

Où le Canada se situe-t-il parmi les autres pays?

Les Canadiens savent bien que leur système de soins de santé est loin d'être gratuit, et ils se demandent même si l'escalade des coûts pourra être contenue. Afin de faire face à cette préoccupation, il importe d'analyser les coûts du système et de déterminer ce qu'en retirent les Canadiens. C'est ce que fait l'ICIS, en plus d'établir des comparaisons entre le Canada et les autres pays.

Les dernières données démontrent qu'en 2005, les dépenses de santé du Canada ont atteint un sommet d'environ 142 milliards de dollars, une somme colossale. Mais comment comparer cette somme avec ce que dépensent les autres pays? Et quel genre de services et de résultats obtient-on de cette somme? Il est bien sûr très difficile d'établir des liens directs entre l'argent et la santé. De façon générale, les récentes données diffusées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) nous aident à mieux comprendre comment le système de santé canadien se porte comparativement à celui d'autres pays ayant un système de santé similaire. Et bien que les comparaisons internationales comportent certaines difficultés dont les différences méthodologiques de collecte de données entre les pays, ces dernières peuvent néanmoins être documentées, analysées et comprises. C'est pourquoi l'ICIS, conjointement avec Statistique Canada, recueille l'information sur le système de santé canadien et la partage avec d'autres organismes internationaux tels l'OCDE. Les Canadiens expriment un grand intérêt à connaître où se situe le Canada parmi les autres pays en ce qui concerne son système de santé. À l'ICIS, nous avons la capacité de répondre à ce besoin, car nous sommes en mesure de cerner cette information. Lisez ce qui suit...



Les données canadiennes soumises à l'OCDE permettent au Canada de comprendre sa position à l'échelle internationale par rapport, entre autres, aux taux de maladies cardiovasculaires. Photo : PC

Dans le présent numéro

- 2 De la présidente
- 3 Un nouveau rapport parle des facteurs qui influent sur le poids des Canadiens
- 4 Les dépenses de santé au Canada semblables à celles d'autres pays riches de l'OCDE
- 5 Le Canada utilise ses appareils d'IRM plus intensivement que les États-Unis et l'Angleterre

De la présidente

Les Canadiens veulent savoir où se situe le Canada sur le plan mondial. Aux Jeux olympiques d'hiver à Turin, nous avons pu constater notre classement mondial quant aux disciplines du hockey, du patinage artistique ou du ski. Or il n'est pas aussi évident de faire de telles comparaisons en ce qui concerne les soins de santé.

Aucun système de soins de santé n'est identique à un autre; chacun a sa propre structure, ce qui ne vient pas faciliter l'établissement de comparaisons, aussi précieuses soient-elles.

Les personnes qui sont engagées dans des débats sur les politiques de la santé s'appuient sur toute une gamme de faits et chiffres internationaux afin de mieux comprendre où se situe le Canada. À l'ICIS, nous sommes fiers d'être en mesure de présenter cette gamme de données internationales.

Les Canadiens veulent savoir où se situe le Canada par rapport aux autres pays.

Certaines des données les plus robustes et comparables sont celles sur les dépenses globales de santé. En comparant les dépenses totales de santé du Canada à celles des autres pays, nous pouvons affirmer avec confiance que les

données par habitant et celles sur les dépenses réparties par secteur public et privé reflètent la réalité.

La comparaison de données particulières aux activités de soins de santé peut se révéler une tâche encore plus complexe. Prenons par exemple les médecins et les infirmières. D'un pays à un autre, ils exercent des fonctions différentes, travaillent dans des environnements variés et sont rémunérés différemment. Cela signifie que la simple comparaison du nombre de dispensateurs d'un pays à l'autre ne donnera vraisemblablement pas un portrait complet.

La comparaison des taux d'interventions d'un pays à l'autre soulève également des difficultés puisqu'il existe des différences entre les méthodologies de collecte de données. Ainsi, la chirurgie de la cataracte au Canada compte pour deux interventions : la première est l'extraction et la deuxième, le remplacement de la lentille. Toutefois, dans de nombreux pays de l'OCDE, la chirurgie de la cataracte ne compte que pour une intervention.

