

Services de soins d'urgence

Chapitre 2

Volume II : Audit de performance
Rapport d'assurance indépendant

Table des matières

Faits saillants du chapitre 2	4
À propos de l'audit	6
Contexte	9
Le cadre de responsabilité ne contient qu'un seul IRC lié aux services d'urgence	11
Absence d'IRC pour le temps d'attente entre l'arrivée et le triage	12
Le ministère n'utilise pas les rapports sur le rendement	13
Les temps d'attente dépassent les mesures de performance établies	14
Possibilité d'évaluer les risques	20
Absence de stratégie globale	21
Insuffisance des espaces de traitement dans les services d'urgence	22
Budget des services d'urgence non basé sur les besoins	25
Rapports incomplets sur le rendement	28
Priorité urgente services de traitement des dépendances et de santé mentale	28
Annexe I : Recommandations et réponses	31
Annexe II : Objectif et critères d'audit	34
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	35

Ministère de la Santé

SERVICES DE SOINS D'URGENCE

SERVICES DE SOINS D'URGENCE

Faits saillants du chapitre 2

Indicateurs de rendement clés incomplets	Les temps d'attente aux services d'urgence dépassent les objectifs fixés	Budget non adapté aux besoins en matière de prestation de services
Absence de stratégie globale pour remédier aux temps d'attente excessifs		

CONCLUSION GÉNÉRALE :

Notre audit a conclu que le ministère de la Santé ne dispose pas de mécanismes de surveillance efficaces pour garantir un accès opportun aux services de soins d'urgence et la production de rapports adéquats à leur sujet.

Aperçu des résultats

SERVICES DE SOINS D'URGENCE

L'accès aux services de soins d'urgence n'est pas offert en temps opportun



CONSTATATIONS

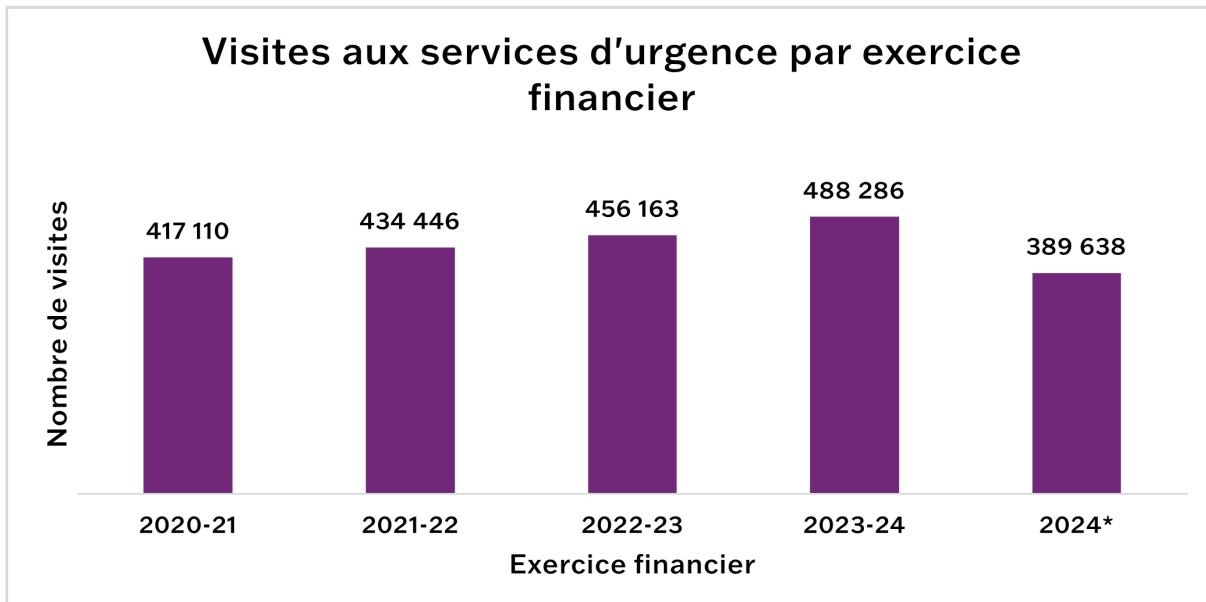
	Aucune stratégie pour remédier aux délais d'attente excessifs
	Seulement 34 % des visites aux services d'urgence ont respecté les objectifs de temps d'attente fixé par les indicateurs de rendement clés (IRC), depuis le triage jusqu'à l'évaluation par un médecin
	Absence de suivi pour analyser les lacunes et les domaines à risque
	Le budget des régies régionales de la santé (RRS) ne tient pas compte des besoins actuels en matière de services
	Tenue irrégulière des dossiers

À propos de l'audit

INTRODUCTION À L'AUDIT

2.1 Les services d'urgence prennent en charge les patients présentant divers problèmes médicaux, allant de troubles mineurs à des urgences mettant leur vie en danger. Ces établissements de soins sont conçus pour traiter en priorité les cas les plus graves.

2.2 Depuis 2020, les services d'urgence du Nouveau-Brunswick ont enregistré plus de 400 000 visites par an. Entre les exercices 2020-2021 et 2023-2024, le nombre de visites a augmenté de 17 %.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

*Du 1er avril 2024 au 31 décembre 2024

2.3 La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit la prestation et l'administration des services de santé. Cette loi stipule que le ministre de la Santé est responsable de l'orientation stratégique du système de santé et peut :

- fixer des buts, des objectifs et des normes pour la prestation des services de santé dans la province ou dans certaines régions de la province
- établir des mesures et des cibles de rendement afin de promouvoir l'utilisation efficace et efficiente des services de santé
- assurer la planification financière, des ressources humaines et des technologies de l'information pour le système de santé

2.4 Les services de soins d'urgence au Nouveau-Brunswick sont assurés par les deux régies régionales de la santé (RRS) parmi 22 services d'urgence.

POURQUOI AVONS-NOUS CHOISI CE SUJET

2.5 L'accès aux services de soins d'urgence est un élément essentiel du système de santé du Nouveau-Brunswick. Un accès en temps opportun augmente les résultats positifs en matière de santé pour les patients de la province.

ENTITÉ AUDITÉE

2.6 Notre entité auditee était le ministère de la Santé. Nous avons également demandé des renseignements et obtenu des éléments de preuves des deux RRS : Réseau de santé Horizon (Horizon) et Réseau de santé Vitalité (Vitalité).

ÉTENDUE DE L'AUDIT

2.7 Aux fins de notre audit, les services de soins d'urgence englobent les services d'urgence et les services prioritaires urgents en matière de traitement des dépendances et de santé mentale.

2.8 L'audit a porté sur la période allant du 1er avril 2020 au 31 décembre 2024. Des informations hors de cette période ont également été recueillies et examinées lorsque cela a été jugé nécessaire. Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné la législation, les politiques, les rapports annuels, les lignes directrices et les données pertinentes concernant l'accès aux services d'urgence et aux services prioritaires urgents en matière de traitement des dépendances et de santé mentale. Nous avons également interrogé le personnel du ministère et des deux RRS et visité les services d'urgence.

2.9 L'annexe II et l'annexe III fournissent de plus amples informations sur les objectifs, les critères, la portée et l'approche de l'audit.

OBJECTIF DE L'AUDIT

2.10 Notre objectif d'audit était de déterminer si le ministère de la Santé dispose de mécanismes de surveillance efficaces pour garantir un accès aux services de soins d'urgence en temps opportun et la production de rapports adéquats à leur sujet.

CONCLUSION

2.11 Notre audit a conclu que le ministère de la Santé ne dispose pas de mécanismes de surveillance efficaces pour garantir un accès opportun aux services de soins d'urgence et la production de rapports adéquats à leur sujet. Dans l'ensemble, nous avons constaté que le ministère de la Santé :

- n'a pas surveillé les indicateurs de rendement clés de performance pertinents pour garantir un accès aux services de soins d'urgence en temps opportun
- n'a pas mis en place de stratégie globale pour combler les lacunes en matière d'accès aux services d'urgence en temps opportun
- n'a pas établi et n'a pas fourni de budget aligné sur l'objectif global d'accès aux services d'urgence en temps opportun
- n'a pas fourni de rapports publics complets sur l'accès aux services d'urgence

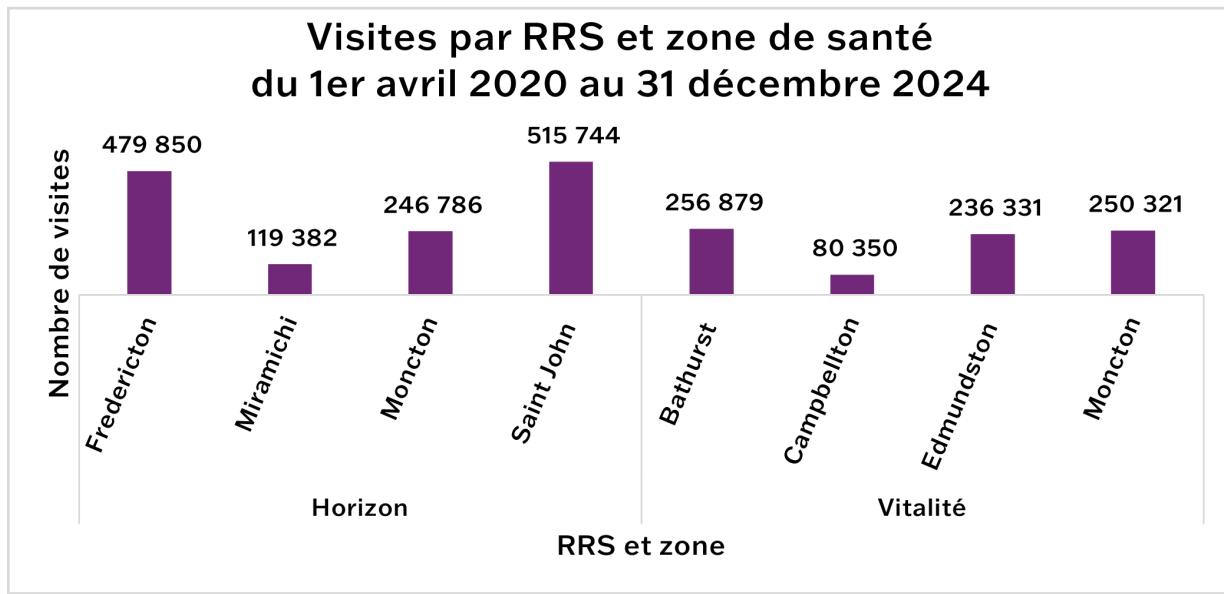
Contexte

2.12 Le ministère de la Santé est responsable de la planification, du financement et du suivi des services hospitaliers, y compris les services d'urgence.

