



Obésité : recherche prioritaire pour l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'obésité chez l'enfant n'est pas nouvelle mais c'est un problème qui prend de l'ampleur—un enjeu grave pour la santé de la population qui exige attention et action. Il ne s'agit pas d'un problème confiné à l'enfance : les enfants obèses deviendront probablement des adultes obèses, et les adultes obèses sont plus vulnérables à toutes sortes de problèmes de santé graves et sont un fardeau pour le système de santé. Les chercheurs ont estimé jusqu'à 3,5 milliards de dollars des dépenses de santé du Canada ont été consacrés à l'obésité en 1997.

L'obésité est associée aux maladies cardiaques, au diabète de type 2 et à d'autres problèmes de santé. Cette affection grandement évitable est un déterminant majeur de nombreuses maladies non transmissibles et augmente le risque de plusieurs types de cancer, de maladies de la vésicule biliaire, de troubles musculo-squelettiques et de problèmes respiratoires. Les affections chroniques associées à l'obésité auront donc des répercussions sur le futur état de santé de la population et le fardeau économique de la maladie.

Au Canada et dans le reste du monde, les taux d'obésité et d'excès de poids montent en flèche, surtout chez les enfants. Selon les données provenant de 79 pays en voie de développement et d'un certain nombre de pays industrialisés, environ 22 millions d'enfants de moins de cinq ans ont un excédent de poids.

D'après les estimations actuelles, un enfant canadien sur 10 est obèse. Les taux sont encore plus élevés dans les provinces de l'Atlantique. Deux chercheurs financés par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), Doug Willms de l'Université du Nouveau-Brunswick et Mark Tremblay de l'Université de la Saskatchewan, poursuivent leurs recherches dans le domaine. Ils ont rapporté que les petits Canadiens font beaucoup plus d'embonpoint que les Britanniques, les Écossais et les Espagnols entre autres. Selon leurs constatations, les niveaux d'obésité chez les Canadiens âgés entre sept et 13 ans ont presque doublé dans les 20 dernières années.

L'obésité est une priorité pour l'ISPC depuis sa création, ou presque. La recherche de Willms et Tremblay a attiré l'attention du public et des médias et a fait mieux connaître l'obésité en tant que problème de santé grave au Canada. L'ISPC finance également des recherches visant à explorer les déterminants de la santé des jeunes et fera état des résultats au cours des deux années à venir. Ceux-ci feront peut-être la lumière sur l'excès de poids et l'obésité chez les jeunes Canadiens.

L'ISPC et d'autres services de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) unissent leurs efforts pour communiquer ces résultats et d'autres données pertinentes aux décideurs à l'échelle nationale, provinciale et régionale. Articles, forums sur la politique, ateliers, table ronde nationale, réunions avec les décideurs fédéraux et provinciaux, inclusion des résultats de recherche sur l'obésité dans *Les soins de santé au Canada* (2001 et 2002) ne sont que quelques exemples des mécanismes mis en œuvre pour rejoindre les audiences visées.

À la lumière de l'information sur les impacts de l'obésité générale sur la santé de la population, les soins de santé et l'économie, l'obésité est devenue une priorité pour l'Organisation mondiale de la Santé, qui a mis sur pied l'Équipe de travail internationale sur l'obésité. En Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis, entre autres, où l'obésité est une priorité en ce qui a trait aux politiques de la santé, on a élaboré des stratégies d'action et on prépare des approches intégrées visant la réduction de la prévalence de l'obésité.

L'ISPC reconnaît les difficultés auxquelles le Canada est confronté dans sa lutte contre ce problème en tant qu'enjeu lié à la santé de la population. Son étude dans une perspective de santé de la population soulève des questions au sujet des conditions sociales, économiques et environnementales qui rendent une saine alimentation et une vie active de moins en moins faisable dans notre société. L'ISPC tente de répondre aux questions suivantes : Quels sont les déterminants de l'obésité dans la population? Quels moyens d'action ont été mis en œuvre pour prévenir l'obésité, au Canada et ailleurs? Qu'est-ce qui fonctionne? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Pourquoi?

L'ISPC collabore actuellement avec l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada pour concevoir des approches par la politique à l'obésité et aux lacunes du savoir dans ce domaine. En répondant à la question « qu'est-ce qui a été essayé? », on étudiera une série de moyens qui se seront avérés efficaces ou non dans la réduction de l'obésité.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Joan Campbell, gestionnaire, Analyse des politiques de l'ISPC
Tél. : (613) 241-7860, poste 4173
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : jcampbell@cihi.ca
Site Web : www.icis.ca
(voir Initiative sur la santé de la population canadienne)

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

Président

M. Michael Decter
Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
(Toronto, Ontario)

RÉGION 1 — Colombie-Britannique et Yukon

D^r Penny Ballem
Sous-ministre, Services de la santé en
Colombie-Britannique
(Victoria, Colombie-Britannique)

M. Rick Roger
Président-directeur général, Vancouver Island
Health Authority
(Victoria, Colombie-Britannique)

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

D^r Brian Postl
Président-directeur général, Winnipeg Regional
Health Authority
(Winnipeg, Manitoba)