Les indicateurs de santé qui tiennent compte des facteurs extérieurs au système de santé sont d'autant plus complexes. Néanmoins, le fait de savoir où se situe le Canada à l'échelle mondiale quant aux taux de tabagisme et d'obésité permet d'évaluer efficacement la santé de la population. À l'ICIS, nous fournissons constamment des données à cet égard et nous espérons qu'elles seront utiles pour tenir des discussions informées à l'échelle pancanadienne.

De plus, l'ICIS s'assure qu'il est possible d'effectuer des comparaisons pancanadiennes exhaustives. Nous investissons beaucoup d'énergie dans l'élaboration de normes pancanadiennes afin que nous puissions comparer les pommes avec les pommes et les oranges avec les oranges. Nous avons franchi un jalon important cette année : le Québec adoptera les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. Ainsi, notre capacité d'offrir des données sur la santé qui soient pertinentes et justes d'un bout à l'autre du pays se verra renforcée.

Le domaine des temps d'attente pour des interventions chirurgicales suscite beaucoup d'intérêt en ce qui concerne les données comparables. À l'heure actuelle, les données sur les temps d'attente sont limitées. Toutefois, les provinces et les territoires ont pris des engagements prometteurs pour établir des mesures comparables. Nous publierons en mars un rapport sur les temps d'attente dans lequel nous traitons de ce que nous savons et de ce que nous ignorons. Vous y apprendrez également comment l'ICIS s'y prend pour aider les provinces et les territoires à renforcer les assises d'une information plus complète sur les temps d'attente. Renseignez-vous sur nos prochains rapports.

La présidente-directrice générale,



Glenda Yeates



Conseil d'administration

Président

M. Graham W. S. Scott, C.M., c.r.
Associé principal, McMillan Binch Mendelsohn LLP

M^{me} Glenda Yeates (d'office)

Présidente-directrice générale, ICIS

Statistique Canada

M. Ivan Fellegi
Statisticien en chef du Canada

Santé Canada

M. Morris Rosenberg
Sous-ministre

Ensemble du Canada

M^{me} Roberta Ellis
Vice-présidente, Prevention Division
Workers' Compensation Board of British Columbia

D^r Peter Barrett

Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School

Initiative sur la santé de la population canadienne

D^r Richard Lessard
Président, Conseil de l'ISPC, Directeur, Prévention et santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

RÉGION 1 : Colombie-Britannique et Yukon

D^{re} Penny Ballem
Sous-ministre, British Columbia Ministry of Health Services

M. Malcolm Maxwell

Président-directeur général, Northern Health Authority

RÉGION 2 : Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

D^r Brian Postl

Président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg

M^{me} Sheila Weatherill

Vice-présidente du Conseil, présidente-directrice générale, Capital Health Authority Edmonton, Alberta

RÉGION 3 : Ontario

M. Ron Sapsford

Sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario

M. Kevin Empey

Vice-président à la direction, Clinical Support and Corporate Services, University Health Network

RÉGION 4 : Québec

M^{me} Jocelyne Dagenais

Sous-ministre adjointe à la planification stratégique, à l'évaluation et à la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. David Levine

Président-directeur général, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

RÉGION 5 : Atlantique

M^{me} Nora Kelly

Sous-ministre de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick

M^{me} Alice Kennedy

Chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

En date de février 2006



Un nouveau rapport parle des facteurs qui influent sur le poids des Canadiens

L'élaboration de politiques publiques efficaces dans la promotion du poids santé est une tâche complexe qui peut être soumise à de nombreux facteurs, notamment la recherche basée sur les faits, la disponibilité des ressources et la volonté politique. En outre, il n'existe pas de facteur qui en soit favorise le poids santé. Cependant, la collectivité et l'environnement physique, dont l'école, le foyer et le milieu de travail, peuvent tous contribuer à orienter les Canadiens vers des choix santé.

Un nouveau rapport de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) jette un regard neuf sur les dernières recherches liées aux facteurs qui contribuent à l'obésité et qui la préviennent.

Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé, 2006 examine les nouvelles données sur les facteurs liés aux milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons, et sur la façon dont ces facteurs facilitent — ou compliquent — les choix que nous faisons, en tant que Canadiens, pour atteindre et maintenir un poids santé. Le rapport se penche également sur l'opinion des Canadiens à propos des voies à emprunter pour promouvoir le poids santé.

Pour télécharger une copie du rapport, veuillez visiter le site Web de l'ICIS à www.icis.ca.

