

L'actualisation des données repose sur la collaboration

« Vous ne pouvez gérer ce que vous ne pouvez mesurer » (traduction) voilà le mot d'ouverture énoncé par Michael Decter, président du Conseil d'administration de l'ICIS, au lancement du premier rapport annuel sur les soins de santé de l'Institut au Canada. Dans le cadre du mandat de l'ICIS qui veille à améliorer la globalité de l'information médicale, cet énoncé illustre le rôle important que joue et devrait jouer cette information dans la prise de décisions. L'accès aux données actuelles, par conséquent, constitue un enjeu de taille pour les administrateurs de soins de santé, les gestionnaires, les décisionnaires et les leaders.

L'ICIS est conscient de l'importance de présenter des données au moment opportun, d'où le sondage national mené en 1999 par l'Institut auprès d'établissements de soins de courte durée dans certaines provinces sur l'actualisation des données présentées par les hôpitaux à la Base de données sur les congés des patients (DAD).

Ce sondage visait à examiner les processus de collecte et de présentation de données dans les hôpitaux afin de déterminer les différentes pratiques existantes. Il s'agissait notamment de connaître les activités de documentation et de codage nécessaires pour remplir les résumés. De plus, le sondage consistait également à relever les pratiques exemplaires dans la présentation de données opportunes et, d'après les résultats, à amorcer des changements nationaux dans la présentation de données et le compte rendu des événements portant sur les services offerts aux patients hospitalisés.

On a distribué le sondage à 616 établissements et le taux de réponse a atteint 70 %. Le rapport qui en découle, *Improving Timeliness of Discharge Abstract Database Data*, figure maintenant sur le site Web de l'ICIS

(www.icis.ca). On a remis des exemplaires à tous les établissements canadiens qui contribuent à la DAD. Les résultats du sondage et les recommandations

préliminaires indiquent certaines orientations stratégiques et mesures pour améliorer la présentation de données actuelles.

L'ICIS a mis sur pied un Comité directeur des opérations pour les bases de données DAD et sur la morbidité hospitalière pour donner suite aux recommandations et apporter des améliorations. Les membres sont issus des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. On a également consulté les établissements dans l'élaboration des recommandations qui seront abordées par les membres du Comité directeur. Ceux-ci devraient se rencontrer au début de 2001 pour discuter du sondage et des résultats.

Voici les commentaires préliminaires recommandés par les examinateurs du rapport qui serviront au Comité directeur comme point de départ pour améliorer l'actualisation :

- Encourager les provinces et territoires à établir des politiques exigeant que les fournisseurs de données puissent soumettre les corrections des données à l'ICIS dans un délai de 31 jours suivant la fin du mois;
- Encourager les provinces et territoires à établir des mesures financières d'encouragement concernant la présentation de données dans les délais prescrits.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Micheline Mistruzzi
Conseillère, DAD
Tél. : (416) 481-2002
Télééc. : (416) 481-2950
Courriel : mmistruzzi@cihi.ca



Deuxième rapport annuel sur la santé - Ne le manquez pas!

Le compte rendu sur la santé des Canadiens et l'efficacité, l'efficacité et la réceptivité du système de soins de santé représente un élément central à l'Initiative du carnet de route. Au printemps 2001, Statistique Canada publiera un deuxième rapport sur l'état de santé des Canadiens. De plus, le deuxième rapport de l'ICIS, axé sur le rendement du système de santé du Canada, devrait paraître en mai 2001.

Le Deuxième rapport annuel sur les soins de santé au Canada, 2001, présentera une mise à jour des faits et chiffres tirés du rapport 2000 et de nouveaux résultats sur les domaines d'intérêt relevés dans des séances de groupes de consultation tenues l'été dernier.

Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé

Président

M. Michael Decter

Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
(Toronto, Ont.)

RÉGION 1-Colombie-Britannique et Yukon

M^{me} Leah Hollins

Sous-ministre, ministère de la Santé de la C.-B.
(Victoria, C.-B.)

M. Rick Roger

Directeur général, Capital Health Region
(Victoria, C.-B.)

RÉGION 2-Prairies, T. N.-O. et Nunavut

M^{me} Sheila Weatherill

Présidente et directrice générale, Capital Health
Authority (Edmonton, Alb.)

M. Neil Gardner

Directeur exécutif, Corporate Information and Tech.
Branch, ministère de la Santé de la Saskatchewan
(Regina, Sask.)

RÉGION 3-Ontario

M. Daniel Burns

Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
(Toronto, Ont.)

D^r Michael Guerriere

Président-directeur général, HealthLink Clinical
Data Network Inc. (Toronto, Ont.)

