

Le deuxième Rapport annuel sur la santé fournit aux Canadiens plus d'information sur la santé

En avril dernier, l'ICIS a franchi une étape significative avec la publication de *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, produit avec l'aide de Statistique Canada.

À la suite de la publication du rapport (à ce jour, plus de 90 000 copies ont été téléchargées à partir de la page Web de l'ICIS), l'Institut a organisé des groupes de réflexion partout au Canada avec des professionnels de la santé, le public en général et les médias pour obtenir leurs réactions au rapport. En général, le rapport a été bien reçu et plusieurs personnes pensaient qu'il contenait une information intéressante, présentée de façon claire et accessible. Une majorité de gens voulait plus d'information sur les sujets abordés dans le rapport.

Le 8 mai, l'ICIS a publié son deuxième rapport sur le système de soins de santé. Cette publication, maintenant disponible sur la page Web de l'ICIS, fournit de l'information mise à jour sur plusieurs des sujets du rapport de l'an dernier. Par exemple, l'ICIS estime que le financement des soins de santé a atteint 95 milliards de dollars en 2000. De ces 95 milliards projetés, environ 67,6 milliards (ou un peu plus de 71 %) provenaient du secteur public, incluant les gouvernements et les commissions des accidents du travail.

Le rapport contient aussi des informations plus actuelles sur le nombre et la répartition des infirmières, des médecins et d'autres professionnels de la santé au Canada. De plus, le rapport met en lumière les questions de la vie au travail dans le secteur de la santé. Par exemple, selon de nouvelles données de l'Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada, 87 % des infirmières autorisées (y compris les infirmières en chef et les surveillantes), rapportaient être satisfaites ou très satisfaites de leur emploi en 1999. Cela se compare à 89 % pour tous les autres types d'occupations non reliées à la santé.

Quoi de neuf?

Pour la première fois, l'ICIS a publié de l'information sur la survie à la suite de crises cardiaques à l'échelle régionale dans plusieurs provinces. À l'échelle nationale, le taux de mortalité à l'hôpital (ajusté selon le sexe, l'âge et la comorbidité) dans les 30 jours suivant une crise cardiaque était de 12,65 % en 1998-1999. Cependant, il y avait de grandes variations au

Canada et entre les provinces. Par exemple, certaines régions avaient des taux de mortalité sous les 10 % alors que d'autres avaient des taux de plus de 15 %.

Alors que la survie à la suite d'une crise cardiaque peut varier au Canada, le rapport montre qu'il existe peu de différences dans les taux de survie suite à une greffe d'organe. Trois personnes sur quatre ayant reçu une greffe de cœur, de foie ou de rein entre 1992 et 1998 ont survécu au moins cinq ans. Les taux du Canada du milieu à la fin des années 1990 se comparaient à ceux des États-Unis et de l'Europe.

Comme le rapport de l'an passé, celui de 2001 s'appuie sur de nouvelles données et analyses de l'ICIS et de Statistique Canada, ainsi que sur des recherches produites à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et internationale. Cependant, il existe encore des lacunes dans l'information. Avec le temps, l'Institut planifie de continuer à travailler avec ses partenaires pour combler ces manques, avec des mises à jours sur nos progrès dans des rapports futurs.



Visitez la page Web de l'ICIS aujourd'hui pour télécharger votre copie de ce rapport : www.icis.ca

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, Î.-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-directeur général

Les rapports sur la santé sont d'actualité

Les rapports sur le système de santé deviennent la norme, et non l'exception au Canada. Les efforts des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des instituts de recherche, des centres de politique et d'autres organisations, visent à répondre à la demande croissante pour plus d'information sur la santé de la part des consommateurs, des administrateurs de la santé, des décideurs et de ceux qui travaillent dans le réseau.

La publication de notre deuxième rapport annuel, produit avec l'aide de Statistique Canada, fait partie de ce processus continu. Pour la première fois, nous avons compilé de l'information sur la survie après une crise cardiaque à l'échelle régionale pour plusieurs provinces. Les rapports à venir continueront de faire état des progrès, de mettre à jour l'information et d'inclure de nouvelles données. En fait, l'ICIS et Statistique Canada développent des méthodes pour faire rapport de façon régulière sur les taux de mortalité particuliers à certaines maladies, spécifiques aux hôpitaux, pour les décès suivant le traitement d'un infarctus du myocarde et autres interventions.