Nouvelle chef de la protection des renseignements personnels à l'ICIS

La nouvelle chef de la protection des renseignements personnels de l'ICIS, M^{me} Andrea Neill, a pour tâche de créer au sein de l'ICIS une culture de respect de la vie privée en guidant l'élaboration et l'adoption de pratiques à cet effet. Dans le cadre de leurs activités de supervision du programme de respect de la vie privée et de ses principes et politiques établis en vue de la protection de l'information sur la santé, M^{me} Neill et son équipe établissent un suivi des avancées en matière de législation sur la protection de la vie privée partout au pays, tout en s'assurant que les pratiques de l'ICIS sont connues de ses intervenants.

Avant d'entrer en fonction à l'ICIS, M^{me} Neill a occupé des postes aux responsabilités toujours grandissantes au sein du gouvernement fédéral, et ce, pendant une période de 21 ans, surtout au ministère de la Justice.

À titre d'avocate-conseil et de directrice de la Section du droit à l'information et à la protection des renseignements personnels, elle a joué un rôle prépondérant dans l'élaboration du Code type sur la protection des renseignements personnels de l'Association canadienne de normalisation. Récemment, elle a été avocate-conseil et directrice adjointe aux Services juridiques du ministère de la Défense nationale, puis aux Services juridiques de Transports Canada.

M^{me} Neill détient un baccalauréat ès arts en sciences politiques (avec distinction) de l'Université Bishop's, ainsi qu'un baccalauréat en droit de l'Université McGill. Elle est membre du Barreau de l'Ontario.



Renforcer les services pour les partenaires de l'ICIS

Serge Taillon a été nommé directeur exécutif, Québec, en mai 2005. Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, il dirige l'équipe chargée de l'élaboration des services à la clientèle et du renforcement des liens de l'ICIS avec ses nombreux partenaires au Québec. M. Taillon a occupé d'autres postes cadres à l'ICIS dont récemment celui de directeur, Relations avec la clientèle et Communications. Au cours de sa brillante carrière de 25 ans dans le domaine de la santé, M. Taillon a œuvré dans les secteurs hospitaliers et gouvernementaux. Au cours de cette période, il a également siégé aux conseils d'administration de plusieurs organismes de santé.

Jack Bingham occupe maintenant le poste de directeur exécutif, Ontario. Dans le cadre de ses nouvelles fonctions à titre de chef de liaison avec l'Ontario, il travaillera à renforcer les relations avec les fournisseurs de données et les utilisateurs en Ontario. Il occupait auparavant le poste de directeur, Rapports sur la santé et Analyse de l'ICIS. Il apporte à l'ICIS plus de 25 ans d'expérience liée aux secteurs publics et privés dans le domaine de la santé, y compris une participation à l'Ontario Joint Policy and Planning Committee et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario.

André Lalonde est le nouveau directeur exécutif, Planification et Gestion de la qualité. Il supervise à ce titre la planification stratégique et opérationnelle, et oriente les activités des responsables de la qualité des données, de la classification, des groupes clients et des méthodologies de regroupement. Fort de 30 ans d'expérience au sein du secteur public, M. Lalonde a occupé progressivement bon nombre de postes de cadre supérieur à l'ICIS dont le plus récent, directeur, Planification et Soutien des opérations.



Les dépenses de santé au Canada semblables à celles d'autres pays riches de l'OCDE

Au Canada, 70 % des dépenses sont couvertes par le secteur public et 30 %, par le secteur privé.

À bien des égards, le système de santé canadien est semblable à celui d'autres pays — comme l'Australie, le Japon et de nombreux pays européens (p. ex. Royaume-Uni, France et Allemagne) — en ce qu'il vise l'accès universel à un éventail de services de santé de base et qu'il est majoritairement financé à même les fonds publics.

Selon les données les plus récentes, le secteur public couvre 70 % des dépenses de santé du Canada; les autres 30 % proviennent du secteur privé. Or, la proportion des dépenses de santé publique du Canada se rapproche de celles d'autres des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dont la Grande-Bretagne, la France et l'Allemagne. Au Canada, le secteur public couvre 98 % des dépenses liées aux médecins et 93 % des dépenses consacrées aux hôpitaux, mais d'autres pays consacrent une plus grande partie de leurs fonds publics aux soins dentaires, aux médicaments, aux soins de la vue et à d'autres produits et services médicaux.