RÉGION 4-Québec

M. Terry Kaufman

Directeur général, CLSC de Notre-Dame-de-
Grâce/Montréal-Ouest (Montréal, Qué.)

M^{me} Kathleen Weil

Présidente du Conseil d'administration, Régie
régionale de la Santé et des Services sociaux de
Montréal-Centre (Montréal, Qué.)

RÉGION 5-Atlantique

D^r Thomas F. Ward

Sous-ministre, ministère de la Santé de la
Nouvelle-Écosse (Halifax, N.-É.)

M. Rory Francis

Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
(Charlottetown, I.-P.-É.)

Ensemble du Canada

M. Tom Closson (vice-président)

Président-directeur général, University
Health Network (Toronto, Ont.)

M. Cameron Mustard

Directeur scientifique, Institut de recherche sur le
travail et la santé (Toronto, Ont.)

Statistique Canada

M. Ivan Fellegi

Statisticien en chef du Canada (Ottawa, Ont.)

Santé Canada

M. Ian Green

Sous-ministre (Ottawa, Ont.)

Message du président

L'ICIS de demain : Au cœur de l'information sur les soins de santé

Pour avoir une autre perspective de notre réalité, nous devons parfois nous en éloigner et imaginer l'avenir. Voilà l'idée qui ressort de la séance visionnaire à laquelle ont participé les membres du Conseil de l'ICIS et les invités à sa rencontre de novembre. On a donné l'occasion aux participants non pas de se pencher sur les urgences quotidiennes qui frappent notre organisme, mais bien de visualiser ce que l'ICIS pourrait être au cours des trois ou quatre prochaines années.



*...nous accentuerons
nos efforts sur la
cueillette de données
électroniques et la
diffusion de données
pertinentes et
opportunes.*

Tout le monde s'entend à dire que la mission de l'ICIS consistera à élargir son rôle de « centre névralgique » de présentation de résultats et permettre ainsi au système de soins de santé d'assurer un contrôle et de s'améliorer.

Pour obtenir des réponses concrètes, toutefois, nous devons nous poser les questions les plus significatives. L'ICIS de demain veillera à cerner les questions qui suscitent l'intérêt non seulement des administrateurs du système de santé mais du grand public – questions portant notamment sur les résultats et les procédures médicales et chirurgicales, les taux de survie, les débordements dans les périodes achalandées, le temps d'attente et la durée des séjours à l'hôpital.

Ainsi, nous tendrons la main à d'autres groupes névralgiques pour tisser des partenariats qui misent sur l'action et la consultation tout en solidifiant les relations avec les ministères de la Santé. En exploitant les techniques modernes à notre disposition, de plus, nous axerons nos efforts sur la collecte électronique et la diffusion de données pertinentes et opportunes.

L'un des plus grands enjeux de l'ICIS en ce moment repose évidemment sur la question de la protection de la vie privée. Outre le fait de s'appuyer sur les mesures

législatives actuelles et nouvelles des gouvernements provinciaux et territoriaux, nous prévoyons compter sur des consultations internes d'auto-surveillance et externes avec les commissaires à la vie privée pour veiller à continuer à respecter les normes des plus rigoureuses.

L'approbation prévue par les professionnels et le public renforcera notre capacité d'extraire et d'analyser de façon appropriée de l'information significative en tenant compte de l'épineuse question de la protection de la vie privée.

Bref, lorsque nous entrevoyons l'avenir, nous nous percevons au cœur de l'information médicale au Canada – une ressource sur laquelle le système de soins de santé et les citoyens peuvent compter en toute confiance et quiétude.

Nous espérons vous compter parmi nous dans cette grande aventure!

Le président-directeur général
Richard C. Alvarez

Conférence intitulée « Harness the potential at e-Health 2001 – The Future of Health Care »

Internet est en train de révolutionner les soins de santé – non seulement pour les Canadiens qui désirent y avoir recours pour obtenir de l'information en santé mais également pour les professionnels des soins de santé. Ces professionnels, les prestataires de soins de santé et les gestionnaires utilisent la technologie d'information dans leurs activités quotidiennes. Cette tendance ne cessera de s'accroître rapidement à mesure que de nouvelles applications, dont la télémédecine, la promotion multi-médias et la formation à distance, voient le jour.

La conférence nationale *e-Health 2001: The Future of Health Care in Canada* présentera un forum dynamique pour que les participants puissent discuter et partager des idées sur la révolution technologique profonde de l'ensemble du système qui transforme le travail des professionnels de la santé au Canada.

Cette conférence, présentée conjointement par la Canada's Health Informatics Association et l'ICIS, aura lieu à l'hôtel Westin Harbour Castle de Toronto du 26 au 29 mai 2001.