2.13 La Direction des soins aigus du ministère de la Santé est responsable du fonctionnement des hôpitaux et collabore avec les RRS à la planification et à la prestation des soins de santé actifs dans les sept zones de santé de la province.

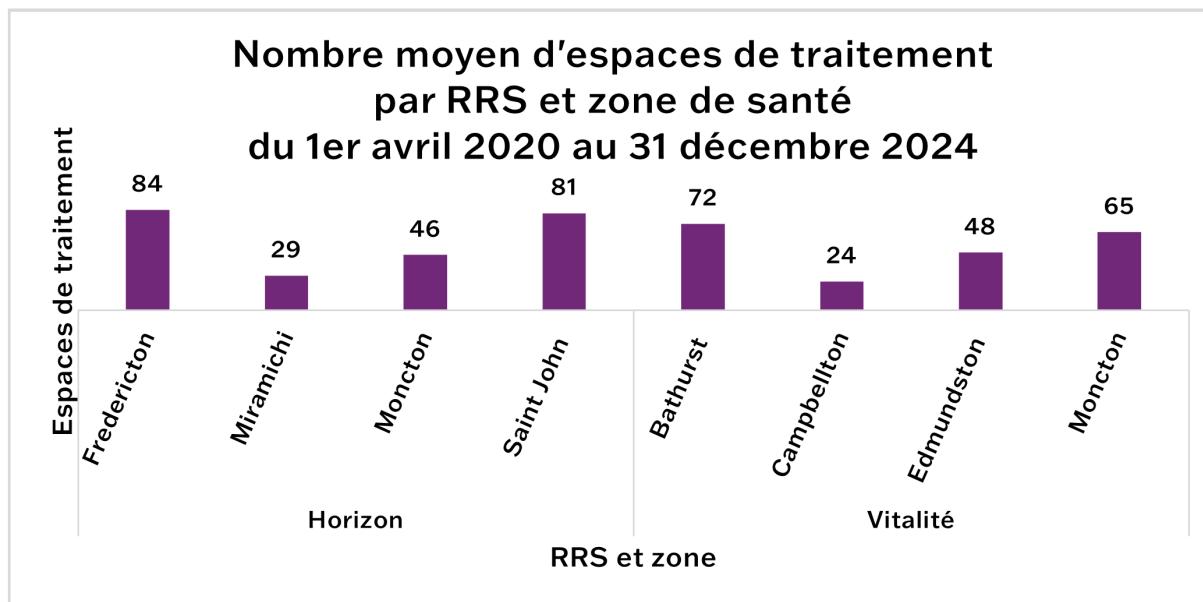
2.14 Les RRS sont responsables de la prestation des services hospitaliers aux Néo-Brunswickois.

2.15 Le nombre de visites aux services d'urgence par RRS et par zone de santé pendant la période visée par l'audit était le suivant :



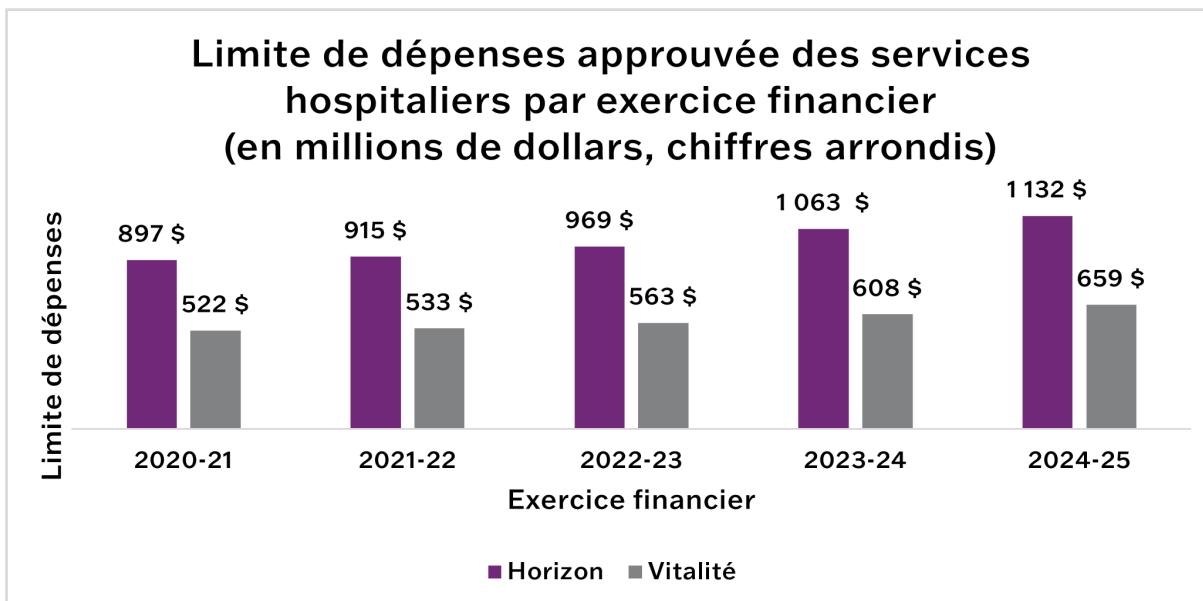
Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.16 Les services d'urgence sont divisés en espaces de traitement, dont certains sont des chambres privées et d'autres des espaces partagés. Le nombre moyen d'espaces de traitement dans les services d'urgence par RRS et zone de santé pendant la période visée par l'audit est le suivant :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.17 Afin de fournir des services hospitaliers, le ministère de la Santé octroie une limite de dépenses approuvée à chaque RRS. Le tableau ci-dessous présente la limite de dépenses par exercice financier :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

Le cadre de responsabilité ne contient qu'un seul IRC lié aux services d'urgence

2.18 Le rôle du ministère de la Santé est de surveiller les services de soins d'urgence. La *Loi sur les régies régionales de la santé* exige que le ministère établisse des exigences en matière de rapports sur les performances des RRS.

2.19 L'article 7 de la *Loi sur les régies régionales de la santé* stipule que le ministre de la Santé doit établir un cadre de responsabilité qui comprend des directives à l'intention des RRS concernant l'établissement de mesures de rendement et d'exigences en matière de rapports.

2.20 Le cadre de responsabilité a pour objectif :

- décrire le rôle du ministre de la Santé, des autres ministres et des RRS, et préciser les responsabilités de chacun envers les autres au sein du système provincial de soins de santé
- fournir des directives aux RRS sur l'établissement d'objectifs stratégiques, de mesures de rendement et d'exigences en matière de rapports

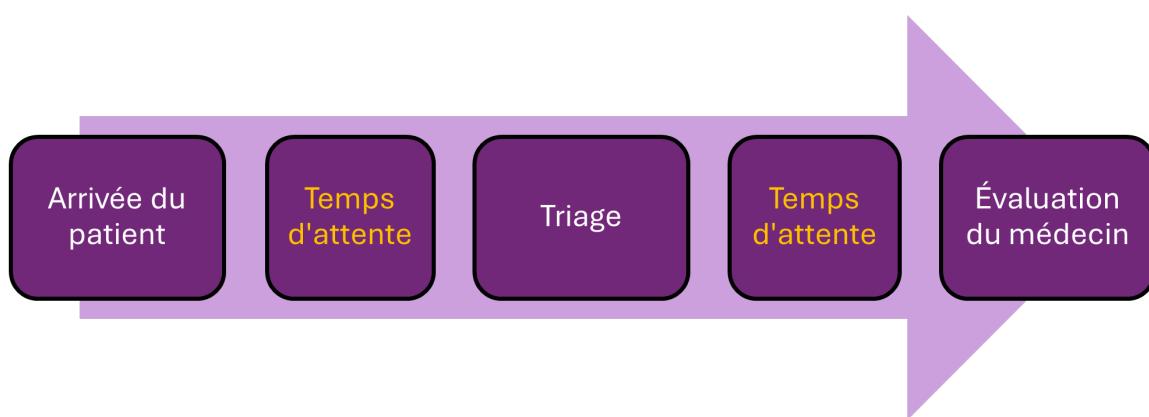
2.21 Au cours de notre période d'audit, le cadre de responsabilité n'avait pas encore été établi, mais il l'a été par la suite, en avril 2025. Nous avons examiné le cadre de responsabilité et avons déterminé qu'il ne contenait qu'un seul IRC lié aux services d'urgence. L'IRC en question était l'objectif de temps d'attente de 30 minutes pour les patients triés au niveau III. Cet indicateur de rendement clés ne tient pas compte du rendement global des services d'urgence, y compris le temps d'attente des patients triés à l'un des quatre autres niveaux.

Recommandation

2.22 Nous recommandons que le ministère de la Santé examine le cadre de responsabilité afin de s'assurer que les indicateurs de rendement liés aux services d'urgence couvrent l'ensemble des patients pris en charge.