Le Canada, tout comme beaucoup d'autres pays riches de l'OCDE, alloue une plus grande somme aux soins de santé par habitant que la moyenne des pays de l'OCDE. Des dépenses de santé accrues ne sont toutefois pas un gage de longévité. Par exemple, selon l'OCDE, le Japon affichait l'espérance

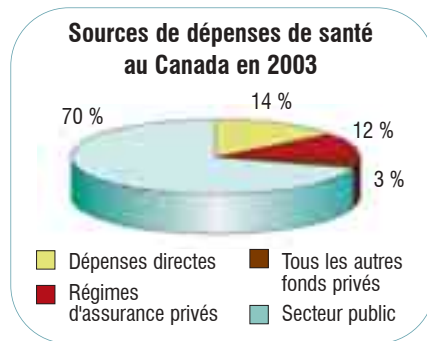
de vie la plus élevée en 2003, avec 81,8 ans, mais se classait tout de même 11 places derrière le Canada de par ses dépenses par habitant. Même si ce classement change d'année en année, les données les plus récentes

montrent que les Canadiens avaient une espérance de vie inférieure à celle des Japonais en 2002, soit d'un peu moins de deux ans (79,7). De plus, bien que les États-Unis versent la plus grande somme par habitant pour des soins de santé de tous les pays de l'OCDE, l'espérance de vie de ses résidents s'élève à 77,2 ans.

Le pourcentage du produit intérieur brut (PIB) affecté aux soins de santé est en hausse dans tous les pays de l'OCDE depuis 1998, à l'exception de l'Autriche. En 2003, le Canada a alloué un dixième de son PIB aux dépenses de santé, excédant la moyenne de l'OCDE de 8,8 %. Il est directement suivi des Pays-






Bas, de la France et du Danemark, qui ont tous affecté plus de 9 % de leur PIB aux soins de santé. Les États-Unis ont déclaré consacrer une plus grande proportion de leur PIB aux soins de santé que n'importe quel autre pays de l'OCDE, avec 15 %. Au Japon en 2002, ce chiffre s'élevait à 7,9 %.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le classement du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE, consultez le site Web www.oecd.org/sante/panoramadelasante.



Source: Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2005 (ICIS)

Voici une comparaison entre le Canada et d'autres pays à l'aide de mesures internationales

	 Nombre de consultations de médecins par habitant en 2001	 Taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires (2001)*	 Pourcentage d'adultes fumeurs (2003)	 Nombre de césariennes pour 100 naissances vivantes (2003)	 Taux d'obésité chez les adultes (2003)
Canada	6,2	182,1	17 %	23 (2002)	14,3 %
États-Unis	9,0	241,6	17,5 %	28	30,6 % (2002)
Allemagne	n.d.	269,2	24,3 %	24 (2002)	12,9 %
France	6,9	153,3	27 %	18 (2001)	9,4 % (2002)
Japon	14,5	133,8	30,3 %	n.d.	3,2 %

* Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants

Source : Écho-Santé OCDE 2005, 2^e édition

† Les données des É.-U. sur l'obésité et l'embonpoint sont fondées sur les mesures réelles de la taille et du poids des personnes. Les données des autres pays sont fondées sur les données autodéclarées.



Aperçus internationaux : dépenses des pays choisis par habitant

	Dépenses de santé par habitant (dollars US)	Dépenses du secteur public par habitant (dollars US)	Dépenses directes par habitant (dollars US)	Espérance de vie à la naissance (années)
Canada	3 001 \$	2 098 \$	448 \$	79,7 (2002)
États-Unis	5 635 \$	2 503 \$	793 \$	77,2 (2002-2003)
Allemagne	2 996 \$	2 343 \$	312 \$	78,4
France	2 903 \$	2 214 \$	291 \$	79,4
Japon	2 139 \$ (2002)	1 743 \$ (2002)	370 \$ (2002)	81,8

Remarque : Tous les chiffres représentent les données de 2003 à moins d'indication contraire. Les dépenses par habitant ont été converties en dollars US au moyen des parités de pouvoir d'achat pour le PIB.

Source : *Panorama de la santé — Les indicateurs de l'OCDE 2005.*

Selon Statistique Canada, le Canada a consacré près d'un cinquième (19,6 %) de ses dépenses à la santé en 2005, soit 96,2 milliards de dollars.