Qui devrait y participer

Cet événement à ne pas manquer s'adresse aux professionnels œuvrant dans le continuum de l'information en santé au Canada, y compris les membres de la haute direction, les cadres supérieurs, les professionnels de la santé, les spécialistes et les consultants, les principaux agents de l'information et les

chefs d'information, les représentants gouvernementaux et d'associations, les professionnels chargés des dossiers médicaux, les responsables de la sécurité et la protection de la vie privée et les fournisseurs de techniques d'information.

Programme de la conférence

La conférence présentera un salon professionnel et une exposition ainsi que des ateliers et des séances plénières. L'astronaute Roberta Bondar sera la conférencière-coordonnatrice. Voici les sujets qui seront explorés : pratiques exemplaires en gestion de l'information, télésanté, entreprises en santé électronique et capital de risque, commerce électronique en santé, décisions fondées sur l'expérience clinique, technologie d'infrastructure en soins de santé, applications des nouvelles technologies en santé, dossiers de santé électroniques, protection de la vie privée, sécurité et confidentialité.

Pour obtenir des précisions, veuillez consulter le site Web : www.e-health2001.com ou communiquer avec :

e-Health, 2001
1304-2, rue Carlton
Toronto (Ontario) M5B 1J3
Tél. : (416) 979-5551
Télééc. : (416) 979-1144
Sans frais : 1-888-253-8554
Courriel : info@e-health2001.com



26 - 29 mai 2001
L'hôtel Westin
Harbour Castle
Toronto (Ontario)
www.e-health2001.com



Aux responsables des opérations financières : N'hésitez pas à transmettre le message!

Si vous êtes abonnés à Base ou à BasePlus, vous devriez avoir déjà reçu le CD-ROM du Guide SIG 2001.

Veuillez vous assurer de l'installer immédiatement sur votre réseau pour que les directeurs, les gestionnaires et le personnel puissent avoir accès à ce document électronique. Les départements de votre hôpital connaîtront ainsi les nouvelles normes canadiennes pour déclarer les données financières et statistiques sur les opérations. De plus, les gestionnaires cliniques seront intéressés par les systèmes de mesure du travail propres à leur discipline figurant au chapitre 4.

www.icis.ca

UNE MEILLEURE INFORMATION POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

L'INITIATIVE DU CARNET DE ROUTE : MISE À JOUR

Les travaux se poursuivent sur les Normes en matière d'utilisation des médicaments de prescription et développement de rapports

Au cours des derniers mois, certaines étapes importantes ont été franchies dans le projet du Carnet de route sur la consommation de médicaments. Le projet du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Options d'étude de la consommation de médicaments prescrits (OPUS), a conclu ses travaux par la présentation d'un rapport final en septembre 2000 qui figure sur le site Web de l'ICIS à : www.cihi.ca/french/froadmap/fPrescript_Drug/Documentsf.shtml.

Inspirée par l'élaboration fructueuse d'un prototype de travail, l'équipe consacrée au projet OPUS a conclu que la création d'une base de données nationale sur la consommation de médicaments est faisable et que les prochaines étapes devraient inclure la préparation d'une analyse des coûts de mise en œuvre par rapport aux avantages. Le Comité fédéral-provincial-territorial sur les questions pharmaceutiques a demandé à l'ICIS de dresser une analyse de rentabilisation de concert avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés pour que les membres puissent étudier la question à leur rencontre d'avril 2001.

L'ICIS a également publié son rapport, *Current and Future Needs of Stakeholders Involved in the Analysis of Drug Utilization Databases*. On peut télécharger le document à partir de son site Web à : www.cihi.ca/Roadmap/Prescript_Drug/Documents.shtml. Ce rapport présente un résumé des résultats d'un sondage de 300 intervenants sur leurs pratiques actuelles et prévues dans l'analyse des données sur la consommation de médicaments.

La rencontre inaugurale du Groupe consultatif national sur l'utilisation de médicaments a eu lieu à la mi-janvier à Ottawa. Les membres orienteront l'ICIS dans l'élaboration d'indicateurs utiles qui serviront pour présenter des données nationales sur la consommation de médicaments. Les indicateurs proposés seront diffusés à divers groupes d'intervenants pour obtenir leurs commentaires. Ensuite, on s'attaquera à l'acquisition de données pour appuyer le calcul des indicateurs et le tout se terminera par la publication d'un rapport sur les indicateurs.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Frances Hall, conseillère
Tél. : (613) 241-7860
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : fhall@cihi.ca

Groupement des GMA et du degré de complexité 2001 pour la CIM-10-CA/CCI

L'ICIS a élaboré une méthodologie de groupement, soit les GMA et le degré de complexité, pour pouvoir présenter la CIM-10-CA et la CCI, qui englobe la aussi la CIM-10-CA et la CCI version DPG™.

