericton nous a confié qu'il venait de diagnostiquer le diabète de type 2 chez une préadolescente, une maladie que l'on voit souvent chez les personnes d'âge moyen aux habitudes de vie médiocres. Elle était en léger surpoids et passait la majorité de son temps d'éveil assise en classe ou devant l'écran de télévision. Cette jeune fille devra prendre des médicaments et suivre une thérapie toute sa vie au coût incroyable de sa propre santé et des contribuables du Nouveau-Brunswick.

Nous devons nous concentrer sur le mode de vie sain de tous les partenaires, en particulier ceux à l'extérieur du système de santé. Les médecins ont intensifié leurs efforts par des nombreux moyens, et il reste encore beaucoup de travail à faire. Mais ce sont les choix des parents qui détermineront si l'enfant grandira ou non pour faire des choix sains en matière d'activité et de nutrition. C'est le facteur déterminant le plus important.

Pour améliorer la santé de la population, nous devons nous concentrer sur les trois domaines clés suivants :

- Des écoles et des lieux de travail plus sains;
- Des familles plus conscientes de l'importance de la santé;
- La prestation de services d'aide et de sensibilisation dans nos collectivités et l'ensemble de la province.

Des écoles et des enfants plus sains.

Les écoles devraient être des lieux d'application des valeurs, et le Nouveau-Brunswick a déjà été un exemple à suivre en matière d'aide aux parents à développer des enfants en santé. Nous avons été parmi les premières provinces à interdire la vente d'aliments faibles en valeur nutritive lors des initiatives de collecte de fonds et par les distributrices automatiques.⁵⁹ Mais nous pourrions en faire plus; trop d'écoles servent des hot-dogs et des frites.

Au Manitoba, l'éducation physique est obligatoire à l'école secondaire, jusqu'à la fin de la 12^e année. Cela pourrait aider nos adolescents à faire de l'activité physique. Et des cours d'éducation familiale (appelés anciennement économie domestique ou enseignement ménager) aideraient les jeunes à comprendre comment faire la cuisine avec des aliments sans emballage de plastique. De plus, il a été démontré que les « classes actives », qui encouragent le mélange d'activité modérée et de cours, connaissent d'excellents résultats sur le plan de l'apprentissage comme tel et sur le plan de la forme physique.

Finalement, le rôle des écoles en tant que plaques tournantes de la communauté est important. De nombreuses écoles encouragent l'activité en ouvrant leurs portes après les heures afin d'offrir des circuits de marche dans leurs corridors, du soccer sur leurs terrains et du basketball dans leur gymnase. Nous appuyons entièrement cette démarche comme une initiative provinciale qui, à notre avis, offre des avantages à la fois aux communautés actives et aux écoles.

L'an dernier, nous avons demandé au ministère de l'Éducation de repenser sa politique sur la vie saine afin d'établir encore la barre pour la nation; d'encourager à inclure dans le programme scolaire de l'éducation physique et des classes actives; et d'exhorter les écoles à faire des efforts raisonnables pour devenir des lieux d'activité physique au sein de leur collectivité à l'extérieur des heures de classe.

Encourager les parents et les lieux de travail à mettre l'accent sur la santé.

Les médecins réfutent l'idée que les écoles et les enseignants sont responsables d'encourager les comportements sains. La recherche est claire : le rôle de la famille dans l'enseignement de comportements sains est le lien le plus clair avec le comportement des enfants. Le fait de manger devant la télévision, de consommer des boissons sucrées entre les repas et de sauter le petit déjeuner a été associé à un risque accru d'obésité chez les enfants^{60,61}. Inversement, les parents qui offrent des choix de nourriture santé à leurs enfants et qui participent aux activités physiques de leurs enfants élèvent des enfants en meilleure santé.⁶²

On a versé des millions de dollars dans la recherche sur l'obésité chez les enfants. Les recommandations sont simples. Les stratégies efficaces comprennent la présentation de modèles aux enfants; l'utilisation de matériel pédagogique comme le Guide alimentaire canadien (et la version pour enfant du Guide alimentaire canadien); la réduction des boissons sucrées⁶³ et l'augmentation de la consommation de lait faible en gras ou d'eau; la consommation de plus de légumes; la réduction du temps devant le petit écran; et la consommation des repas en famille à la maison.