Le Canada utilise ses appareils d'IRM plus intensivement que les États-Unis et l'Angleterre

Un nouveau rapport publié au début de février par l'ICIS démontre que les investissements dans les appareils d'IRM (imagerie par résonance magnétique) et de TDM (tomodensitométrie) sont constants au Canada. En 2005, le nombre d'appareils d'IRM avait augmenté de plus de 35 % comparativement à cinq ans auparavant, et le nombre d'appareils de TDM, de 19 %. Cependant, le Canada se classait toujours au-dessous de la médiane des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour ce qui est du nombre d'appareils d'IRM et de TDM par million d'habitants.

En même temps, le rapport de l'ICIS présente de nouvelles analyses qui démontrent que, si le Canada compte moins d'appareils d'IRM par million

d'habitants, il en fait une utilisation plus intensive que les États-Unis et l'Angleterre, les seuls autres pays à recueillir des données comparables. En 2004-2005, le nombre d'examen par appareils d'IRM était près de 40 % plus élevé au Canada qu'aux États-Unis ou en Angleterre. Toutefois, au cours de la même période, les États-Unis ont déclaré au-delà de trois fois plus d'examen que le Canada et l'Angleterre; les États-Unis ont effectué 83,2 examen par IRM par 1 000 habitants, contre 25,5 au Canada et 19,0 en Angleterre.

Le rapport comprend aussi de nouvelles données qui indiquent une importante augmentation du nombre d'examen par 1 000 habitants. Le nombre d'examen par IRM par 1 000 habitants a augmenté de 13,3 % en 2004-2005 par rapport à l'année précédente, et le nombre d'examen par TDM par 1 000 habitants, de 8,0 %.

Le rapport *L'imagerie médicale au Canada 2005* s'appuie sur de nouvelles recherches provinciales, nationales et internationales qui analysent six types d'appareils d'imagerie médicale.

Les jeunes bien entourés de leur famille, de leurs amis et de la collectivité se disent en bonne santé

Un rapport publié l'automne dernier montre que les jeunes qui se sentent valorisés par leurs parents et engagés envers leur école sont moins enclins à adopter des comportements à risque comme la consommation de tabac, d'alcool ou de marijuana.



Le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens, 2005*, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS, examine les liens entre les milieux sociaux des jeunes et leur santé, tout en explorant comment la famille, l'école, les amis et la collectivité les aident à

faire une transition saine vers l'âge adulte. Jusqu'à maintenant, le rapport a suscité des réactions positives de la part des professionnels de la santé.

Jane Page, du Merrickville District Community Health Centre situé à proximité d'Ottawa, affirme qu'elle s'est déjà servie du rapport dans ses séminaires sur la santé des adolescents. « Ce rapport aide vraiment mes étudiants à comprendre les besoins uniques de leurs jeunes patients, dit-elle. Il souligne comment les relations avec la famille, les amis, l'école et la collectivité sont liés ou non avec la santé et les comportements à risque pour la santé », ajoute-t-elle.

L'étude démontre que les jeunes qui se sentent valorisés et supervisés par leurs parents, et qui se sentent engagés envers leur école sont moins enclins à consommer du tabac, de l'alcool ou de la marijuana et à fréquenter des camarades qui commettent des crimes. Bien que le sentiment d'interdépendance avec les camarades soit

associé à plusieurs résultats positifs pour la santé, état de santé très bon sinon excellent, entre autres, les jeunes hommes ayant déclaré un niveau élevé d'interdépendance ont présenté un taux de blessures plus élevé au cours de la dernière année.

Les jeunes qui participent à des activités bénévoles déclarent aussi une bonne santé ainsi qu'une grande estime de soi et affichent un faible taux de consommation de tabac et de marijuana. En revanche, ceux qui n'y participent pas sont plus enclins à déclarer de faibles taux d'anxiété (63 % contre 56 % respectivement en 2000-2001).

Le rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens, 2005* s'appuie sur l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, cycle 4) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 2.1, 2003) de Statistique Canada. Pour en savoir davantage sur le rapport, visitez le site Web www.icis.ca/jeunes.

Plein feu sur les dossiers de santé électroniques à tous les niveaux de soins

L'introduction du dossier de santé électronique dans tous les niveaux de soins exige un engagement sur trois fronts : le financement, les ressources et le partage des connaissances.

La conférence e-Health 2006: e...for Everyone!, présentée conjointement par l'ICIS et la Canada's Health Informatics Association (COACH), portera sur les diverses façons d'améliorer l'actualité et la qualité des soins aux Canadiens grâce à un dossier à vie sécurisé et privé de tous les antécédents médicaux d'une personne.