Les GMA et la complexité servent à déterminer les chiffres sur la durée prévue du séjour (DPDS) et la pondération de la consommation des ressources (RIW™). Cette méthodologie de

Mise en œuvre de Services de réadaptation pour les adultes hospitalisés

Depuis avril dernier, 30 établissements de patients hospitalisés au Canada (de St. John's à Vancouver) ont mis en œuvre le Système national de rapports pour la réadaptation (SNRR) de l'ICIS.

Ces établissements ont formé une équipe de mise en œuvre pour coordonner la formation du personnel, la collecte et la présentation des données et l'ICIS a organisé un atelier de deux jours « formons le formateur ». On tient à féliciter les 93 formateurs en évaluation fonctionnelle qualifiés qui ont présenté leurs séances de formation en établissement à 228 évaluateurs qualifiés.

Le premier ensemble de rapports a été préparé pour les établissements qui ont fourni leurs données d'avril à septembre 2000. Des rapports ultérieurs seront distribués par trimestre et engloberont toutes les admissions de même qu'une disposition séparée pour les admissions initiales seulement. L'ICIS prévoit une transition à partir du système de rapport « prototype » à un environnement de production complète et une augmentation du nombre d'établissements participant au SNRR.

L'ICIS a publié le Rehabilitation Minimum Data Set Manual – Adult Inpatient Services, qui présente de l'information approfondie sur les éléments de données et les spécifications s'y rattachant. Cette publication suscitera l'intérêt des établissements participants, d'autres établissements, des concepteurs de logiciel, des ministères de la Santé, des autorités sanitaires régionales et des chercheurs en santé. La distribution est limitée aux organismes qui ont rempli un contrat de licence d'utilisation avec l'ICIS.

Pour obtenir cette licence, veuillez remplir le formulaire de demande de licence d'utilisation avec l'ICIS sur le site Web à : www.cihi.ca/french/froadmap/fAdult_Inpat/Documentsf.shtml.

Dès que le contrat est signé et présenté à l'ICIS, vous êtes admissibles à commander le manuel en direct à www.icis.ca ou en communiquant avec le bureau des commandes au 613-241-7860.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Jill Lava, coordonnatrice
Tél. (613) 241-7860
Télec. (613) 241-8120
Courriel : jlava@cihi.ca
Site web : www.cihi.ca/french/froadmap/fAdult_Inpat/startf.shtml

groupement sera offerte dans le cas des clients présentant des données sur les congés pour la CIM-10-CA et la CCI en avril 2001.

Actuellement, la méthodologie de groupement GMA/complexité s'appuie sur les systèmes de classification des maladies et des procédures de la CIM-9/CCA et de l'ICD-9-CM; toutefois, la nouvelle méthodologie GMA/complexité groupe les patients aux mêmes GMA, peu importe le système de classification utilisé.

Indicateurs nationaux sur les soins à domicile en cours d'élaboration

L'information sur les services et soins à domicile n'est pas recueillie de façon uniforme au Canada, d'où la difficulté de comparer et d'évaluer les services offerts dans les régions sanitaires. En avril 1999, l'ICIS a lancé le projet relatif aux indicateurs nationaux sur les services et soins à domicile – première étape importante pour mieux en saisir la portée au pays.

Le projet relatif aux indicateurs nationaux sur les services et soins à domicile permet d'élaborer, de mettre à l'essai et d'évaluer les indicateurs désignés prioritaires à l'aide de consultations avec les intervenants. Ces indicateurs visent à appuyer les régions sanitaires dans la planification, la gestion et l'évaluation des services et soins à domicile dans les régions et entre elles. Les indicateurs sont élaborés en deux phases. La phase 1 (avril 1999 à mars 2001) est axée sur les indicateurs prioritaires pour les services à domicile qui peuvent être compilés et mis à l'essai en utilisant des sources de données existantes. Au cours de la phase 2 (mars 2001 à mars 2003), on compilera les indicateurs au moyen de nouvelles sources de données.

Au cours de la phase 1, on a mené notamment de larges consultations qui ont permis l'élaboration d'un ensemble provisoire d'indicateurs sur les services et soins à domicile. L'été dernier, l'ICIS a entrepris un examen externe sur le terrain pour évaluer l'utilité, la clarté, la pertinence et la profondeur de l'ensemble provisoire d'indicateurs. Parmi les évaluateurs, on compte les gouvernements régionaux, provinciaux, territoriaux et fédéral, les organisations et associations nationales et provinciales, les universitaires, les chercheurs, les fournisseurs de services à domicile et d'autres spécialistes.