Absence d'IRC pour le temps d'attente entre l'arrivée et le triage

2.23 Le flux de patients dans un service d'urgence comporte quelques étapes clés. Les patients sont triés à leur arrivée au service d'urgence. Après le triage, les patients sont examinés par un médecin.



2.24 Le triage est le processus qui consiste à évaluer l'urgence de l'état d'un patient à l'aide de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).

2.25 Le niveau de triage attribué à un patient détermine son niveau de priorité et le temps d'attente prévu avant d'être examiné par un médecin. Ces délais sont mesurés entre le triage et l'évaluation par le médecin. Basés sur l'ÉTG, les indicateurs clés de rendement suivants ont été appliqués par Horizon et Vitalité :

Niveau	Gravité	Doit être vu par un médecin dans les
I	Réanimation	Immédiat (0 minutes)
II	Très urgent	15 minutes
III	Urgent	30 minutes
IV	Moins urgent	60 minutes
V	Non-urgent	120 minutes

2.26 Les lignes directrices de l'ÉTG indiquent que le triage doit avoir lieu dans les 10 minutes suivant l'arrivée. Cependant, cet objectif n'a été adopté ni par le ministère ni par les RRS.

2.27 Nous avons examiné les données pour notre période d'audit et avons constaté que tous les établissements ne consignent pas l'heure d'arrivée. Aucun des établissements Vitalité n'enregistre les heures d'arrivée, tandis que six des 13 établissements Horizon le font.

2.28 L'arrivée au triage est un moment critique, car les patients n'ont pas encore été évalués et leur niveau de priorité n'est pas encore connu. Tout retard dans le traitement pourrait présenter des risques pour la santé et avoir un impact sur le patient.

Recommandation

2.29 Nous recommandons que le ministère de la Santé établisse des indicateurs de rendement clés mesurables concernant le temps d'attente entre l'arrivée et le triage.

Le ministère n'utilise pas les rapports sur le rendement

2.30 L'article 5.1 de la *Loi sur les régies régionales de la santé* stipule que le ministre de la Santé peut « établir des mesures et des objectifs de rendement pour promouvoir l'utilisation efficace des services de santé ».

2.31 Le ministère nous a informés qu'il recevait des rapports sur des indicateurs tels que le nombre de visites aux services d'urgence par niveau de l'ÉTG, mais ces rapports ne comprennent pas les résultats des IRC de temps d'attente. Les RRS analysent et surveillent les données relatives aux temps d'attente par rapport aux indicateurs clés de performance, mais ces informations ne sont pas obtenues par le ministère.

2.32 Nous avons obtenu et analysé une copie du rapport sur le volume du ministère et avons constaté que le nombre total de visites aux services d'urgence a augmenté de 17 % entre les exercices 2020-2021 et 2023-2024. Les trois établissements suivants ont vu leur nombre de visites annuelles augmenter de plus de 50 % au cours de cette période :

- Hôpital général de Grand-Sault
- Hôtel-Dieu de Saint-Joseph (Perth-Andover)
- Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

2.33 Les performances doivent être suivies et évaluées par rapport aux objectifs fixés. Sans comprendre les temps d'attente aux services d'urgence et la réalisation des IRC, le ministère ne sait pas quelles lacunes peuvent exister dans l'accès en temps opportun, afin de prendre des décisions stratégiques et d'allouer les ressources.

Recommandation

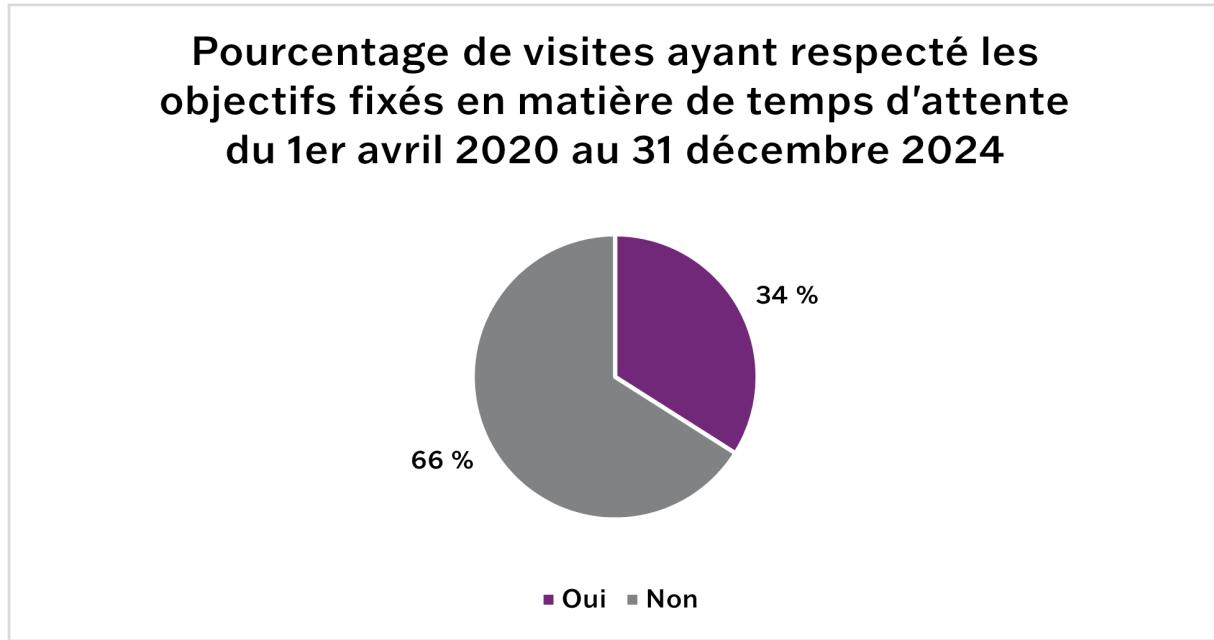
2.34 Nous recommandons que le ministère de la Santé examine les données sur le temps d'attente aux services d'urgence afin d'identifier et de traiter les risques qui pourraient nuire à la prestation des services en temps opportun.

Les temps d'attente dépassent les mesures de performance établies

2.35 L'accès aux services de soins d'urgence en temps opportun est essentiel pour obtenir des résultats positifs pour les patients. Les longs délais d'attente peuvent entraîner des résultats moins favorables et sont un facteur clé qui pousse les patients à quitter les services d'urgence sans avoir été examinés par un médecin.

2.36 D'après les données obtenues auprès des RRS, 249 158 patients ont quitté les services d'urgence sans avoir été examinés par un médecin pendant la période visée par notre audit.

2.37 Nous avons analysé les données relatives à 1 464 557 visites aux services d'urgence. Nous avons constaté que 66 % de ces visites ne respectaient pas les objectifs fixés par l'ÉTG en matière de temps d'attente entre le triage et l'évaluation par un médecin.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.38 Nous avons examiné ces objectifs plus en détail par niveau de l'ÉTG, et les résultats sont les suivants :

Niveau	Objectif	Nombre de patients	Taux d'atteinte de l'objectif
I	Immédiat	6 557	56 %
II	15 minutes	202 138	25 %
III	30 minutes	502 567	24 %
IV	60 minutes	655 482	39 %
V	120 minutes	97 813	71 %

2.39 Les données provenant des RRS indiquaient que 2 185 643 visites aux services d'urgence avaient été enregistrées dans toute la province pendant la période visée par l'audit. Cependant, nous n'avons pas pu analyser 471 928 dossiers en raison de données incomplètes.

2.40 1 030 dossiers indiquaient des temps d'attente supérieurs à une semaine :

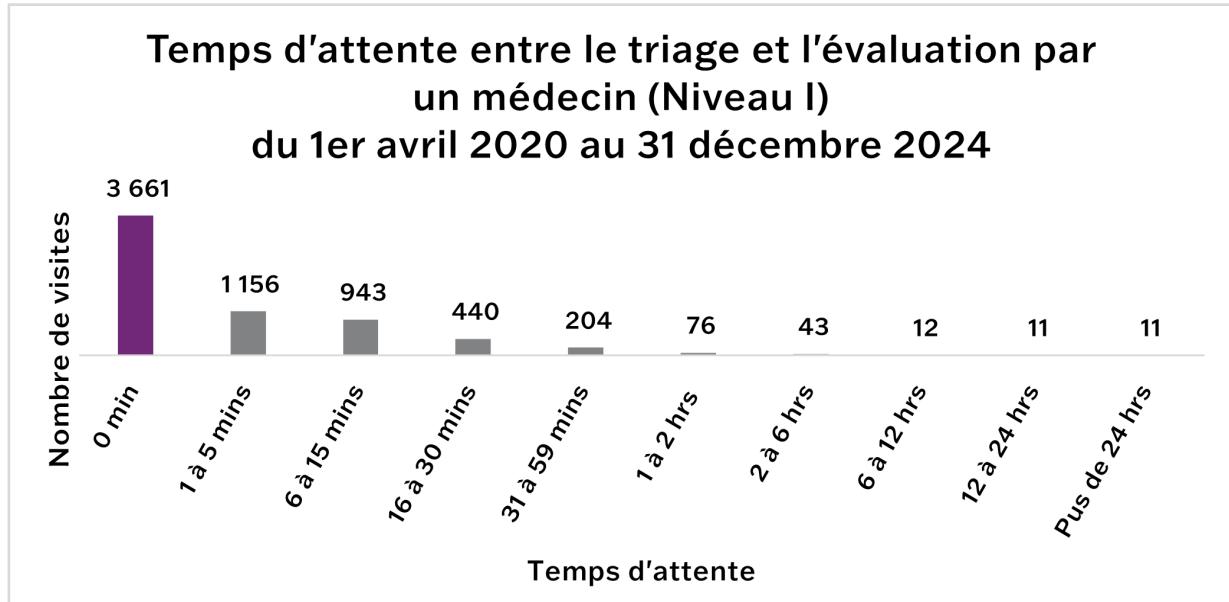
- nous avons examiné 20 en détail et avons constaté que tous les cas étaient dus à des erreurs de données
- cinq dossiers indiquaient qu'un patient avait attendu 20 ans ou plus avant d'être vu
- neuf dossiers comportaient des dates postdatées d'évaluation par un médecin

NIVEAU I

2.41 Le niveau I est la priorité la plus urgente de l'ÉTG. Ces patients ont besoin d'une réanimation et doivent être examinés immédiatement.