Que réserve l'avenir à ces rapports? Nous n'avons qu'à regarder de l'autre côté de l'Atlantique pour entrevoir les possibilités. L'Angleterre publie régulièrement des rapports sur les résultats, comme le cancer du sein et le cancer du côlon, par région et sous-région. Des rapports spécifiques aux hôpitaux sont aussi produits et comprennent de l'information par région sur les temps d'attente. L'Angleterre a ouvert la voie et établi des repères impressionnants.

Alors que nous continuons la production de rapports annuels sur le système de santé, ainsi que nos publications d'analyses régulières, les Canadiens peuvent s'attendre à une information plus complète sur l'efficacité de notre système de santé.

Le président-directeur général
Richard C. Alvarez

Rapport annuel 2001 : La santé de la population canadienne

La santé de la population canadienne est un numéro spécial de Rapports sur la santé, volume 12, numéro 3 (82-003), publié par Statistique Canada le 26 avril 2001. Il s'agit d'une étude détaillée des similitudes et des différences entre les sexes lorsqu'il s'agit de la santé. Le rapport présente aussi des données qui illustrent que les différentes expériences des hommes et des femmes comprennent leur attitude et leur comportement face à la santé, leurs contacts avec les soins de santé et, en bout de ligne, leurs maladies et leur décès.

Les mesures de la santé des Canadiens et des Canadiennes dans ce rapport s'appuient principalement sur l'Enquête nationale sur la santé de la population. D'autres données sont tirées de la Base de données sur les statistiques de l'état civil, du Registre canadien du cancer et du recensement.

L'objectif est de fournir aux Canadiens et aux décideurs l'information dont ils ont besoin pour juger les facteurs qui contribuent à améliorer la santé.

Le rapport est maintenant disponible sans frais sur le site Web de Statistique Canada à www.statcan.ca. Cliquez sur le bouton « La santé de la population canadienne » ou « Le Quotidien ».

L'influence de l'expérience du marché du travail sur la santé

Quelle est l'importance des expériences professionnelles sur la santé des Canadiens? Il existe une abondante documentation sur les effets néfastes du chômage et sur d'autres agents stressants des lieux de travail (environnementaux, ergonomiques et psychosociaux). Malgré des recherches antérieures, il y a un manque de preuves quantitatives solides du rôle de l'emploi dans la santé des Canadiens.

Le programme de recherche de M. Cameron Mustard et de ses collègues à l'Institut pour le travail et la santé à Toronto apporte les vues canadiennes à la relation entre le travail et la santé. Avec un financement de l'Initiative canadienne sur la santé de la population (ISPC), les chercheurs ont utilisé les deux fichiers nationaux longitudinaux, qui contiennent des données relativement détaillées tant sur la dynamique de la santé que sur l'expérience du marché du travail de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

M. Mustard et ses collègues ont étudié les changements dans la santé (par exemple et invalidité, absentéisme) en relation avec leurs expériences du travail. Ces expériences comprennent le chômage et d'autres facteurs tels que le soutien social, la sécurité d'emploi, la situation professionnelle, les exigences physiques et psychologiques, et la somme de contrôle sur les conditions de travail (latitude de décision). L'influence du sexe, du stade du cycle de vie, et des responsabilités familiales sur les résultats de santé reliés au travail ont aussi été examinés dans cette recherche.

Plusieurs découvertes ont été faites jusqu'à maintenant :

- Un échantillon représentatif de la main-d'oeuvre canadienne a montré que, dans l'ensemble, entre 1994 et 1998, 16,6 % des travailleurs avaient rapporté une baisse de leur perception de leur état de santé. Les hommes dans les deux classes occupationnelles les plus basses étaient plus portés à rapporter une baisse de l'état de santé que ceux des deux classes occupationnelles les plus élevées. Cette relation a été quelque peu réduite lorsque des ajustements ont été faits pour tenir compte des expositions au travail psychosocial et des comportements de santé. Il était intéressant de voir que la relation entre la hiérarchie occupationnelle et les perspectives de baisses de l'état de santé ne s'appliquait pas aux femmes.
- La classe occupationnelle d'une personne était associée positivement à la consommation d'alcool et l'activité physique, mais associée négativement au tabagisme. La dépression, les maladies chroniques et les maux de dos rapportés par le travailleur n'étaient pas non plus associés avec la classe de l'occupation.
- Une analyse des différences entre les sexes dans le stress au travail a été menée parmi un échantillon de 7 484 travailleurs canadiens, qui ont participé à l'ENSP de 1994. Tant les hommes que les femmes ont montré des niveaux de stress plus élevés reliés à la grande pression (demandes psychologiques élevées, peu de latitude de décision) et le travail actif (demandes psychologiques élevées, grande latitude de décision). Même si les femmes avaient plus tendance à occuper des emplois comportant une grande pression, les hommes

expérimentaient le plus grand stress causé par le travail à grande pression. Ces conclusions indiquent que les facteurs psychosociaux pourraient être des déterminants plus significatifs du bien-être psychologique pour les hommes que pour les femmes.