Dans l'ensemble, les évaluateurs étaient en faveur de l'ensemble initial des indicateurs et appuyaient cette initiative. Les évaluateurs ont estimé que l'on devrait envisager l'élaboration d'autres indicateurs qui seront axés sur les résultats et l'efficacité des services. Parmi les commentaires, on note un besoin urgent d'accroître l'usage de la technologie et des ressources pour faciliter la collecte et la gestion des données et leur compte rendu.

D'avril à septembre 2000, on a piloté un projet national pour compiler l'ensemble d'indicateurs provisoires à l'aide des données existantes pour 1998-1999 à partir de 11 régions pilotes participantes au pays, dont voici la liste :

- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Québec
- District de Kingston, Frontenac Lennox et Addington, Ontario
- Région de Peel, Ontario
- District de Wellington-Dufferin, Ontario
- Comtés de Grey-Bruce, Ontario
- District de santé de Regina, Saskatchewan
- District de santé de Saskatoon, Saskatchewan
- Autorité régionale de la santé de la capitale, Alberta
- Autorité régionale de la santé de Calgary, Alberta
- Région sanitaire de Simon Fraser, Colombie-Britannique
- Région sanitaire de la capitale, Colombie-Britannique

En novembre dernier, les régions pilotes ont évalué le processus pilote, l'utilité des indicateurs et le rapport prototype sur les services et soins à domicile des résultats d'indicateurs. Un rapport final sera disponible en mars 2001.

Les indicateurs élaborés à la phase 1 était largement descriptifs. D'autres efforts devront être déployés à partir de la phase 2 pour fournir d'autres indicateurs plus approfondis et enrichis afin de mieux comprendre la prestation des services et soins à domicile au Canada et leurs résultats.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Dana Paquette

Analyste principale, Soins à domicile

Tél. : (613) 241-7860

Télec. : (613) 241-8120

Courriel : dpaquette@cihi.ca

Site web : www.cihi.ca/french/fRoadmap/fHome_Care/startf.shtm

Les dépenses de santé s'élèvent à 95 milliards de dollars

On prévoit que le total des dépenses de santé au Canada a atteint 89,0 milliards de dollars en 1999 et 95,1 milliards en 2000 (en dollars courants), représentant des hausses annuelles de 6,0 et de 6,9 % respectivement. Ces chiffres proviennent du rapport de l'ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*, paru en décembre dernier.

Jumelés aux hausses de 4,8 % en 1997 et de 6,4 % en 1998, ces chiffres indiquent un redressement soutenu des dépenses de santé au cours des quatre dernières années, traduisant principalement une hausse des dépenses par les gouvernements et les organismes publics.

Les dépenses de santé par les ménages et les compagnies d'assurances privées (secteur privé) sont évaluées à 25,1 milliards de dollars en 1998, soit une hausse de 5,5 % par rapport à 1997. Les dépenses du secteur privé devraient atteindre 26,2 milliards de dollars en 1999 et 27,5 milliards en 2000, soit des progressions de 4,5 et de 5,0 %.

En 1998, on estime que les dépenses de santé du secteur public ont atteint 58,8 milliards de dollars et il s'agit d'une hausse de 6,8 % par rapport à 1997. On prévoit que les dépenses du secteur public ont atteint 62,8 milliards de dollars en 1999 et 67,6 milliards en 2000, soit des hausses annuelles de 6,7 et de 7,7 % respectivement.

Le rapport *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*, dresse un survol des tendances des dépenses de santé de 1975 à 1998 et des prévisions pour 1999 et 2000. Ce rapport s'inspire des données compilées à partir de la Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS. Pour commander un exemplaire, veuillez consulter le site Web de l'ICIS.

Bilan de recherche dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

Santé et Indice de masse corporelle des enfants

Un des principaux facteurs pour déterminer l'état de santé de l'enfant ultérieurement repose sur son développement précoce et sa santé. On s'entend de plus en plus pour dire que les premières années d'une personne influencent grandement le cours de sa vie et sa santé à l'âge adulte. Force est de constater que l'exercice physique régulier et un régime équilibré et nutritif sont importants pour contribuer à une bonne santé chez l'enfant et à prévenir des maladies chroniques et l'obésité au moment d'atteindre l'âge adulte.