Tout comme nos enfants qui passent une bonne partie de leur temps d'éveil à l'école, les adultes passent une quantité de temps égale ou supérieure au travail. Un certain nombre de facteurs déterminent notre lieu de travail, mais les différents types d'emploi ont différents liens avec l'obésité⁶⁴. On peut affirmer sans hésitation que les employeurs du Nouveau-Brunswick pourraient en faire davantage pour permettre à leurs employés d'adopter un mode de vie sain et constater les effets positifs sur leurs propres résultats grâce aux gains de productivité et à la réduction des blessures.

L'association avec les blessures et l'obésité découle de la fatigue, des limites physiques et de l'ergonomie, des médicaments et de l'utilisation moindre d'équipement de protection personnelle⁶⁵. Il y a une corrélation évidente entre l'obésité et le rendement au travail. Les travailleurs obèses s'absentent plus fréquemment et plus longtemps⁶⁶, et ils sont plus aptes à signaler un niveau élevé de stress au travail et un faible soutien des collègues de travail⁶⁷. La réduction ou la prévention de l'obésité au travail aurait de multiples avantages potentiels pour la santé et augmenterait la productivité et le rendement au travail.

Offrir de l'aide et sensibiliser par l'entremise de nos collectivités et du gouvernement provincial.

L'obésité affecte plus que la santé : elle a des répercussions sur notre économie. L'estimation la plus prudente pour l'économie canadienne est que l'obésité a coûté 4,6 milliards de dollars en 2008.⁶⁸ Selon une estimation approximative par habitant, cela supposerait pour le Nouveau-Brunswick un coût supérieur à cent millions de dollars par année. Nous soupçonnons que le chiffre réel est en fait beaucoup plus élevé. De plus, notre système de santé en paie le prix. En Ontario, on a estimé que les coûts du médecin étaient de 15 à 18 % supérieurs chez les adultes obèses par rapport aux adultes non obèses. Et comme le Nouveau-Brunswick fait face à une pénurie chronique de médecins, la réduction de l'obésité pourrait aider les professionnels de la santé et les budgets provinciaux.

La proportion de nourriture consommée à l'extérieur de la maison a augmenté de façon spectaculaire.⁶⁹ L'étiquetage nutritionnel des menus fournit une meilleure information aux clients des restaurants à service rapide. On l'utilise aux États-Unis et en Europe. Les menus devraient renseigner les consommateurs au point de vente. Il est inefficace d'enfourer l'information nutritionnelle dans des brochures.

L'augmentation du nombre de banlieues et les distances accrues au sein des collectivités ont facilité le déplacement en voiture, mais rendu le transport actif (marche, vélo, etc.) difficile. Il a été démontré que les personnes qui habitent dans des quartiers offrant des possibilités d'activité physique sécuritaire (grâce à des sentiers, des trottoirs et des voies cyclables) sont plus actives et ont des taux d'obésité inférieurs.⁷⁰

L'an dernier, nous avons demandé au gouvernement d'appuyer davantage les réseaux de mieux-être communautaires; de travailler avec les professionnels afin d'encourager les patients à prendre en charge leur propre santé; et de créer une stratégie sur l'obésité infantile assortie d'un échéancier et de résultats mesurables.

Qu'est-ce qui fonctionne bien?

- Le gouvernement provincial a augmenté ses investissements dans sa stratégie sur le mieux-être et, dans le cadre de cette dernière, il appuie la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique, qui aide à coordonner le travail sur la promotion de la santé. Une initiative connexe, Joignez le mouvement du mieux-être, promeut les avantages d'une vie saine.
- Au cours des derniers mois, le ministère de la Santé publique du N.-B. a créé le Cadre d'action de la Santé publique en nutrition; la Stratégie de réduction de la pauvreté du gouvernement provincial aborde les défis que doivent relever les Néo-Brunswickois à faible revenu; et il y a un nouveau ministère des Communautés saines et inclusives, le seul ministère du gouvernement à recevoir du financement annuel accru au cours des quatre dernières années.

Que pouvons-nous améliorer?

Des écoles et des enfants en meilleure santé.

- Les écoles doivent veiller à appliquer la politique 711 et viser à relever la barre en proposant de nouvelles lignes directrices sur les techniques de classe active et en offrant leurs installations aux collectivités.

Régies régionales de la santé en santé

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick est le plus important employeur du Nouveau-Brunswick. En devenant un employeur plus soucieux de la santé pour les enseignants, les infirmiers/ infirmières et les bureaucrates, et par l'entremise de multiples organismes gouvernementaux comme Énergie NB et les régies régionales de la santé, le gouvernement provincial pourrait fixer la norme en matière de mode de vie sain au travail.