- La latitude de décision et les demandes physiques semblent être les meilleures mesures des caractéristiques occupationnelles qui ont des associations avec les résultats de santé. Les mesures de demandes psychologiques, de soutien social et de sécurité d'emploi ne semblent pas être reliées à la santé de façon fiable.
- Après avoir examiné l'ENSP pour 1994 et 1996, et les données sur les caractéristiques des régions métropolitaines du recensement de 1991, les chercheurs se sont penchés sur l'impact de l'inégalité du revenu au niveau métropolitain et le revenu individuel sur l'état de santé. Ils ont constaté que le plus haut revenu se situait en 1994 et que le meilleur état de santé rapporté se situait deux ans plus tard. Cependant, ils n'ont trouvé aucune association entre l'inégalité du revenu métropolitain et l'état de santé rapporté par l'employé. Ces résultats suggèrent qu'au Canada, le revenu est l'indice le plus fort pour l'état de santé plutôt que l'inégalité de revenu dans les régions métropolitaines.

Les chercheurs continuent d'examiner d'autres questions :

- la santé physique et mentale reliée aux absences au travail, et l'identification des aspects de l'expérience du travail qui augmentent ou diminuent les probabilités d'absence au travail;
- la distribution des classes sociales dans les arrangements de soutien de famille et les avantages pour absences au travail;
- la relation entre les expériences du travail et la santé mentale chez les jeunes adultes; et
- la relation entre la consommation d'alcool et la participation à la main-d'oeuvre.

Les résultats de cette recherche pourraient avoir des implications tant pour les politiques du marché du travail du secteur public que pour les pratiques d'emploi du secteur privé. Les découvertes ne sont pas seulement importantes pour la formation d'une vue d'ensemble sur l'importance des facteurs du travail et de l'endroit de travail sur la santé des Canadiens. Elles peuvent aussi contribuer à améliorer notre capacité à prévoir de futurs fardeaux de maladie et d'invalidité sur les absences au travail, la productivité et les plans de retraite. De plus, la preuve d'une relation entre la situation professionnelle et les résultats de santé peut être d'intérêt pour les intervenants dans les négociations du marché du travail. Finalement, les différences dans les expériences de travail des hommes et des femmes suggèrent que les employeurs doivent considérer le sexe en concevant des interventions pour réduire le stress relié au travail, la maladie et l'invalidité.

Références :

- Mustard, C., Vermeulen, & Laveis, J.N. (2000) Is occupational class a determinant of decline in perceived health status? *Institute for Work and Health Working Paper #125*.
- Vermeulen, M. & Mustard, C. (2000) Gender differences in job strain, social support at work and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology, 5(4)*, 428-440.
- Institut de recherche sur le travail et la santé (2001) *Institute for Work and Health Research Projects, Activities and Research Transfer Report on 2000, 4-7 - 4-16*.

Les méthodologies des groupes clients de l'ICIS à l'âge de l'électronique

Cette année, pour la première fois, l'ICIS publie des répertoires de ses méthodologies CMG^{MD}/PLX^{MD} et DPG^{MD} en format électronique (versions CIM-10-CA/CCI). Ces produits CD-ROM offrent un niveau avancé de fonctionnalité qui n'était pas disponible auparavant en format papier. L'avènement de la CIM-10-CA et de la CCI en tant que nouvelles normes de codage de diagnostic et d'intervention a fourni l'opportunité ainsi que la nécessité de cette migration du format papier.

Ce nouveau forfait logiciel peut être installé sur un PC ou opéré directement à partir du CD-ROM. Les établissements de soins de santé, les gouvernements et autres utilisateurs des méthodologies de regroupement de l'ICIS pourront installer le logiciel sur des réseaux permettant un usage illimité aux stations de travail des PC au sein de leurs organisations.

Conçue pour la facilité pour l'utilisateur et dans un format très connu HTML, la navigation entre les graphiques et les appendices est facile et efficace. Le diagnostic individuel ou les codes d'intervention peuvent être trouvés facilement en utilisant la fonction Trouver, et des pages individuelles peuvent être imprimées pour la commodité.