M^{me} Sheila Weatherill
Présidente-directrice générale, Capital
Health Authority
(Edmonton, Alberta)

RÉGION 3 — Ontario

M. Colin Andersen
Sous-ministre délégué, ministère
de la Santé et des Soins de longue durée
(Toronto, Ontario)

D^r Michael Guerriere
Président-directeur général, HealthLink
Clinical Data Network Inc.
(Toronto, Ontario)

RÉGION 4 — Québec

M. Terry Kaufman
Directeur général, CLSC Notre-Dame
de Grâce/Montréal Ouest
(Montréal, Québec)

poste vacant

RÉGION 5 — Atlantique

M. Rory Francis
Sous-ministre de la Santé et des
Services sociaux,
Province de l'Île-du-Prince-Édouard
(Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard)

D^r Thomas F. Ward
Sous-ministre de la Santé, Nouvelle-Écosse
(Halifax, Nouvelle-Écosse)

Canada — membre à titre particulier

M. Tom Closson
Vice-président du Conseil d'administration
de l'ICIS
Président-directeur général, University
Health Network
(Toronto, Ontario)

D^r Cameron Mustard
Directeur scientifique, Institut de recherche
sur le travail et la santé
(Toronto, Ontario)

Santé Canada

M. Ian Green
Sous-ministre de la Santé
(Ottawa, Ontario)

Statistique Canada

M. Ivan Fellegi
Statisticien en chef du Canada
(Ottawa, Ontario)

* À compter du 1^{er} septembre 2002

Message du président-directeur général

Collaborer pour améliorer l'information sur la santé



Dans les dernières années, la demande pour une meilleure information sur la santé s'est faite de plus en plus pressante. Nous avons eu des nouvelles de la Commission Clair au Québec et de la Commission Fyke en Saskatchewan. Nous avons lu le rapport Mazankowski de l'Alberta. Le 30 septembre, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont publié chacun un premier rapport public sur les indicateurs de santé, honorant ainsi l'engagement pris par les premiers ministres il y a deux ans. Et cet automne, deux rapports importants seront déposés : celui du Comité sénatorial

permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, et celui de la Commission sur l'avenir des soins de santé, présidée par Roy Romanow.

Ces rapports ont fait ressortir le besoin d'une meilleure information sur la santé pour appuyer les efforts d'amélioration du rendement du système de santé. Nous sommes donc témoins d'une nouvelle époque de mesure du rendement et de responsabilisation qui prendra de l'ampleur dans les années à venir.

Il va sans dire que la production d'une meilleure information sur la santé est une priorité à l'ICIS. Mais il s'agit d'une responsabilité partagée avec les ministères, les hôpitaux et les autorisés sanitaires régionales des quatre coins du pays — tous sont responsables de l'exactitude et de la qualité des données.

ICIS a beaucoup investi dans la qualité des données. Notre cadre conceptuel de la qualité des données, mis en pratique il y a deux ans, offre une stratégie commune pour évaluer la qualité des données dans toutes les bases de données et les registres de l'ICIS. De plus, nous travaillons étroitement avec les fournisseurs de données en vue d'améliorer les pratiques et les processus de collecte des données. Ainsi, nous offrons des séances de formation et divers outils et services, comme des directives de codification et un service d'interrogation de codification pour appuyer la mise en œuvre des nouvelles classifications.

Au bout du compte, nous sommes tous d'accord pour dire que nous devons fournir des données et des analyses de la meilleure qualité possible pour appuyer la prise de décisions fondées sur les faits dans les soins de santé. La demande ira en augmentant, à mesure que notre information est de plus en plus utilisée. Même si nous faisons des progrès énormes dans l'amélioration de la portée et de la qualité des données que nous produisons, nous devons continuer à travailler ensemble pour répondre aux questions clés sur le rendement de notre système de santé. Nous serons donc heureux de poursuivre notre collaboration avec le milieu de la santé sur la route vers *une meilleure information pour une meilleure santé.*

Richard C. Alvarez, Président-directeur général

Une directrice de l'ICIS reçoit la prestigieuse bourse d'études Harkness



Jennifer Zelmer

Jennifer Zelmer, directrice des Rapports sur la santé et Analyse à l'ICIS, est l'une de deux Canadiennes choisies en tant qu'associées Harkness en 2002.

Le prestigieux programme des bourses d'études Harkness en programme de politique de santé est géré par le Fonds du Commonwealth de New York. Les boursiers doivent assister à une série de réunions conjointes qui ont lieu surtout aux États-Unis et réaliser un projet de recherche sur des sujets qui intéressent le Fonds.

M^{me} Zelmer a récemment terminé une bonne partie de sa thèse de doctorat, qui s'inscrit dans le cadre de ses études de deuxième cycle en économie à l'Université McMaster de Hamilton en Ontario.

Les données du RCITO révèlent que les dialysés sont plus âgés et plus malades

Selon les nouvelles statistiques publiées en septembre à l'ICIS révèlent qu'en date du 31 décembre 2000, le Canada comptait 14 567 dialysés au stade terminal de l'insuffisance rénale. Un chiffre en hausse constante et qui a plus que doublé depuis 1991 (6 811). Les données de l'ICIS montrent également que 4 386 nouveaux patients ont commencé le traitement en 2000, une augmentation de 60 % par rapport à 1991.