L'indice de masse corporelle (IMC) représente un indicateur important de la santé de l'enfant et de la santé à l'âge adulte. Selon les chiffres, les enfants ayant un IMC supérieur au 95^e percentile de leurs pairs sont plus susceptibles d'être victimes d'embonpoint ou d'obésité et d'être aux prises avec des problèmes de santé à l'âge adulte : diabète sucré, hyperlipidémie, hypertension, ostéoporose, maladie coronarienne et morbidité et mortalité prématures. Toutefois, il n'existe aucune donnée publiée sur les changements de l'IMC chez les enfants canadiens depuis 1988.

Dans le cadre d'un des six projets de recherche initiaux financés par l'Initiative sur la santé de la population canadienne, les D^{rs} Douglas Willms et Mark Tremblay à l'Université du Nouveau-Brunswick explorent la santé des enfants vivant dans des milieux vulnérables et l'étendue des écarts des résultats de santé des enfants entre les voisinages, les écoles et les collectivités.

D^{rs} Willms et Tremblay ont eu recours à une analyse de régression pour évaluer les changements démographiques de l'IMC de 1981 à 1996 pour des enfants âgés de 7 à 13 ans. Ils concluent que l'IMC des enfants augmente en moyenne de 0,1 kg/m² par année. Cette hausse est influencée fortement par un taux croissant dans les catégories « embonpoint » et « obésité ».

La prévalence des garçons faisant de l'embonpoint est passée de 15 % en 1981 à 23,6 % en 1996; les filles, de 15 à 23,6 %. La prévalence d'obésité chez les enfants a plus que doublé au cours

de la même période, allant de 5 à 13,5 % pour les garçons et à 11,8 % pour les filles. Ces résultats sont parus dans le numéro du 28 novembre 2000 du *Journal de l'Association médicale canadienne*. Ils ont par la suite fait les manchettes dans les journaux canadiens.

Dans le cadre de ce projet de l'ISPC, les chercheurs étudient actuellement les différences de l'IMC chez les enfants des diverses régions du pays et entre les écoles. Parmi les sujets à explorer, les chercheurs doivent chercher à savoir si l'IMC augmente plus rapidement chez les enfants de certains endroits par rapport à d'autres et quelle en est la raison. Willms et Tremblay signalent que les niveaux actuels d'activité physique et les habitudes alimentaires des enfants canadiens, qui semblent être la cause d'embonpoint et d'obésité, devraient susciter l'inquiétude des décideurs.

Les auteurs prévoient également examiner les questions connexes suivantes :

- Quelle est la prévalence des enfants ayant un faible poids à la naissance, un IMC élevé et des troubles de comportement psychologique?
- Quelle est la relation entre ces indicateurs de l'état de santé des enfants et le niveau socio-économique soulevée par les facteurs suivants : revenu familial, structure familiale, scolarité et occupation des parents?
- Où habitent la plupart des enfants ayant un état de santé précaire?
- La prévalence des enfants ayant un état de santé précaire ou la relation entre l'état de santé et le niveau socio-économique diffère-elle entre les provinces ou les collectivités dans les provinces?
- Pouvons-nous relever et mesurer les déterminants de l'état de santé à l'échelon communautaire, dont le degré de soutien social dans une collectivité?

Les résultats de cette recherche, qui seront terminés d'ici à mars 2001, sont très attendus.

Qu'est-ce que l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)?

L'ISPC vise principalement à mobiliser les cerveaux et à promouvoir des stratégies de collaboration pour la santé de la population. Voici les objectifs précis qui s'y rattachent :

- 1) Favoriser de nouvelles connaissances des déterminants de la santé
- 2) Créer des mesures de recherche sur la science de la santé de la population et accorder des bourses qui s'ajoutent à l'investissement d'autres organismes de financement
- 3) Contribuer à l'élaboration de systèmes d'information en santé de la population
- 4) Analyser les résultats de recherche en santé de la population, en faire la synthèse et favoriser le transfert de connaissances et la compréhension chez les décideurs
- 5) Entreprendre une analyse stratégique et élaborer des options stratégiques
- 6) Stimuler un débat public et un dialogue sur les déterminants de la santé
- 7) Élaborer des rapports et diffuser les résultats de recherche aux décideurs et au public

Atteinte d'un jalon important pour la CIM-10-CA/CCI

L'ICIS s'affaire à achever la mise en œuvre échelonnée de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada* (CIM-10-CA) et de la *Classification canadienne des interventions en santé* (CCI) cette année. Cette activité marque une étape importante.

Voici les provinces-territoires qui les appliqueront en avril 2001 : Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan, Colombie-Britannique et Yukon. Les spécialistes de la classification à l'ICIS collaborent étroitement avec eux pour former les codificateurs dans les établissements de soins de courte durée.