Plus tard cet été, l'ICIS publiera la méthodologie SGCA (Système global de classification ambulatoire) sur CD-ROM.

Nouveau look pour les groupes clients

L'ICIS a développé un nouveau look pour ses produits et publications associés aux groupes clients. Conçu par le spécialiste en multimédia de l'ICIS, Scott Young, avec la participation du personnel, le nouveau look figurera sur toutes les couvertures des publications, rapports et CD-ROM.

Les groupes clients sont une approche méthodologique pour la sous-classification des types de patients en un nombre de groupes plus facile à gérer, sur lesquels sont basées des analyses et des ressources comme la durée prévue du séjour et la pondération de la consommation des ressources de l'ICIS. Les balances dans l'illustration représente l'équilibre entre les deux contributeurs de toute méthodologie groupe client : pertinence clinique et exactitude statistique. Pour illustrer l'aspect clinique des groupes clients, l'image d'un stéthoscope est incorporée dans la base des balances. De façon similaire, la lettre grecque sigma (Σ) a été utilisée pour démontrer la contribution des statistiques aux méthodologies des groupes clients.

Les hospitalisations à la suite de blessures encore en baisse, selon l'ICIS

Selon un rapport publié en avril par l'Institut canadien d'information sur la santé, moins de Canadiens sont admis dans les hôpitaux de soins de courte durée à cause de blessures. Le rapport, qui s'appuie sur le Registre national des traumatismes de l'ICIS, révèle une baisse de presque 12 % de toutes les hospitalisations à la suite de blessures au cours des cinq dernières années.

En 1994-1995, on comptait 221 313 hospitalisations à la suite de blessures comparativement à 195 116 en 1998-1999. Cette diminution est mise en évidence dans le taux d'hospitalisations à la suite de blessures : il est passé de 77 par 10 000 habitants en 1994-1995 à 62 par 10 000 habitants en 1998-1999. De plus, ce taux a également diminué pour les chutes et les collisions impliquant des véhicules à moteur, les principales causes d'hospitalisation, de 18 % et de 22 % respectivement.

Diminution de la durée des séjours à l'hôpital pour des blessures

Entre 1994-1995 et 1998-1999, on a assisté à une diminution constante de la durée moyenne des séjours à l'hôpital. Elle est passée de 10,2 jours à 8,9 jours. Cela est également vrai pour le nombre de jours passés à l'hôpital en raison d'une blessure causée par une chute ou une collision impliquant des véhicules à moteur. Il est passé de 13,5 jours à 11,4 jours, et de 9,2 jours à 7,4 jours respectivement.

Variations provinciales et territoriales

En 1998-1999, le taux le plus élevé d'hospitalisations à la suite de blessures a été enregistré au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, soit 116 par 10 000 habitants (taux combiné). Venait ensuite la Saskatchewan avec 96 par 10 000 habitants. Ces taux sont supérieurs au taux national de 62 par 10 000 habitants. Le taux le plus bas était en Nouvelle-Écosse (51), puis en Ontario (52).

Entre 1994-1995 et 1998-1999, les provinces suivantes ont enregistré la baisse la plus prononcée dans les taux d'hospitalisations à la suite de blessures : la Nouvelle-Écosse (23,2 %), Terre-Neuve (23,1 %), l'Ontario (22,7 %), l'Alberta (22,1 %), le Québec (19,9 %) et la Colombie-Britannique (19 %). La Saskatchewan (9,8 %), le Manitoba (9,5 %) et le Nouveau-Brunswick (5,2 %) ont enregistré les diminutions les moins marquées. À l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre d'hospitalisations à la suite de blessures a augmenté (4,3 %) et il est demeuré à peu près le même dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (hausse combinée de 0,3 %).

Ces statistiques sont tirées du document *National Trauma Registry — Hospital Injury Admissions Report, 1998/99*. Ce rapport présente une analyse descriptive des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée à la suite de blessures.

Il examine les différences nationales et provinciales et compare les tendances de 1994-1995 à 1998-1999.

Les dépenses en médicaments dépassent les autres dépenses de santé

Les médicaments continuent d'accaparer une part croissante des dollars de la santé au Canada, constituant la deuxième catégorie en importance des dépenses de santé après les services hospitaliers. En 2000, on s'attend à ce que les dépenses en médicaments aient atteint 14,7 milliards de dollars, représentant 15,5 % des dépenses totales en santé, suivant des hausses de 8,9 % et 9,0 % en 1999 et 2000.