2.42 Au cours de notre période d'audit, 6 557 visites ont été classées au niveau de triage I. Les données indiquaient que :

- 44 % de ces visites n'ont pas été examinées par un médecin dans le délai prévu
- 77 patients ont attendu plus de deux heures entre le triage et l'évaluation par un médecin, dont 11 pendant plus de 24 heures



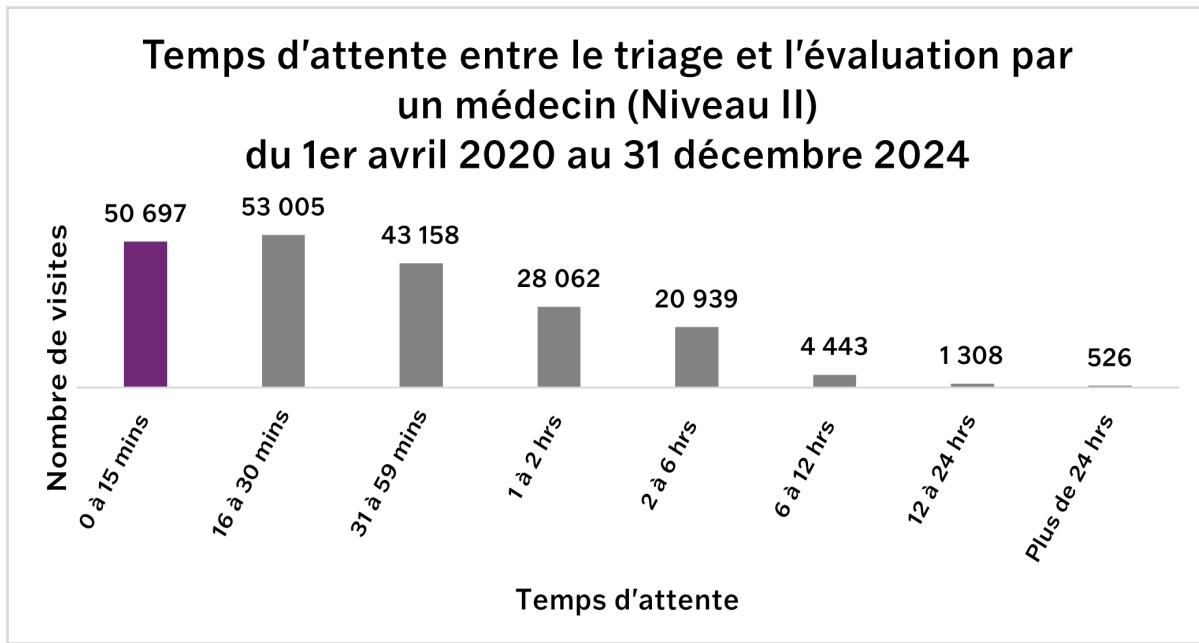
Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

NIVEAU II

2.43 Le niveau II de l'ÉTG est attribué aux patients qui présentent des problèmes de santé très urgents. Il s'agit par exemple de traumatismes crâniens graves ou de douleurs thoraciques. L'ÉTG indique que ces patients doivent être examinés par un médecin dans les 15 minutes.

2.44 Au cours de notre période d'audit, 202 138 visites ont été classées au niveau II de triage. Les données indiquent que :

- 75 % de ces visites n'ont pas été examinées par un médecin dans le délai prévu
- 27 216 patients ont attendu plus de deux heures entre le triage et l'examen médical, et 526 ont attendu plus de 24 heures



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

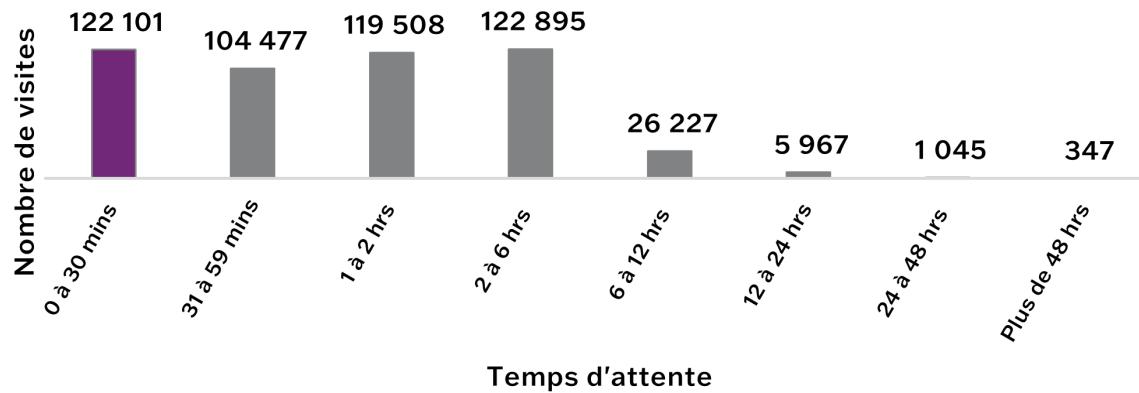
NIVEAU III

2.45 Le niveau III de l'ÉTG est attribué aux patients qui présentent des problèmes de santé urgents. Il s'agit par exemple de fractures et de luxations. L'ÉTG indique que ces patients doivent être examinés par un médecin dans les 30 minutes.

2.46 Au cours de la période d'audit, 502 567 visites ont été classées au niveau III de triage. Les données indiquent que :

- 76 % de ces visites n'ont pas été examinées dans le délai prévu
- 33 586 patients ont attendu plus de six heures entre le triage et l'examen médical, et 347 ont attendu plus de 48 heures

Temps d'attente entre le triage et l'évaluation par un médecin (Niveau III) du 1er avril 2020 au 31 décembre 2024



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

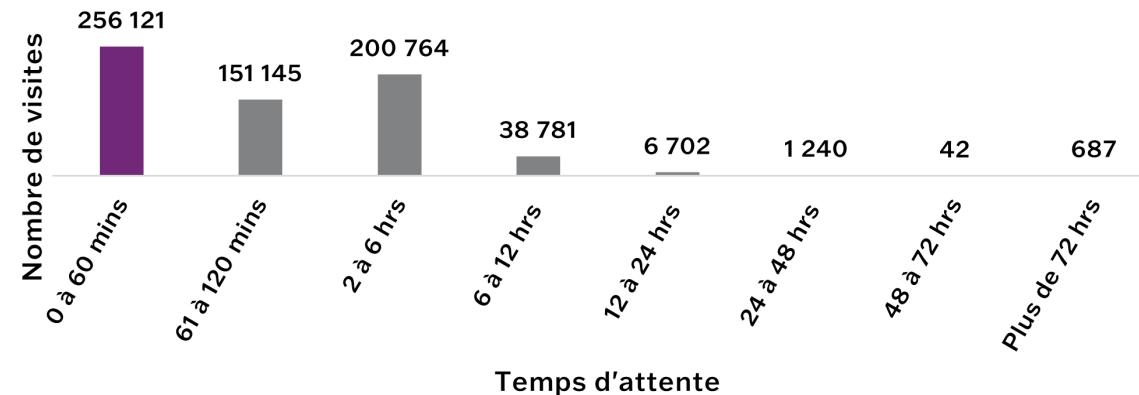
NIVEAU IV

2.47 Le niveau IV de l'ÉTG est attribué aux patients présentant des problèmes de santé moins urgents, tels que la grippe ou des maux d'oreille. L'ÉTG indique que ces patients doivent être examinés par un médecin dans les 60 minutes.

2.48 Le niveau IV était le niveau de l'ÉTG le plus fréquemment attribué. Au cours de l'audit, 655 482 consultations ont été classées dans cette catégorie. Les données indiquaient que :

- 61 % de ces consultations n'ont pas été examinées par un médecin dans le délai prévu
- 8 671 patients ont attendu plus de 12 heures entre le triage et l'examen médical, et 687 ont attendu plus de 72 heures

Temps d'attente entre le triage et l'évaluation par un médecin (Niveau IV) du 1er avril 2020 au 31 décembre 2024