Les médecins travaillent dans l'environnement des régies régionales de la santé et comprennent comment les milieux de travail peuvent influencer sur notre propre capacité à faire des choix santé. Les RRS ont l'occasion par excellence de devenir des chefs de file dans le domaine de la vie saine au travail. D'autres ailleurs au pays en font autant.

Le programme Healthy Food in Health Care⁷² encourage l'amélioration des pratiques de nutrition et d'alimentation dans les établissements de soins de santé. Il offre une variété de renseignements destinés à améliorer la qualité nutritive des aliments servis. Même s'il y a des coûts, nous croyons que la nourriture servie aux patients dans les hôpitaux doit être améliorée; les options offertes aux personnes qui prennent soin de ces patients devraient également être améliorées.

Nous demandons aux RRS de devenir les championnes de la vie saine au Nouveau-Brunswick.

- Le ministère de l'Éducation devrait ajouter des cours d'éducation familiale et d'éducation physique obligatoires au programme scolaire jusqu'à la fin de la 12e année.

Encourager les parents et les lieux de travail à mettre l'accent sur la santé.

- Les parents doivent surveiller la consommation des boissons sucrées et le temps passé devant l'écran à la maison.
- Les chambres de commerce doivent encourager activement leurs membres à s'associer à la Communauté de pratique du mieux-être en milieu de travail du Nouveau-Brunswick, qui offre des ressources et des conseils sur la manière d'être un employeur plus sain.

Offrir de l'aide et sensibiliser par l'entremise de nos collectivités et du gouvernement provincial.

- La législation provinciale devrait exiger que les restaurants à service rapide affichent le contenu calorique de leurs produits au menu.
- Les administrations municipales peuvent aider en construisant des rues complètes, c'est-à-dire qui combinent les atouts propres aux piétons, au transit et aux vélos et des mesures pour réduire la vitesse du trafic. En fait, à la fois les régions rurales et urbaines devraient explorer le développement dans l'optique des effets liés à la santé sur l'environnement bâti.
- De plus, les collectivités peuvent partager les efforts initiaux pour créer des jardins communautaires, qui permettent à la fois de nourrir des familles provenant de divers milieux économiques et de promouvoir l'information sur la nutrition.

PROFIL DES ÉCONOMIES

Dans un rapport commandé par le gouvernement provincial, on a estimé que la réduction de notre niveau d'obésité pour atteindre la moyenne canadienne réduirait de 10 % les jours-patients à l'hôpital⁷¹; si la prédiction du gouvernement est juste, le Nouveau-Brunswick pourrait économiser 52 millions de dollars par année.

FAIT : Cette année, le ministère de la Santé avait un budget de 2,6 milliards de dollars. Le budget du ministère des Communautés saines et inclusives était de 18 millions de dollars. Autrement dit, une estimation approximative démontre que nous dépensons moins d'un sou pour la « prévention » par chaque huard dépensé pour la « guérison ». Et nous connaissons tous le vieil adage au sujet de la valeur de la prévention.

RÉSUMÉ

Avant toute intervention, les médecins doivent obtenir le « consentement éclairé » de leurs patients. Cela signifie que nous devons les prévenir des risques liés à l'intervention en cause et veiller à ce qu'ils possèdent toute l'information dont ils ont besoin avant d'accepter l'intervention.

Dans un souci de transparence, nous voulons traiter de deux points. Premièrement, toutes les idées pour améliorer la viabilité ne sont pas exposées dans notre plan. Dans le cas de certaines idées populaires, comme l'imposition d'une taxe sur la malbouffe, c'est parce que la décision n'a pas encore été prise, et que nous voulions que le présent plan soit axé sur des preuves qui peuvent être appliquées efficacement dans notre province. Certaines idées ont été écartées du rapport parce que nous souhaitons être assez brefs pour que notre plan soit lu par de nombreux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. Nous invitons les autres à ajouter leurs réflexions au mélange et à terminer ce que nous avons commencé.

Deuxièmement, nous sommes pleinement conscients qu'il y a de bonnes raisons pour lesquelles nous n'avons pas encore réussi à réaliser bon nombre des stratégies présentées ici. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles nous avons des temps d'attente dans la province. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles tous les enfants néo-brunswickois n'ont pas de cours au gymnase chaque jour. Surtout, il y a de bonnes raisons pour lesquelles certains parents n'ont pas le choix – voire aucun – dans ce que leurs enfants mangent. (Ce fait devrait nous déranger tous si nous avons le choix concernant ce que nos enfants mangent afin de nous assurer que nous leur donnons ce qu'il y a de mieux.)