Parmi les présentations prévues au programme de la conférence e-Health 2006, mentionnons les suivantes :

- Comment l'adoption des dossiers de santé électroniques améliore la prise de décision.
- Comment adopter les meilleures pratiques en matière de protection et de sécurité des renseignements personnels dans la gestion des dossiers de santé électroniques.

Conférence e-Health 2006: e...for Everyone!

Du 30 avril au 3 mai 2006

Centre des congrès de Victoria

Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec le bureau de la conférence e-Health par courriel à l'adresse info@e-healthconference.com, par téléphone au (416) 979-3423 ou par télécopieur au (416) 979-1144.



Où vous trouverez l'ICIS dans les prochains mois!

Mars 2006

Du 5 au 7 : 2006 Ontario Injury Prevention Conference, Toronto

Du 22 au 25 : Trauma 2006 Conference, Banff

Avril 2006

Du 30 avril au 3 mai : e-Health 2006, Victoria

Mai 2006

Du 12 au 13 : Congrès mondial des infirmières et infirmiers psychiatriques 2006, Calgary

Du 18 au 19 : Association québécoise des archivistes médicales, Sainte-Foy

Du 28 au 31 : 96^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (2006), Vancouver

Du 28 au 31 : Joint CSMLS/MSMLT Congress, Winnipeg

Juin 2006

Du 2 au 4 : Congrès et exposition de 2006 de l'Association canadienne d'orthopédie, Toronto

Du 5 au 7 : 2006 ICF Conference, Vancouver

Le Québec va de l'avant avec la nouvelle méthodologie de classification

Dès avril 2006, le Québec mettra en œuvre la CIM-10-CA et la CCI. Il s'agit là d'une étape importante pour établir des comparaisons pancanadiennes sur plusieurs points.

Au cours de la dernière année, l'ICIS a travaillé en étroite collaboration avec le Québec pour créer une version française de la nouvelle méthodologie de classification. Cette dernière représente le premier produit tangible découlant de l'entente de trois ans conclue entre l'ICIS et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En vertu de cette entente, l'ICIS s'est engagé à respecter les priorités et les besoins de la province dans sa volonté de mettre à jour les systèmes d'information du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux. La mise en œuvre de normes telles la CIM-10-CA et la CCI viendra améliorer la comparabilité et permettront ultimement de prendre de meilleures décisions.

« Une des difficultés liées à l'élaboration de normes qui s'appliqueront à l'ensemble du Canada est de s'entendre sur des définitions et des balises communes, explique M. Serge Taillon, directeur exécutif du bureau de l'ICIS au Québec. Jusqu'à maintenant, certains des indicateurs pancanadiens ne tenaient pas compte des données du Québec, car les données de cette province n'étaient pas complètement comparables. Il s'agit effectivement d'un bon pas dans la bonne direction. »

Le Québec et l'ICIS travaillent sur d'autres initiatives, notamment sur la qualité des données, l'accès aux données et le partage des données (conformément aux lois sur le respect de la vie privée en vigueur au Québec); ils réalisent aussi des études et des projets communs.

Le nouveau bureau de l'ICIS à Montréal a ouvert ses portes

1010, rue Sherbrooke Ouest,
bureau 440
Montréal (Québec) H3A 2R7
Tél. : (514) 842-2226
Télec. : (514) 842-3996

L'ICIS nommé parmi les 100 meilleurs employeurs au Canada en 2006

Chaque jour, l'ICIS contribue à l'amélioration du système de santé canadien et de la santé des Canadiens. Tout ce travail est effectué par notre équipe gagnante de professionnels hautement qualifiés et expérimentés qui souhaitent changer les choses.

À l'ICIS, nous avons toujours compris et célébré la valeur de notre personnel. C'est pourquoi nous sommes si fiers d'avoir été nommés parmi les 100 meilleurs employeurs au Canada encore une fois en 2006.



Nouvelles méthodologies de regroupement des soins de courte durée

De nouvelles méthodologies de regroupement des soins de courte durée, en chantier depuis maintenant deux ans, seront bientôt mises à la disposition des hôpitaux, des régions sanitaires et des ministres de la Santé de tout le pays. Ces nouvelles méthodologies auront tiré profit de la précision croissante des normes de classification CIM-10-CA et CCI instaurées dans les hôpitaux canadiens au cours de l'exercice 2001-2002.