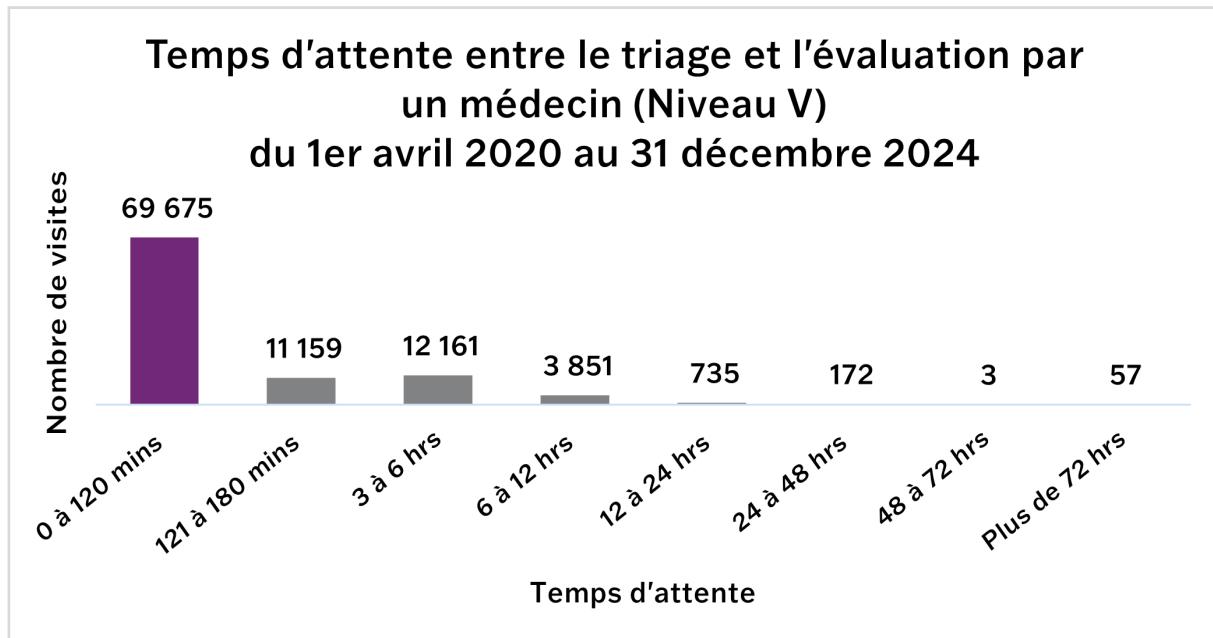
Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

NIVEAU V

2.49 Le niveau V concerne les cas non urgents et correspond à la priorité la plus faible attribuée dans l'ÉTG. Il s'agit par exemple de lacerations et d'entorses mineures. L'ÉTG indique que ces patients doivent être examinés par un médecin dans les 120 minutes.

2.50 Au cours de l'audit, 97 813 patients ont été classés au niveau V de triage. Les données indiquent que :

- 29 % de ces visites n'ont pas été examinées par un médecin dans le délai prévu
- 967 patients ont attendu plus de 12 heures entre le triage et l'examen médical, dont 57 ont attendu plus de 72 heures



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

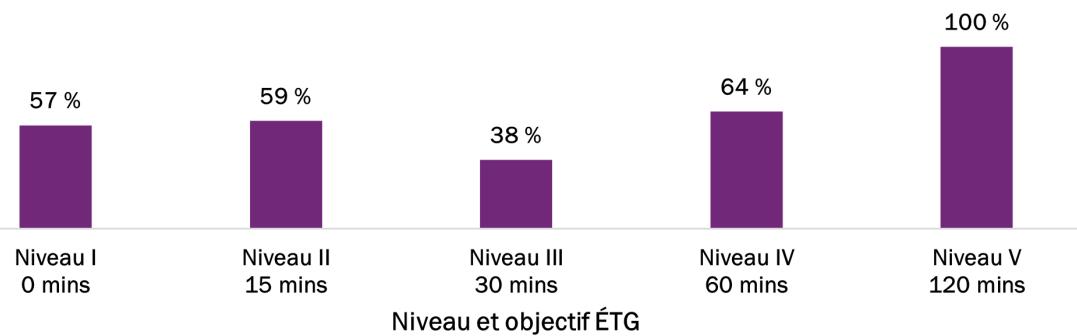
Possibilité d'évaluer les risques

AUCUN EXAMEN DES DONNÉES RELATIVES AU TEMPS D'ATTENTE DES PERSONNES DÉCÉDÉES

2.51 Au cours de notre période d'audit, nous avons constaté que 2 199 patients des services d'urgence ont été déclarés décédés après leur arrivée.

2.52 Nous avons examiné le temps d'attente des patients entre le triage et leur première évaluation par un médecin pour 1 287 décès. Dans l'ensemble, nous avons constaté que 43 % de ces patients n'avaient pas été examinés dans les délais fixés par l'ÉTG. Les résultats par niveau de l'ÉTG sont présentés ci-dessous :

Pourcentage de visites ayant respecté les objectifs fixés en matière de temps d'attente (patients décédés) du 1er avril au 31 décembre 2024



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.53 Le ministère n'obtient pas d'informations sur les décès dans les services d'urgence, telles que les temps d'attente qui y sont associés. Il s'agit d'une occasion manquée pour le ministère de comprendre les facteurs qui contribuent à ces cas et la manière dont les stratégies et les ressources peuvent contribuer à améliorer les résultats.

Recommandation

2.54 Nous recommandons que le ministère de Santé examine les données sur les personnes décédées afin d'évaluer les risques et les possibilités dans l'élaboration des stratégies visant à améliorer les résultats.

Absence de stratégie globale

2.55 Conformément à l'article 6 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, « le ministre établit [...] un plan provincial de santé qui comprend les priorités et les objectifs provinciaux pour la prestation de services de santé dans la province ».

2.56 En 2021, le ministère de la Santé a établi un plan provincial quinquennal. Les objectifs et priorités provinciaux de ce plan incluent :

- traiter entièrement la liste d'attente pour l'accès aux soins de santé primaires
- permettre aux Néo-Brunswickois de gérer leur santé de manière proactive en leur donnant accès à leurs propres renseignements médicaux grâce à MaSantéNB
- élargissant le rôle des pharmaciens et en facilitant l'accès aux soins primaires
- réduire les temps d'attente pour les patients souffrant d'une dépendance ou en situation de crise de santé mentale

2.57 Bien que ces priorités puissent contribuer à réduire les temps d'attente aux services d'urgence, le plan ne contenait pas d'objectifs ou de priorités spécifiques pour combler toutes les lacunes en matière d'accès aux services d'urgence.

2.58 Comme le ministère ne surveillait pas les données sur les temps d'attente aux services d'urgence, ces informations n'étaient pas disponibles pour éclairer la stratégie.

2.59 Nous avons demandé au ministère si ses stratégies atteignaient des résultats et avons été informés qu'il ne surveillait pas activement dans quelle mesure ces initiatives avaient détourné les patients des services d'urgence.

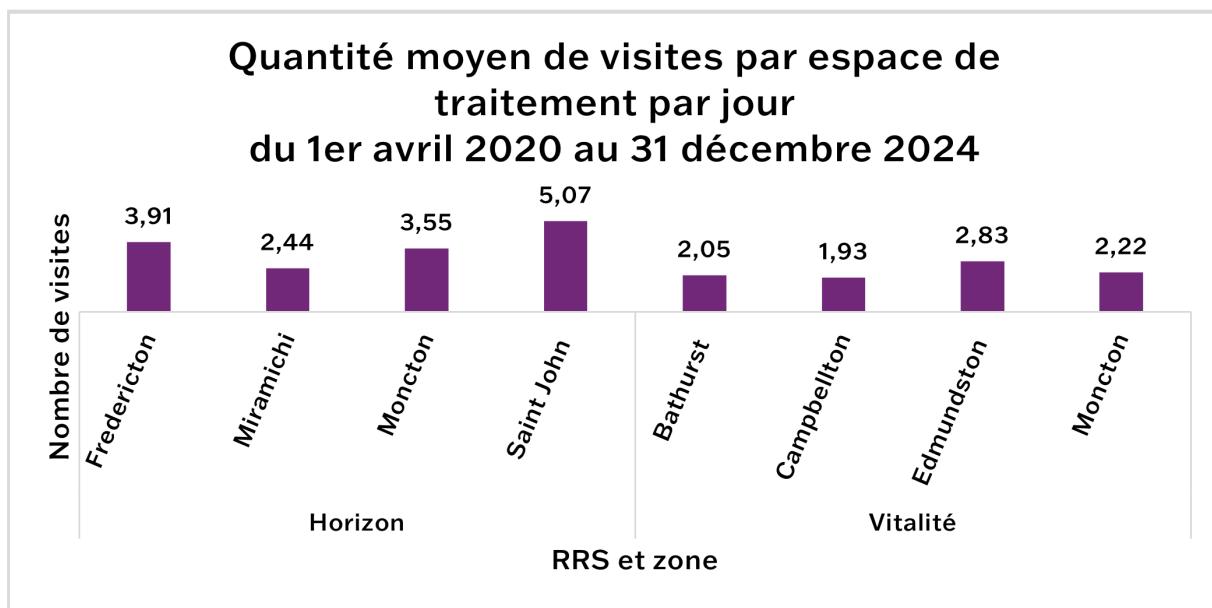
Recommandations

2.60 Nous recommandons que le ministère de la Santé élabore une stratégie globale pour répondre aux besoins des services d'urgence, comprenant les résultats attendus, les délais et les ressources nécessaires.

2.61 Nous recommandons que le ministère de la Santé surveille et rende compte de la réalisation des résultats de la stratégie.