Les médecins ont un stéthoscope. Nous avons des otoscopes. Nous avons des lampes de diagnostic, des carnets de prescription et des brassards de tensiomètre. Mais même si nous avons le meilleur de ce que la science puisse offrir, nous n'avons pas de baguette magique pour effacer les raisons historiques de ne pas faire quelque chose. Nous savons que la plupart des raisons de ne pas faire quelque chose peuvent être éliminées lorsque les bonnes personnes travaillent ensemble à apporter des changements.

En tant que profession, nous croyons que le fait de miser sur les soins axés sur la santé plutôt que sur la maladie; d'aborder les problèmes réels, et non les symptômes; de faire des choix santé; et d'écouter les travailleurs des premières lignes peut faire économiser de grandes quantités d'argent. Mais notre « plan de santé » vise d'abord et avant tout à ce nous vivions en meilleure santé, à ce que nous dispensions de meilleurs soins et à avoir des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises plus heureux.

Nous voyons 20 000 patients par jour. Nous sommes voués à votre santé et nous sommes convaincus que les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises méritent un système de santé universel financé par l'État. Il nous a été légué par une génération qui a mené des luttes plus sévères que celle que nous menons aujourd'hui contre la paperasserie, contre l'obésité, contre la complaisance. Il est indubitable que les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises ont la détermination, l'intelligence et la passion pour réussir – nous le voyons dans le visage de nos patients dans nos cabinets et nos salles d'urgence. Accordons toute notre attention aux vies entières, et non seulement aux exercices fiscaux.