Par le modèle « formons le formateur », les codificateurs choisis dans chaque province ont été formés pour être jumelés à un instructeur de l'ICIS afin de présenter deux ateliers aux codificateurs dans leur province. Les formateurs serviront constamment de principale ressource pour les codificateurs qui apprennent à chercher des codes dans les deux systèmes de classification au moyen du produit électronique Folio. Ils présenteront également d'autres formations et ateliers au besoin dans leur province ou territoire.

Dans le cadre du soutien continu à la mise en œuvre des CIM-10-CA/CCI, l'ICIS a conçu un ensemble de matériel après les ateliers d'études de cas avancés et spécialisés qui seront offertes au printemps 2001 pour que les codificateurs puissent enrichir leur expérience avec les nouveaux systèmes et obtenir une rétroaction. L'ICIS ne tardera pas à collaborer étroitement avec les autres provinces et territoires qui s'apprêteront à mettre en œuvre les CIM-10-CA et CCI en 2002.

L'ICIS continuera à répondre directement à toutes les interrogations de codage pour les CIM-9/CCA et la ICD-9-CM et à celles qui se rapportent aux nouveaux systèmes de classification et au nouvel outil de recherche électronique. Notre processus de soutien sera enrichi grandement par l'ajout d'une application d'interrogation pour le client sur Internet servant à consigner toutes les interrogations et à en assurer le suivi. Les clients pourront interroger en direct et chercher toutes les interrogations adressées à l'ICIS. Actuellement, les demandes et autres questions et renseignements pertinents figurent à la rubrique « Foire aux questions » dans la section des classifications sur le site Web de l'ICIS à : www.cihi.ca/french/fwedo/standf.shtml.

Un deuxième CD-ROM paraît en mars 2001. Cette version sera plus conviviale et on a désigné les erreurs qui ont été corrigées.

L'ICIS tient à remercier les provinces et territoires et les divers organismes : associations, hôpitaux, cliniciens, formateurs et codificateurs pour leur intérêt constant et leurs commentaires sur l'élaboration des CIM-10-CA et CCI. La synergie qui en a découlé nous a permis de mettre en œuvre avec succès les systèmes de classification sur support électronique qui sont adaptés à notre réalité canadienne.

Pour plus de renseignements, veuillez consulter le site Web à : www.cihi.ca/french/fwedo/standf.shtml (faire défiler la page jusqu'à la mention « Classifications des maladies et des interventions » ou cliquer sur « Classifications » dans la case de défilement « Sujets d'intérêt particulier » dans la page d'accueil).

Pour des questions d'ordre général : ccicd-10@cihi.ca.

Dans le cas des interrogations de codage : codingquery@cihi.ca

Maladies du cœur et ACV – Principale cause d'hospitalisation

Les maladies du cœur et les accidents cérébrovasculaires causent le plus de pertes humaines au pays et sont la principale cause d'hospitalisation au Canada en 1998-1999. Ces crises comptent pour 15 % de tous les congés et 19 % de tous les jours-patient d'après les chiffres de l'ICIS parus en février.

Ces crises ont joué un rôle d'autant plus important dans l'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus, comptant pour 28 % de tous les congés dans ce groupe d'âge.

Pour la cinquième année consécutive, le nombre total de congés accordés aux malades hospitalisés par les hôpitaux canadiens de soins de courte durée a diminué. On en comptait environ 3 millions en 1998-1999, 1 % inférieur à 1997-1998 et 11 % de moins que les 3,4 millions il y a quatre ans.

Le taux de congés (représente une mesure des patients hospitalisés au Canada) affiche une même tendance, chutant de 2 % par rapport à l'année précédente et de 16 % depuis 1994-1995.

Le taux de congés pour les maladies du cœur et les ACV a suivi la tendance nationale, affichant une perte de 4 % entre 1994-1995 et 1998-1999 pour les crises cardiaques et de presque 11 % pour les ACV.

Ces chiffres proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS, source d'information globale et nationale sur l'hospitalisation par catégorie de maladies.

Les maladies du cœur et les ACV représentent la principale cause d'hospitalisation chez les hommes dans tous les groupes d'âge, soit plus de 20 % de tous les congés chez les hommes en 1998-1999. Chez les femmes, l'hospitalisation est attribuable aux grossesses et aux naissances, suivie des maladies du cœur et des ACV.

En 1998-1999, les hommes avaient deux fois plus de risques que les femmes d'être hospitalisés à cause de crises cardiaques : 263 contre 108 respectivement pour 100 000 habitants. Les hommes éprouvent une fois et demi plus de risques d'être hospitalisés pour des accidents cérébrovasculaires que les femmes : 239 contre 167 respectivement.