Insuffisance des espaces de traitement dans les services d'urgence

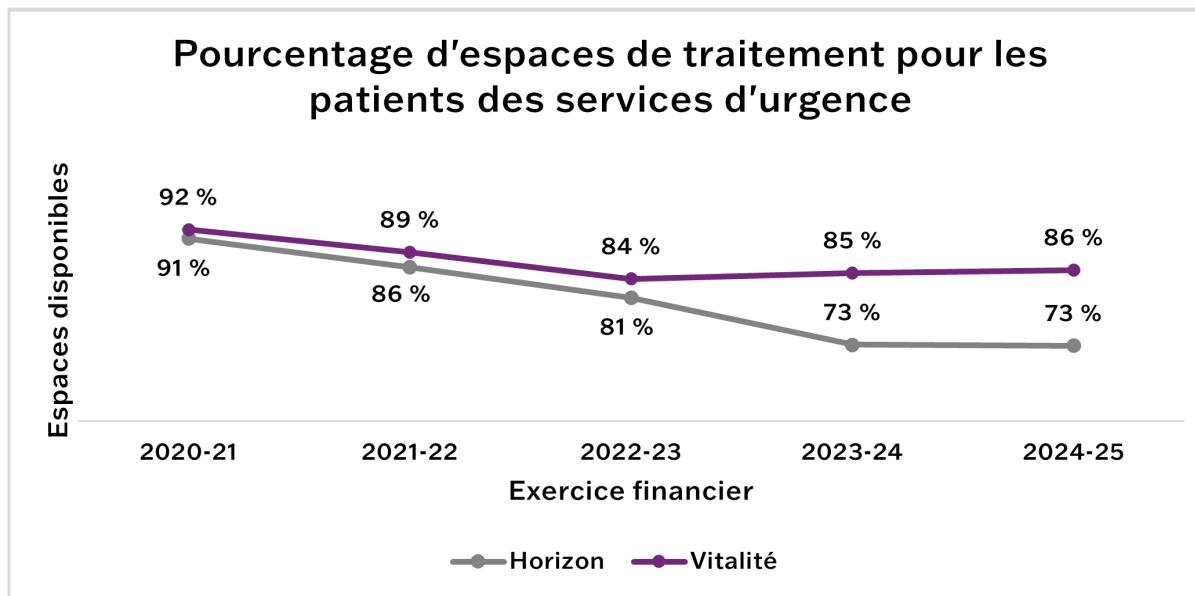
2.62 Nous avons examiné la disponibilité d'espaces de traitement dans chaque service d'urgence. Nous avons analysé le nombre de visites par espace de traitement par jour, et les résultats sont les suivants :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

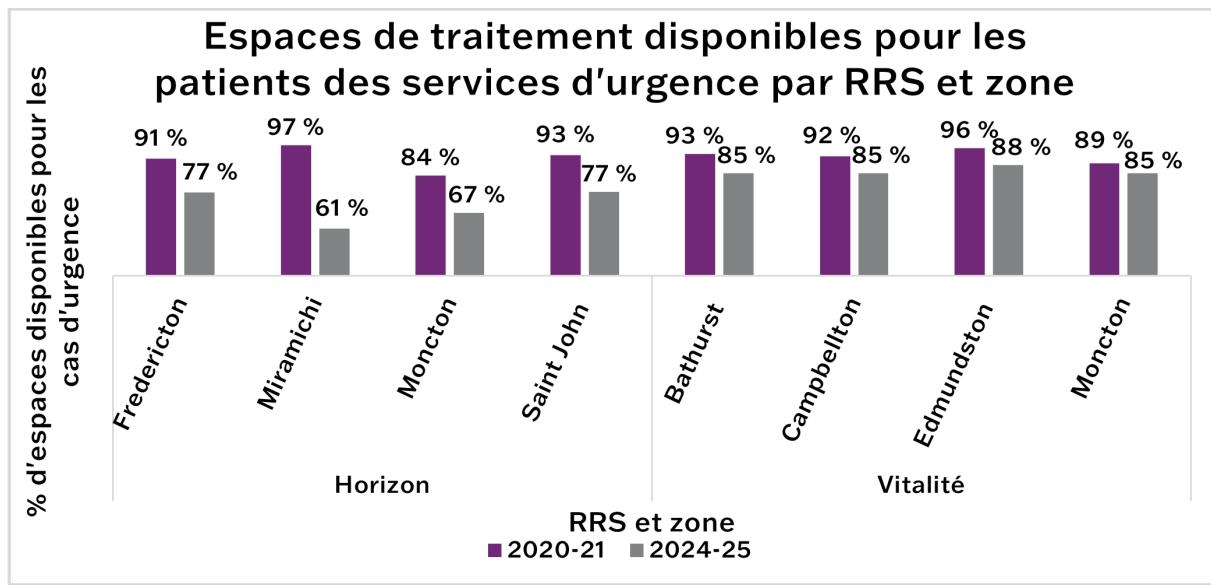
2.63 Aucours de nos discussions avec le personnel des RRS, nous avons appris que de nombreux espaces étaient occupés par des patients provenant d'autres unités hospitalières, ce qui limitait la disponibilité pour les cas d'urgence.

2.64 Entre le 1er avril 2020 et le 31 décembre 2024, le pourcentage d'espaces de traitement disponibles pour les cas d'urgence a diminué de 20 points de pourcentage à Horizon et de sept points de pourcentage à Vitalité.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.65 Le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre d'espaces disponibles pour les cas d'urgence entre les exercices 2020-2021 et 2024-2025. Dans toutes les zones, le nombre d'espaces disponibles a diminué au cours de la période d'audit comme suit :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

2.66 Dans le cadre de notre travail, nous avons visité les services d'urgence des hôpitaux suivants :

- Hôpital régional Dr Everett Chalmers
- Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L.-Dumont
- L'Hôpital de Moncton

2.67 Au cours de ces visites, nous avons observé les installations des services d'urgence et le flux des patients, nous avons également eu des discussions avec le personnel.

2.68 Nous avons fait les observations suivantes lors de ces visites :

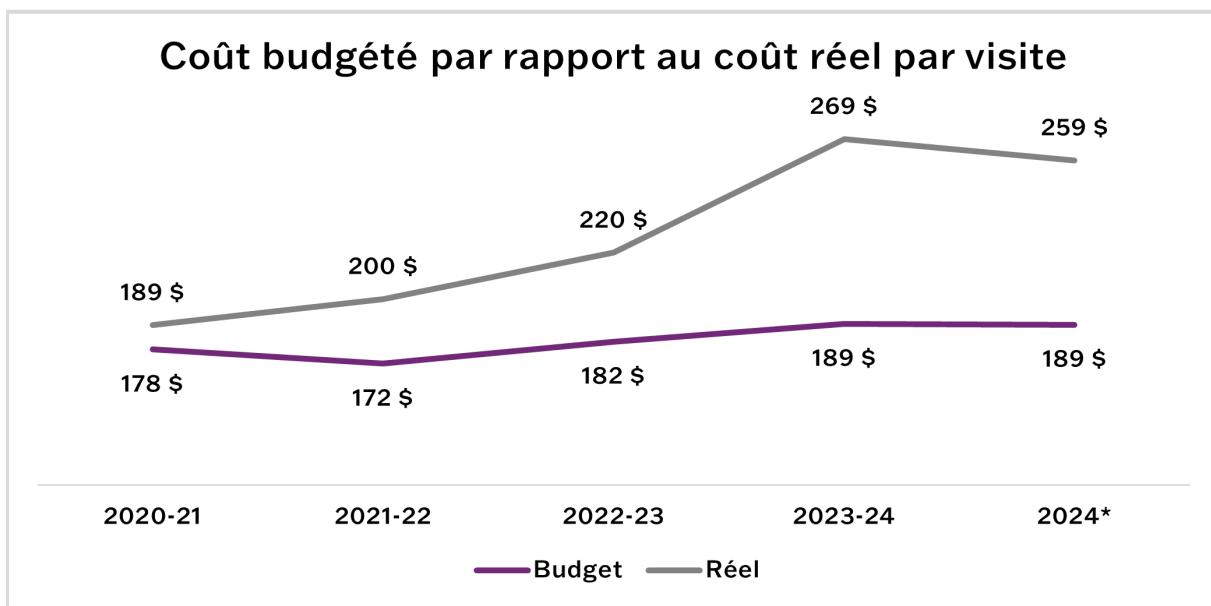
- des espaces non traditionnels tels que les couloirs, les bureaux et les zones de stockage étaient utilisés pour les traitements
- le personnel a signalé des cas où des médecins étaient disponibles mais ne pouvaient pas recevoir de patients en raison du manque d'espace de traitement
- les patients d'autres unités occupaient souvent les lits du service des urgences en raison du manque de lits dans l'hôpital

2.69 Horizon a commandé un rapport, achevé en juin 2023, sur l'hôpital régional Dr Everett Chalmers (HRDEC). Ce rapport a révélé que le service des urgences du HRDEC est dimensionné pour accueillir environ la moitié des visites annuelles qu'il reçoit actuellement. Le service d'urgence dispose actuellement de 35 espaces de traitement et en nécessiterait 50 pour répondre aux besoins de la population actuelle. D'ici 2041, les besoins devraient passer à 62 espaces.

2.70 Aucun rapport similaire n'était disponible pour les autres établissements.

Budget des services d'urgence non basé sur les besoins

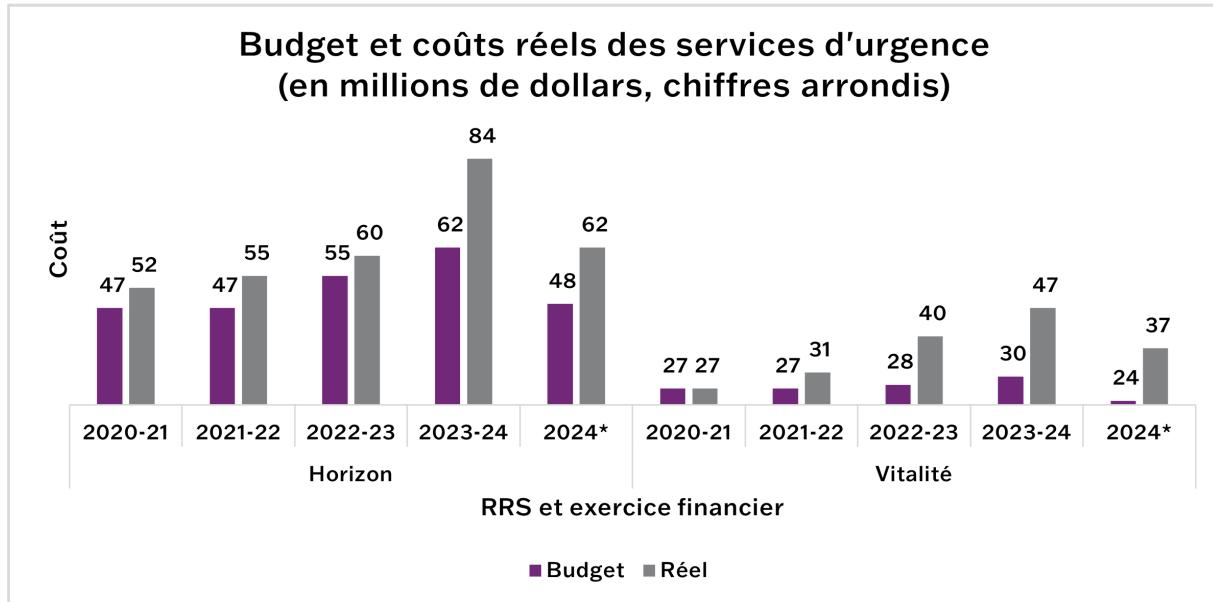
2.71 Annuellement, le ministère fournit à chaque RRS un budget de fonctionnement global pour financer les services de santé, y compris le fonctionnement des services d'urgence. Les régies régionales de la santé répartissent ce montant entre chaque secteur d'activité. Le budget et le coût réel par visite par exercice financier étaient les suivants :