RÉFÉRENCES

- 1 Début des séances de consultation le plan provincial de la santé, ministère de la Santé, 13 juin 2012. <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2012.06.0521.html>
- 2 L'expertise des actuaires pourrait réduire les coûts des soins de santé du Nouveau-Brunswick, 2 juillet 2013. Institut canadien des actuaires (ICA) de concert avec le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB). <http://www.cia-ica.ca/fr/publications/d%3c3%a9tails-de-publication/213054>
- 3 Raymond Chabot Grant Thornton, Office of Health System Renewal: Benchmarking and Performance Improvement Project, April 25, 2013. <http://www.gnb.ca/0212/values/pdf/OHSR%20Phase%201%20Final%20Report%2025-04-2013.pdf>
- 4 CBC News, New Brunswick ranks 2nd highest for seniors, May 29, 2012. <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/story/2012/05/29/nb-census-aging-population.html>
- 5 Bureau du médecin-hygiéniste en chef de la Santé, Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick : L'obésité au Nouveau-Brunswick, juin 2012. http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Indicateurs_sante5.pdf
- 6 SMNB, Un autre coup d'oeil aux coûts de notre système de soins de santé, 17 janvier 2013. <http://nbms.nb.ca/nouvelles/un-autre-coup-d-oeil-aux-couts-de-notre-systeme-de-soins-de-sante/>
- 7 SMNB, Présentation à la ministre de la Santé, 2012. <http://www.gnb.ca/0212/values/stakeholder-f.asp>
- 8 Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, La transformation des soins de santé. <http://healthcaretransformation.ca/fr/>
- 9 Doctors call for more input into health care, CBC News, September 5, 2012. <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/story/2012/09/05/nb-healthcare-doctors-input.html>
- 10 A prescription worth filling, New Brunswick Telegraph-Journal, September 7th, 2012 A6
- 11 Jean Saint-Cyr, L'urgence de la santé, L'Acadie Nouvelle, 10 septembre 2012, p. 12.
- 12 Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick, Sondage 2011 sur les soins de santé primaires. http://www.csnb.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm
- 13 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Sondage 2011 sur les soins de santé primaires. http://www.csnb.ca/sondage_soins_primaire_nb.cfm
- 14 SMNB, Sondage : un Néo-Brunswickois sur 10 croit que le gouvernement Alward gère bien le système de santé, 10 juin 2013. <http://nbms.nb.ca/nouvelles/sondage-un-neo-brunswickois-sur-dix-croit-que-le-gouvernement-alward-gere-bien-le-systeme-de-sante/>
- 15 Collège des médecins de famille du Canada, Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale, septembre 2011, p. 20.
- 16 Cadre des soins de santé primaires rendu public, 8 août 2012. <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2012.08.0716.html>
- 17 SMNB, Le renouvellement des soins primaires : une bonne nouvelle pour les patients selon les médecins du Nouveau-Brunswick, 8 août 2012. <http://nbms.nb.ca/nouvelles/le-renouvellement-des-soins-primaires-une-bonne-nouvelle-pour-les-patients-selon-les-medecins-du-nouveau-brunswick/>
- 18 Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, Barbara Starfield, Leiyu Shi, James Macinko. Milbank Q. 2005 September; 83(3): 457-502.
- 19 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 20 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 21 Chan, Ben, Supply of Physicians Services in Ontario, 1999. <http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=OCDYQFJAC&url=http://www.ices.on.ca/2Ffile/2Fmod2rp1.pdf&ei=skv4UbGJZe-4APo0YGIAG&usq=AFQjCNGqX46KEQsWIMG33RQ1dmsnEZ-vVw&sig2=8lBbmpGK2Fcacs11pbBSVw&bvm=bv.49967636.d.dmg>
- 22 Joshua D. Tepper, MD; James T.B. Rourke, MD, Recruiting rural doctors: ending a Sisyphean task, CMAJ • APR. 20, 1999; 160 (8)
- 23 Joshua D. Tepper, MD; James T.B. Rourke, MD, Recruiting rural doctors: ending a Sisyphean task, CMAJ • APR. 20, 1999; 160 (8)
- 24 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 25 Inforoute Santé du Canada, Les nouveaux avantages provenant de l'utilisation du dossier médical électronique dans les cabinets de médecins, avril 2013.
- 26 Inforoute Santé du Canada, Les nouveaux avantages provenant de l'utilisation du dossier médical électronique dans les cabinets de médecins, avril 2013.
- 27 Healthc Q. 2009;12(4):32-44, Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services, Hollander MJ, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A.
- 28 Cassel CK, Guest JA, Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care, JAMA. 2012;307(17):1801-1802. doi:10.1001/jama.2012.476.
- 29 Choosing Wisely, An initiative of the ABIM Foundation, <http://www.choosingwisely.org/>
- 30 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 31 PC Party of Nova Scotia, NDP stalling on merged services in healthcare, March 13, 2013. <http://www.pccaucus.ns.ca/ndp-stalling-merged-services-healthcare>
- 32 Nova Scotia's Liberal Party, South Shore Health Crisis Proof New Approach Needed: McNeil, July 26, 2013. <http://www.liberal.ns.ca/south-shore-health-crisis-proof-new-approach-needed-mcneil/>
- 33 Kelly Cryderman, The Globe and Mail, Alberta Health Minister fires entire board over executive bonuses, June 12, 2013. <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/alberta-health-minister-fires-board-over-executive-bonuses/article12490983/>
- 34 FacilicorpNB, Équipe de direction. http://facilicorpnb.ca/fr/a_propos/equipe_de_direction/
- 35 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick. http://www.nbhc.ca/rencontrez_conseil.cfm
- 36 Réseau de santé Vitalité, Conseil d'administration. <http://www.santevitalitehealth.ca/fr/Default.aspx>
- 37 Réseau de santé Horizon, Membres du Conseil. <http://fr.horizonnb.ca/accueil/à-propos-de-nous/conseil-d-administration.aspx>
- 38 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>