Les méthodologies de pointe de regroupement des soins ambulatoires de l'ICIS, dont le Système global de classification ambulatoire (SGCA) et les méthodologies de regroupement DPG^{MD} (groupes de chirurgie d'un jour) qui les composent, seront d'abord mises en œuvre à compter d'avril 2006. Un an plus tard, en avril 2007, l'ICIS mettra en œuvre sa méthodologie de regroupement des soins aux patients hospitalisés (groupes de maladies analogues CMG^{MD}Plus). Ainsi, l'ICIS aura l'occasion de travailler en étroite

collaboration avec les clients et les fournisseurs de logiciels afin

de mettre à l'essai et d'évaluer de façon rigoureuse la toute nouvelle méthodologie (et les applications logicielles connexes), assurant l'entière réussite de la mise en œuvre.

Quatre groupes consultatifs nationaux sont touchés par le remaniement des méthodologies de regroupement des soins de courte durée. Chacun de ces groupes est composé de représentants des hôpitaux, des régies régionales de la santé, et de tous les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux.

Pour en savoir davantage, consultez la Foire aux questions dans la section Groupes clients du site Web de l'ICIS (www.icis.ca) ou écrivez à remaniementgroupeurs@icis.ca.

^{MD} Marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Carrières à l'ICIS

À l'ICIS, nous encourageons nos employés à se dépasser et nous leur fournissons les outils, la formation et les occasions de participer à l'amélioration du système de santé canadien et de la santé des Canadiens. Nous offrons des salaires concurrentiels, et d'excellents programmes d'avantages sociaux et de régime de retraite.



Si vous êtes intéressé à faire partie de notre équipe, veuillez visiter notre site Web pour obtenir plus de renseignements sur les postes offerts : www.icis.ca.

Collaborateurs

ICIS directions CIHI est publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ICIS recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. Si vous avez des commentaires ou des questions ou souhaitez d'autres exemplaires de ce numéro en anglais ou en français, communiquez avec la :

Rédactrice, ICIS directions CIHI
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : (613) 241-7860
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : communications@icis.ca
Site Web : www.icis.ca

This publication is also available in English.

Rapports récents et à venir

L'imagerie médicale au Canada, 2005



Ce rapport rend compte du nombre et de la répartition de certaines technologies d'imagerie, du coût des services d'imagerie médicale et des questions afférentes, y inclus les ressources humaines au Canada qui pratiquent dans le domaine.

Répartition géographique des médecins au Canada au-delà du nombre et du lieu

Ce rapport est une mise à jour de la première version, réalisée en 1999 par J. R. Pitblado et R. W. Pong, qui décrit et analyse la répartition géographique des médecins au Canada. Il met particulièrement l'accent sur les régions rurales et éloignées.

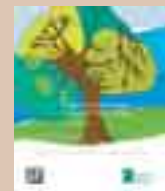


Ontario Trauma Registry Report: Major Injury in Ontario, 2003-2004

Ce rapport contient des données démographiques sur la cause du traumatisme, le diagnostic et l'intervention des hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario (données de 2003-2004).

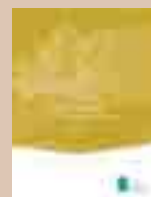
Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, 2002 et 2003

Ce rapport met en évidence des données importantes sur le traitement de l'insuffisance organique terminale au Canada. Ses huit sections principales portent sur le traitement de l'insuffisance rénale terminale, sur les greffes hépatiques, cardiaques, pulmonaires, pancréatiques et intestinales, et sur les donneurs décédés.



Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2005

Cette publication inclut des données mises à jour sur les dépenses de santé par source (secteur) et affectation (catégorie) de fonds à l'échelle provinciale, territoriale et nationale, ainsi qu'une discussion sur les tendances des dépenses de santé au Canada de 1975 à 2003 et des prévisions pour 2004 et 2005. Elle propose également des comparaisons internationales, telles que le rapport entre les dépenses de santé et le produit intérieur brut.



Estimations préliminaires des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, de 1974-1975 à 2005-2006

Ce rapport fournit des estimations préliminaires des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par affectation de fonds (catégories) de 1974-1975 à 2005-2006, à l'échelle provinciale, territoriale et nationale.