Source : Préparé par le VGPNB à partir des données des RRS (non auditées)

*Du 1er avril au 31 décembre 2024

2.72 Nous avons examiné les lettres de financement du ministère et avons constaté qu'entre 1,4 et 1,8 milliard de dollars étaient alloués chaque année aux RRS pour les services hospitaliers entre les exercices 2020-2021 et 2024-2025. Les RRS répartissent ce montant entre leurs différents secteurs d'activité. Le tableau ci-dessous présente l'engagement du budget et les coûts réels par RRS et par exercice financier pour les services d'urgence :

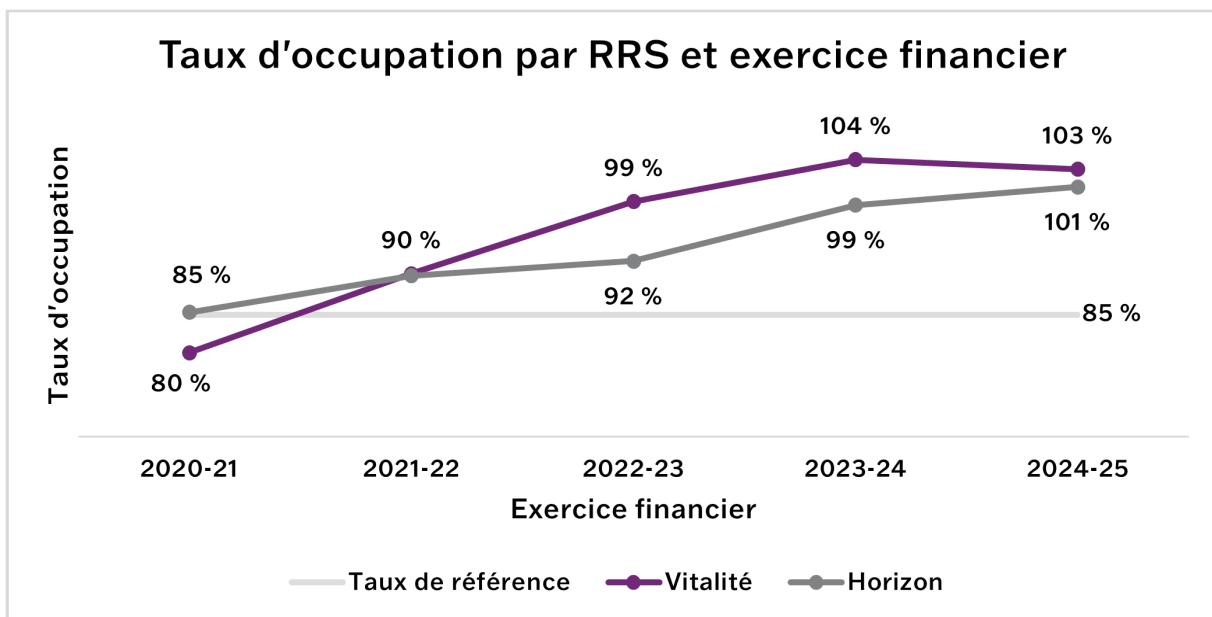


Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

*Du 1er avril au 31 décembre 2024

2.73 Le ministère nous a informés que le budget de base actuel avait été établi à une date antérieure à 2008. Il n'a pas été en mesure de démontrer clairement comment les montants du budget de base avaient été calculés. Les montants des années précédentes sont reportés, avec des ajustements pour les nouveaux projets ou initiatives. Au moment de leur établissement, les montants budgétaires étaient basés sur un taux d'occupation de 85 %.

2.74 Selon les données fournies par les RRS, le taux d'occupation moyen de chaque régie régionale de la santé a dépassé 85 % au cours de quatre des cinq derniers exercices financiers, Vitalité atteignant plus de 100 % au cours de l'exercice 2023-2024. Les RRS nous ont informés que les espaces de traitement des services d'urgence sont souvent utilisés lorsque d'autres services de l'hôpital dépassent leur capacité. Nous avons également observé que des espaces non traditionnels sont utilisés lorsque les capacités sont dépassées. Cela indique que le calcul, basé sur un taux d'occupation de 85 %, ne reflète plus le volume réel de patients dans les services d'urgence.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données des RRS (non auditées)

- 2.75 Aucune autre information sur la manière dont le budget de base a été établi n'était connue ou disponible au sein du ministère.
- 2.76 Sans une compréhension claire de la manière dont le budget de base est calculé, il serait difficile pour le ministère d'évaluer si les résultats réels correspondent aux objectifs visés par le financement. De plus, lorsque des fonds supplémentaires sont demandés, il n'est pas clair si les montants ont été initialement inclus à cette fin dans le montant de base.
- 2.77 Le 17 avril 2025, le ministère a annoncé son intention de revoir officiellement le budget de base de l'ensemble du système de santé du Nouveau-Brunswick.

Recommandations

- 2.78 Nous recommandons que le ministère de la Santé procède à la révision de son budget de base afin de s'assurer que les régies régionales de la santé disposent de ressources suffisantes pour fournir les services requis.
- 2.79 Nous recommandons que le ministère de la Santé conserve les pièces justificatives et les calculs qui montrent comment les montants ont été déterminés pour chaque budget annuel.

Rapports incomplets sur le rendement

2.80 Nous avons examiné les rapports publics du ministère au cours de notre période d'audit et avons constaté que le ministère ne rendait pas compte de l'accès aux services d'urgence, y compris des temps d'attente. Cependant, nous avons noté que Horizon, dans le cadre de son tableau de bord de performance, rendait compte des objectifs, des résultats et des tendances concernant les temps d'attente de niveau III de l'ÉTG. Vitalité ne publie pas de données sur les temps d'attente cibles ou réels.

2.81 Sans rapports complets sur le rendement, le public ne sait pas dans quelle mesure les objectifs sont atteints.

Recommandation

2.82 Nous recommandons que le ministère de la Santé s'assure que le public ait accès en temps opportun aux rapports sur l'accès aux services d'urgence, y compris sur les temps d'attente selon l'échelle canadienne de triage et de gravité et sur le rendement des stratégies à court et à long terme visant à combler les lacunes.

Priorité urgente services de traitement des dépendances et de santé mentale

2.83 Au sein du ministère de la Santé, la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale (STDSM) travaille en étroite collaboration avec les RRS pour planifier, financer et surveiller les politiques et les programmes en matière de traitement des dépendances et de santé mentale.

2.84 L'accès aux STDSM se fait en trois étapes : la référence, l'évaluation et le traitement ou le service. La référence est la demande initiale de service, et l'évaluation consiste en un rendez-vous avec le client au cours duquel un clinicien remplit un outil d'évaluation standardisé afin de déterminer si le service est nécessaire et le niveau de priorité de la personne.

AUCUN SUIVI DES PERFORMANCES

2.85 La *Loi sur les services à la santé mentale* régit la conduite et la coordination des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Cette loi stipule que le ministre peut établir, surveiller et réviser les normes concernant les services de santé mentale.

2.86 Le ministère ne surveille pas la réalisation des IRCs concernant les services ayant un niveau de priorité urgent en matière de traitement des dépendances et de santé mentale. Une analyse régulière par le ministère aiderait à identifier les lacunes dans la prestation de services en temps opportun et à soutenir les mesures correctives.

Recommandation

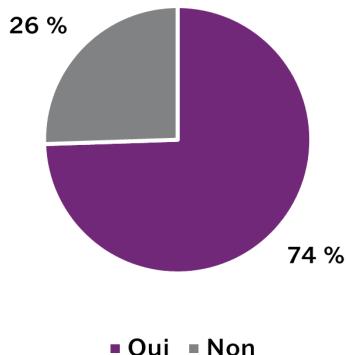
2.87 Nous recommandons que le ministère de la Santé surveille l'accès aux services prioritaires urgents en matière de traitement des dépendances et de la santé mentale.

IRC RELATIF AU TEMPS D'ATTENTE ATTEINT DANS 74 % DES CAS

2.88 Le ministère définit une personne comme ayant un niveau de priorité urgent lorsque le client présente un danger imminent pour lui-même ou pour autrui. L'IRC établi pour les STDSM ayant un niveau de priorité urgent est que le traitement ou le service soit fourni le jour même de la demande.