- 39 Raymond Chabot Grant Thornton, Office of Health System Renewal: Benchmarking and Performance Improvement Project, April 25, 2013. <http://www.gnb.ca/0212/values/pdf/OHSR%20Phase%201%20Final%20Report%2025-04-2013.pdf>
- 40 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 41 Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW, Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda, IHI Innovation Series white paper, Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2007.
- 42 Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S., Top 5" Lists Top \$5 Billion. Arch Intern Med. 2011; 171(20):1858-1859. doi:10.1001/archinternmed.2011.501.
- 43 Robert Wood Johnson Foundation, Health Policy Brief: Reducing Waste in Health Care, December 2012.
- 44 Cassel CK, Guest JA., Choosing Wisely: Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care, JAMA. 2012;307(17):1801-1802. doi:10.1001/jama.2012.476.
- 45 Crosson FJ (2009), Change the microenvironment, April 2009, Modern Healthcare and The Commonwealth Fund.
- 46 En 2012, le coût de notre système de santé était estimé à 2,6 milliards de dollars. Au lieu de présumer qu'il y a eu 30 % de gaspillage, nous avons présumé que le gaspillage a été de 3 %, une estimation très prudente. Les médecins contrôlent 80 % des dépenses en santé et nous présumons qu'ils contrôlent la même proportion du gaspillage. Par conséquent, au moins 3 % des dépenses totales du système (78 millions) constituent du gaspillage, et les médecins ont une incidence sur environ 62 millions de dollars.
- 47 Alliance sur les temps d'attente, Les Canadiens attendent toujours trop longtemps pour recevoir des soins de santé : Bulletin sur les temps d'attente au Canada, juin 2013. http://www.waittimealliance.ca/2013/2013-WTA-Report-Card_fr.pdf
- 48 Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Délais d'attente pour la chirurgie au Nouveau-Brunswick. <http://www1.gnb.ca/0217/surgicalwaittimes/Reports/Index-f.aspx?gp=39&tab=0>
- 49 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 50 Réseau de santé Horizon, Faits divers. <http://fr.horizonnb.ca/accueil/à-propos-de-nous/faits-divers.aspx> - Soulignons que les chiffres de Vitalité sont considérés encore plus élevés
- 51 Groupe d'experts du premier ministre sur les aînés, Vivre en santé et bien vieillir, décembre 2012, p. 23.
- 52 SMNB, Présentation au ministre de la Santé. <http://nbms.nb.ca/leadership-2/healthcare-transformation-in-canada/>
- 53 Institut canadien d'information sur la santé, Financement par activité, octobre 2010. <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/health+system+performance/health+funding/activity+based+funding/cihi008054>
- 54 Rob Mickleburgh, Patient-based funding breathes new life into hospitals, Globe and Mail, September 6, 2012. <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/patient-based-funding-breathes-new-life-into-hospitals/article554728/>
- 55 Ministère de la santé et des soins de longue durée, Aperçu de la Réforme du financement du système de santé, 2013. http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding.aspx
- 56 Sutherland, Jason, Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada, Canadian Health Services Research Foundation, 2011.
- 57 Centre for Spatial Economics, The economic cost of wait times in Canada. Prepared for the Canadian Medical Association. 2008.
- 58 Ministère des communautés saines et inclusives, Vivre bien, être bien, 24 juillet 2013. <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/hic-csi/pdf/Wellness-MieuxEtre/WellnessStrategyActionPlan2013-2014.pdf>
- 59 Ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick, (2010), Politique 711, Fredericton
- 60 Santé Canada, 2011, Mesures de suivi et orientations futures, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- 61 ICIS, 2011, L'obésité au Canada, Ottawa, Imprimeur de la Reine.
- 62 Ontario Medical Association, 2009, OMA background paper and policy recommendations on treatment of childhood overweight and obesity, Ontario Medical Review, Feb: 19-36.
- 63 Ontario Medical Association, 2009, OMA background paper and policy recommendations on treatment of childhood overweight and obesity, Ontario Medical Review, Feb: 19-36.
- 64 Raine, K., Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population, 2004, Institut canadien d'information sur la santé.
- 65 Park, J., 2009, Obésité et travail, Perspectives, Statistique Canada, p. 14-22.
- 66 Australian Institute of Health and Welfare, 2005, Obesity and Workplace Absenteeism Among Older Australians, Bulletin 31, October.
- 67 ICIS, 2011, L'obésité au Canada, Ottawa : Imprimeur de la Reine.
- 68 Anis et al., January 2010, Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study, Obesity Review, 31-40.
- 69 Finkelstein et al., 2004, Pros and cons of proposed interventions to promote healthy eating, American Journal of Preventative Medicine, 163-171.
- 70 JL Black and J. Macinko, 2008, Neighborhoods and obesity, Nutrition Review, 66:2-20.
- 71 L'expertise des actuaires pourrait réduire les coûts des soins de santé du Nouveau-Brunswick, 2 juillet 2013, Association canadienne des actuaires (ACA) de concert avec le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB). <http://www.cia-ica.ca/fr/publications/d%c3%a9tails-de-publication/213054>
- 72 Health Care without Harm, Healthy Food in Health Care, <http://www.healthyfoodinhealthcare.org/>
- 73 Ministère des finances du N.-B., Budget de 2013-2014. <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances/budget/2013-2014/budget.html>



**PARTICIPEZ AUX
DISCUSSIONS.**

Renseignez-vous sur le plan des médecins du Nouveau-Brunswick pour réhabiliter les soins de santé et faites connaître vos points de vue.

Facebook: www.facebook.com/CareFirstLaSanteEnPremier
Twitter: twitter.com/nb_docs www.nbms.nb.ca