Pour obtenir des précisions, veuillez consulter la rubrique des communiqués sur le site web : www.cihi.ca/french/fmedrls/rls1f.shtml

Élaboration de normes nationales pour la facturation informatisée

Au Canada, de nombreuses initiatives sont axées sur l'échange électronique d'information médicale. Bon nombre d'intervenants, dont l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association dentaire canadienne, ont déployé des efforts considérables pour établir des normes en matière de réclamations électroniques et le savoir-faire à ce chapitre augmente, ce qui permet d'aller de l'avant dans l'élaboration d'autres normes.

En avril dernier, plusieurs organismes, dont l'Association des échanges relatifs aux réclamations, l'Association des pharmaciens du Canada et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique se sont adressés à l'ICIS pour faciliter la conception d'une norme nationale sur les réclamations électroniques. L'ICIS est perçu par ces groupes comme un organisme national et indépendant ayant fait ses preuves dans l'élaboration de normes et l'établissement d'un consensus.

Par conséquent, l'ICIS a mis sur pied en juin 2000 l'Initiative nationale des normes en matière de réclamations électroniques (NeCST) pour répondre au besoin actuel de normalisation de l'information sur les réclamations électroniques. Voici les objectifs de cette Initiative :

- créer un cadre de travail sur des normes communes qui vise toutes les données sur les réclamations;
- élaborer et utiliser un modèle de régie simple et unanime composé de représentants de diverses régions;
- établir une base et un modèle de financement pour assurer la continuité de la NeCST.

Les avantages

La présence d'une norme nationale permettra d'assurer l'uniformité de la saisie de données et de jeter les bases en matière d'échange de données sur les réclamations au sein de l'industrie des soins de santé.

La création et l'utilisation d'une norme nationale sur les réclamations électroniques permettront de réduire les coûts de

gestion des données sur la facturation pour les fournisseurs, le traitement des réclamations médicales et les paiements pour les payeurs. Voici les autres avantages :

- réduction des frais de papier et des coûts de traitement de documents
- diminution du nombre de réclamations refusées ou payées partiellement
- diminution du temps d'attente dans le paiement des réclamations
- accès immédiat à l'état de la demande sans intervention du personnel

Réalisations à ce jour

Le Comité directeur exécutif de la NeCST a décidé que la norme nationale sera fondée sur le système HL7 et les progrès réalisés en langage XML. De plus, le Comité a convenu que l'ICIS facilitera le procédé d'élaboration de la norme et l'accent sera mis sur l'atteinte d'un consensus. Parmi les autres principales décisions, mentionnons l'établissement de modèles de financement et de régie dans le cadre de cette Initiative.

D'importantes contributions ont été apportées à l'élaboration de la composante du message sur les réclamations électroniques. On s'affaire actuellement à examiner le modèle de messagerie et de sa conception approfondie aux rencontres trimestrielles du Groupe d'architecture technique.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Sharon Moore
Gestionnaire du projet NeCST
Tél. : (416) 481-2002
Télec. : (416) 481-2950
Courriel : smoore@cihi.ca
Site web : www.cihi.ca/french/feclaims/introf.shtml

ICIS directions CIHI

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fait paraître à tous les trimestres le bulletin **ICIS directions CIHI**. Depuis 1994, cet organisme national et indépendant à but non lucratif œuvre à améliorer la santé de la population canadienne et le système de soins de santé en présentant de l'information sur la santé de qualité.

Le mandat de l'ICIS consiste à coordonner l'élaboration et la tenue d'une approche intégrée du système d'information sur la santé du Canada; à présenter et à coordonner des données exactes et opportunes et de l'information nécessaire à l'établissement de judicieuses politiques sur la santé; à gérer efficacement le système de santé canadien; à sensibiliser le public aux facteurs qui contribuent à améliorer la santé. Les articles peuvent être reproduits en tout ou en partie à condition qu'ils ne soient pas destinés à des fins commerciales et il faut mentionner intégralement sur les copies le nom de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Rédacteur en chef : Serge Taillon
Rédactrice : Karen McCarthy
Collaborateurs : Richard Alvarez, Joan Campbell, Diane Caulfeild, Nizar Ladak, Janice Millar, Sharon Moore, Dana Paquette, Ken Potvin et Ann Steeves. Pour formuler des commentaires, des suggestions ou obtenir d'autres copies de cette publication, en français ou en anglais, veuillez communiquer avec la rédactrice :



Rédactrice, ICIS directions CIHI
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ont.) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : kmccarthy@cihi.ca
Site web : www.icis.ca

This publication is also available in English.