Ces statistiques proviennent du rapport *Drug Expenditures in Canada, 1985 to 2000*, publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) plus tôt cette année.

Dépenses totales en médicaments prescrits et non prescrits

En 1998, les dépenses totales en médicaments prescrits étaient estimées à 9,3 milliards, une augmentation de 10,6 % depuis 1997. Les dépenses totales en médicaments non prescrits, comme les médicaments en vente libre contre le rhume et les maux de tête, étaient estimées à 3,1 milliards en 1998, une augmentation de 6,6 % par rapport à 1997.

En 1999, on s'attend à ce que les dépenses totales en médicaments prescrits aient atteint 10,3 milliards, puis 11,4 milliards en 2000 (10,3 % et 10,6 % en augmentations annuelles). Pour ces années-là, on s'attend à ce que les dépenses en médicaments non prescrits aient augmenté à des taux plus bas, 4,8 % et 4,0 %, atteignant 3,2 milliards et 3,3 milliards respectivement.

En 2000, les dépenses en médicaments prescrits totalisent environ 77 % des dépenses totales en médicaments, alors qu'elles étaient de 67 % en 1985.

Dépenses totales en médicaments dans les secteurs public et privé

Les chiffres de l'ICIS indiquent des dépenses accrues dans le secteur public ces dernières années. En 1998, les dépenses en médicaments des gouvernements et des organismes gouvernementaux au Canada étaient estimées à 3,9 milliards, une augmentation de 11,4 % par rapport à 1997. Les prévisions des dépenses dans le secteur public sont de 4,3 milliards en 1999 et

4,9 milliards en 2000, reflétant des augmentations de 12,4 % et 13,1 %. En 2000, on prévoit que les dépenses du secteur public auront compté pour 33 % des dépenses totales en médicaments, une hausse de 31 % en 1998 et 29 % en 1985.

Les dépenses en médicaments du secteur privé (ménages et compagnies d'assurance) ont augmenté de 8,7 % à un montant estimé à 8,5 milliards en 1998. On prévoit que les dépenses du secteur privé auront été de 9,2 milliards en 1999 et 9,8 milliards en 2000, reflétant des augmentations annuelles de 7,4 % et 7,1 % respectivement.

Comparaisons internationales

En 1997, la dernière année pour laquelle des données complètes sont disponibles, le Canada s'est classé cinquième parmi les pays industrialisés du G-7 pour le montant dépensé en médicaments en proportion des dépenses totales de santé à 14,5 %, après la France (21 %), le Japon (20 %), l'Italie (17,5 %), et le Royaume-Uni (16,3 %). En Allemagne, les médicaments comptaient pour 12,2 % alors qu'aux États-Unis, la proportion était de 10,1 %.

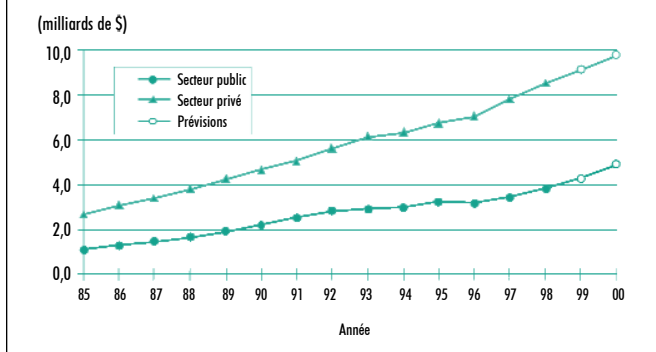
Pendant la même année, la part des dépenses en médicaments financées par le secteur public allait de 14,6 % aux États-Unis à 70 % en Allemagne, avec le Canada au sixième rang (30,6 %).

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Gilles Fortin
Chercheur principal, Dépenses de santé
Tél. (613) 241-7860
Télééc. (613) 241-8120
Courriel : gfortin@cihi.ca

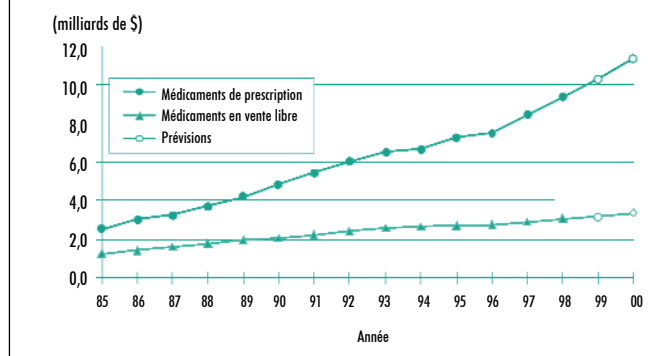
Pour télécharger votre copie de ce rapport, disponible seulement en format électronique, sans frais, visitez : <http://www.cihi.ca/wedo/hexpenddrug.shtml>

Dépenses totales en médicaments par source de financement, Canada, de 1985 à 2000



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé

Dépenses totales en médicaments, par type, de 1985 à 2000



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé

Hospital Report 2001: Acute Care in Ontario — Disponible bientôt!