2.89 Entre le 1er avril 2020 et le 31 décembre 2024, 725 clients ont été classés comme ayant un niveau de priorité urgent. Nous avons constaté que 26 % de ces clients n'ont pas reçu de services le jour même :

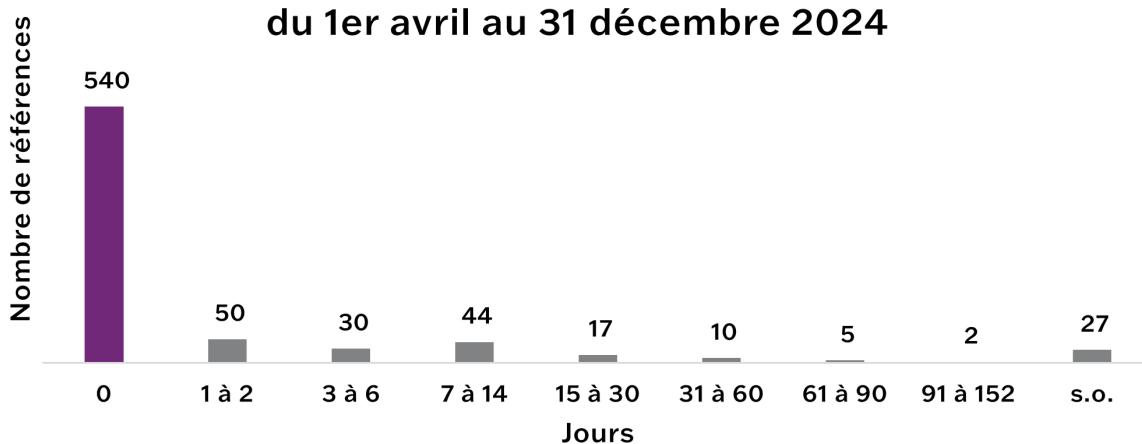
Pourcentage de clients prioritaires urgents bénéficiant d'un traitement le jour même du 1er avril au 31 décembre 2024



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées)

2.90 Le graphique ci-dessous détaille le temps d'attente entre l'évaluation et le traitement. Dans 27 cas, le temps d'attente n'a pas pu être déterminé en raison de données manquantes. Un dossier indiquait qu'un patient avait attendu 152 jours pour être traité.

Références prioritaires urgents et temps d'attente pour le traitement du 1er avril au 31 décembre 2024



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées)

Recommandation

2.91 Nous recommandons que le ministère de la Santé procède à une analyse des causes fondamentales afin de déterminer pourquoi l'objectif urgent en matière de traitement des dépendances et de santé mentale n'est pas atteint et de mettre en œuvre des stratégies d'amélioration.

Annexe I :

RECOMMANDATIONS ET RÉPONSES

Nº du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
------------	----------------	---------------------	-----------------------------

Nous recommandons que le ministère de la Santé :

2.22	examine le cadre de responsabilité afin de s'assurer que les indicateurs de rendement liés aux services d'urgence couvrent l'ensemble des patients pris en charge.	<p>En accord</p> <p>Le 1er mai 2025, le ministre de la Santé a publié un cadre de responsabilisation à l'intention des présidents des conseils d'administration de chaque régie régionale de la santé.</p> <p>Le cadre de responsabilisation énonce les exigences des régies régionales de la santé en matière de rapports, conformément à la <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i>.</p>	En cours
2.29	établisse des indicateurs de rendement clés mesurables concernant le temps d'attente entre l'arrivée et le triage.	<p>En accord</p> <p>Des travaux de planification, de suivi, de mesure et d'évaluation du rendement du système de soins de santé sont en cours. Le Ministère établira des indicateurs de rendement clés entre l'arrivée et le triage, et travaillera avec les régies régionales de la santé pour assurer la cohérence de la saisie des données et la production de rapports en temps opportun.</p>	1er trimestre 2026-2027
2.34	examine les données sur le temps d'attente aux services d'urgence afin d'identifier et de traiter les risques qui pourraient nuire à la prestation des services en temps opportun.	<p>En accord</p> <p>Le ministère s'appuiera sur le cadre de responsabilisation pour accéder à des données actualisées sur les indicateurs de rendement clés afin de cerner les risques qui pourraient nuire à la prestation des services en temps opportun et d'y remédier.</p>	Quatrième trimestre 2025-2026
2.54	examine les données sur les personnes décédées afin d'évaluer les risques et les possibilités dans l'élaboration des stratégies visant à améliorer les résultats.	<p>En accord</p> <p>Le ministère demandera aux RRS des données propres aux personnes décédées afin d'informer un indice de risque. Le ministère examinera les données et gérera le registre des risques et prendra les mesures qui s'imposent.</p>	Quatrième trimestre 2025-2026

Nº du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.60	élabore une stratégie globale pour répondre aux besoins des services d'urgence, comprenant les résultats attendus, les délais et les ressources nécessaires.	<p>En accord</p> <p>Le ministère collaborera avec les régies régionales de la santé à l'élaboration d'une stratégie globale pour faire face aux pressions exercées par les services d'urgence, en détaillant les objectifs clés, les répercussions mesurables, le calendrier et les ressources.</p>	Quatrième trimestre 2026-2027
2.61	surveille et rende compte de la réalisation des résultats de la stratégie.	<p>En accord</p> <p>Le ministère s'engage à élaborer une stratégie, à surveiller les résultats et à en faire rapport aux partenaires du système de santé.</p>	1er trimestre 2027-2028
2.78	procède à la révision de son budget de base afin de s'assurer que les régies régionales de la santé disposent de ressources suffisantes pour fournir les services requis.	<p>En accord</p> <p>Le ministère de la Santé a entamé un examen du budget de base et s'attend à ce que cet examen soit terminé d'ici le printemps 2026.</p>	1er trimestre 2026-2027
2.79	conserve les pièces justificatives et les calculs qui montrent comment les montants ont été déterminés pour chaque budget annuel.	<p>En accord</p> <p>Après avoir terminé l'examen du budget de base, le ministère de la Santé prévoit conserver les documents à l'appui pour bien comprendre comment le budget de base a été calculé.</p>	1er trimestre 2026-2027
2.82	s'assure que le public ait accès en temps opportun aux rapports sur l'accès aux services d'urgence, y compris sur les temps d'attente selon l'échelle canadienne de triage et de gravité et sur le rendement des stratégies à court et à long terme visant à combler les lacunes.	<p>En accord</p> <p>Le ministère collaborera avec les régies régionales de la santé pour déterminer la faisabilité de la disponibilité des données sur les temps d'attente et s'alignera sur la publication de données appropriées pour le public.</p>	Quatrième trimestre 2029-2030
2.87	surveille l'accès aux services prioritaires urgents en matière de traitement des dépendances et de la santé mentale.	<p>En accord</p> <p>Le ministère de la Santé établira un processus de surveillance continue des services prioritaires urgents de traitement des dépendances et de santé mentale.</p>	Quatrième trimestre 2026-2027

Nº du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.91	procède à une analyse des causes fondamentales afin de déterminer pourquoi l'objectif urgent en matière de traitement des dépendances et de santé mentale n'est pas atteint et de mettre en œuvre des stratégies d'amélioration.	<p>En accord</p> <p>Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé, effectuera une analyse des causes profondes afin de déterminer pourquoi la cible n'est pas atteinte.</p>	Quatrième trimestre 2026-2027

Annexe II :

Objectif et critères d'audit

L'objectif et les critères de notre audit du ministère de la Santé sont présentés ci-dessous. Le ministère de la Santé et sa haute direction ont examiné et approuvé l'objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si le ministère de la Santé dispose de mécanismes de surveillance efficaces pour garantir un accès aux services de soins d'urgence en temps opportun et la production de rapports adéquats à leur sujet.
Critère 1	Le ministère de la Santé devrait établir et surveiller des indicateurs de rendements clés pertinents afin de garantir un accès en temps opportun aux services de soins d'urgence.
Critère 2	Le ministère de la Santé devrait disposer de stratégies à court et à long terme pour combler les lacunes en matière d'accès en temps opportun aux services de soins d'urgence.
Critère 3	Le ministère de la Santé devrait établir et fournir un budget conforme à l'objectif global d'accès en temps opportun aux services de soins d'urgence.
Critère 4	Le ministère de la Santé devrait fournir des rapports publics en temps opportuns sur l'opportunité du accès aux services de soins d'urgence.

Annexe III :

Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendante a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) sur le ministère de la Santé et son rôle en matière des services de soins d'urgence. Notre responsabilité consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner le ministère de la Santé en ce concerne des services de soins d'urgence.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés avec un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 - Missions d'appréciation directe de comptables professionnels agréés du Canada (CPA) qui est présentée dans le manuel de CPA Canada - Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1 - Gestion de la qualité pour les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certifications ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité, y compris des politiques ou des procédures concernant le respect des exigences éthiques, des normes professionnelles et des exigences légales et réglementaires applicables.

En effectuant le travail d'audit, nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et aux autres exigences éthiques des Règles de déontologie des comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de déontologie du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick.

Les Règles de déontologie et le Code reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de comportement professionnel.

Conformément à notre procédure d'audit habituelle, nous avons obtenu les informations suivantes de la part de la direction :

- la confirmation de la responsabilité de la direction pour l'objet de l'audit
- la reconnaissance de l'adéquation des critères utilisés pour l'audit
- la confirmation que toutes les informations connues qui ont été demandées ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions de l'audit ont été fournies
- la confirmation que les conclusions du présent rapport sont fondées sur des faits

PÉRIODE COUVERTE PAR L'AUDIT

L'audit a porté sur la période allant du 1er avril 2020 au 31 décembre 2024. C'est à cette période que s'applique la conclusion de l'audit. Toutefois, afin d'acquérir une compréhension plus complète de l'objet de l'audit, nous avons également examiné certaines questions en dehors de cette période, lorsque nous l'avons jugé nécessaire.

DATE DU RAPPORT

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 19 novembre 2025, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).