En 1997, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, conjointement avec un consortium de recherche dirigé par l'Université de Toronto, a annoncé des plans pour produire une série de rapports qui examineraient le rendement des hôpitaux de l'Ontario. Cette vision originale a commencé avec un rapport sur tout le système des soins de courte durée en 1998. Avec le parrainage additionnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, plus de rapports seront produits en 2001 sur des sujets comme les soins d'urgence, les soins chroniques et continus et la santé des femmes.

Le *Hospital Report 2001: Acute Care in Ontario*, représente le premier fascicule des séries de 2001 et est préparé par l'Institut canadien d'information sur la santé, basé sur des méthodologies développées par l'Université de Toronto. Ce rapport, qui doit paraître en juin, vise à fournir une compréhension élargie du système d'hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario.

Utilisant une approche équilibrée de feuille de marque, le rapport est conçu pour l'évaluation de quatre dimensions du rendement de l'hôpital :

- utilisation clinique et résultat;
- rendement financier et condition;
- satisfaction des patients; et
- intégration des systèmes et changement.

Comme son prédécesseur, *Hospital Report '99*, le rapport de 2001 continuera d'examiner le rendement des hôpitaux tant sur la base de l'ensemble du système que sur l'hôpital spécifiquement. Avec la participation de plus de 120 hôpitaux de soins de courte durée, comprenant plus de 90 % des lits de soins de courte durée, ce rapport se révélera être une ressource précieuse pour les conseillers, les cadres, les professionnels de la santé et les consommateurs dans les hôpitaux.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Jennifer Shapiro

Conseillère, Rapports sur la santé et analyse

Tél. (416) 481-2002

Télééc. (416) 481-2950

L'ISPC produit un nouveau rapport

En avril, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a publié un nouveau rapport. Il s'agit d'un outil visant à appuyer une des fonctions importantes de l'ISPC : assurer que les personnes qui prennent les décisions et décident des politiques reçoivent une information objective et crédible à propos des nouvelles connaissances générées (par l'ISPC et d'autres) sur les déterminants de la santé.

Le rapport résume les résultats d'une analyse environnementale de 17 organisations, conduite à l'été 2000 pour identifier un ensemble de stratégies pour le transfert des connaissances aux décisionnaires. Un échantillon d'organisations canadiennes universitaires, gouvernementales, et de groupes d'experts de politiques ont été choisies pour leur intérêt dans la recherche sociale, ou la santé, et le transfert des connaissances.

Les stratégies employées pour la recherche en transfert étaient organisées selon trois facteurs : le public cible (QUI était engagé), la synchronisation (QUAND l'engagement s'est-il produit pendant le processus de recherche) et la méthode (COMMENT était engagé le public cible). Une grande variété de stratégies étaient identifiées. Prises dans leur ensemble, le survol des expériences de ces organisations représente une trousse utile pour l'ISPC/ICIS et d'autres dans l'application des connaissances aux politiques.

Le rapport est disponible en format PDF sur la page Web de l'ICIS : <http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/start/shtml>. On peut obtenir des copies imprimées en envoyant une demande par courriel à cphi@cihi.ca.

ICIS directions CIHI

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

Le mandat de l'Institut est de coordonner le développement et l'entretien du système intégré d'information sur la santé au Canada. À cette fin, l'ICIS fournit en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'introduire des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé.

Le contenu de la présente publication peut être reproduit en tout ou en partie, et ce, à des fins non commerciales. Il faut stipuler sur la reproduction le nom intégral de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Rédacteur en chef : Serge Taillon

Rédactrice : Karen McCarthy

Collaborateurs : Richard Alvarez, Daniel Benoit, Gary Cattlin, Terry Campbell, Carmen Connolly, Kira Leeb et Jennifer Shapiro. Pour transmettre des commentaires, suggestions ou obtenir d'autres exemplaires de cette publication en anglais ou en français, veuillez communiquer avec la rédactrice :



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

This publication is also available in English.