Des nouveaux dialysés, 38,5 % avaient 70 ans ou plus. Il y a une décennie, ce groupe d'âge représentait 25,8 %. Plus des deux tiers (69,4 %) de ces patients étaient atteints du diabète ou d'une maladie cardiovasculaire. De tous les dialysés au 31 décembre 2000, plus du tiers (37,8 %) avaient 70 ans ou plus, et un peu moins des deux tiers (64 %) étaient atteints de diabète et/ou de maladie cardiovasculaire comme cause de leur insuffisance rénale ou comme complication associée.

Pour les patients au stade terminal de l'insuffisance rénale, un état qui se traduit par une déficience permanente des reins qui ne peuvent plus fonctionner normalement pour maintenir la personne en vie, la dialyse est un moyen de prolonger la vie. Elle consiste à évacuer les substances toxiques de la circulation sanguine d'un patient en maintenant l'équilibre entre les liquides et les électrolytes.

« L'insuffisance rénale peut être soit la cause, soit la conséquence d'une maladie cardiovasculaire », explique D^{re} Joanne Kappel, conseillère au Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO). « Bien que la néphropathie diabétique (le diabète) soit généralement la principale cause du stade terminal de l'insuffisance rénale, la maladie cardiovasculaire est, d'ordinaire, la deuxième cause principale d'une insuffisance rénale. Une prise en charge précoce des patients atteints d'une maladie rénale chronique, implique qu'il faille réduire les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire ainsi que ceux liés plus spécifiquement à l'insuffisance rénale. »

Les chiffres proviennent du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO), une base de données nationale gérée par l'ICIS. Son mandat est d'enregistrer, analyser et faire rapport du niveau d'activité, des résultats et des tendances à long terme dans l'utilisation de la dialyse, les dons d'organes, les transplantations et les listes d'attente.

Les statistiques montrent également les variations provinciales dans le taux des nouveaux patients, de 17,6 par 100 000 habitants au Manitoba à 7,0 par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard. Le Manitoba détenait le plus grand nombre de nouveaux patients atteints de diabète. Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario avaient le taux le plus élevé de nouveaux patients âgés de 70 ans et plus.

LA SURVIE DU PATIENT UNE DÉCENNIE PLUS TARD

« Certes, le taux de survie sur 10 ans est plutôt faible pour les patients en dialyse. Seulement, il faut savoir que depuis 1991, la pharmacothérapie s'est améliorée, les régimes de traitement de dialyse sont devenus plus flexibles, les conseils diététiques sont meilleurs, et il y a eu amélioration de l'appui à ces patients », de dire D^{re} Kappel. « Ces facteurs ont contribué à prolonger la vie des dialysés et à améliorer la qualité de celle-ci. Toutefois, la pénurie de dons d'organes cadavériques oblige les patients en attente d'un rein à rester plus longtemps en dialyse. »

Des patients ayant commencé un traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale en 1991, 70 % étaient décédés au 31 décembre 2000. La durée médiane du traitement de ces patients était de 2,8 années. Les patients décédés étaient plus âgés au début du traitement. En fait, 50 % avaient 65 ans ou plus. L'âge moyen des patients qui ont survécu était de 42 ans.

En 1991, bien que le nombre d'hommes commençant un traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale soit supérieur (58,6 %) à celui des femmes, ces dernières avaient enregistré un nombre de décès légèrement supérieur avant le 31 décembre 2000 (72,6 % de femmes par rapport à 68,1 % d'hommes).

Les patients décédés étaient deux fois plus susceptibles d'avoir le diabète ou une maladie cardiovasculaire au début de leur traitement, par rapport à ceux qui étaient encore en vie après 10 ans. Comparativement aux 6,0 % restés en vie, 15,1 % des patients décédés souffraient du diabète et d'une maladie cardiovasculaire qui étaient soit la cause de l'insuffisance rénale, soit une complication associée.

La survie des patients dépendait du traitement qu'ils recevaient et de leur âge au début de la thérapie. Des patients décédés, 10,5 % avaient un greffon rénal fonctionnel, la plupart étaient en hémodialyse (58,1 %) ou en dialyse péritonéale (31,3 %). Des patients en vie après une décennie, la plupart (64,4 %) avaient reçu une greffe.

Une analyse des causes du décès signalées révèle que plus du tiers des patients (38,1 %) étaient décédés à la suite d'une insuffisance cardiaque, et 15,0 % parce qu'ils avaient arrêté ou refusé de continuer le traitement, ou qu'ils s'étaient suicidés. Les dernières causes étaient proportionnellement plus élevées chez les femmes (18,1 %) que les hommes (12,7 %). De plus, 10,1 % étaient décédés à la suite d'infections, 7,1 % d'un accident vasculaire cérébral, 5,6 % du cancer et les 24,1 % restants de causes diverses sinon inconnues.

« Face à une population vieillissante, la hausse des maladies rénales suscite l'inquiétude », déclare D^{re} Kappel. « La meilleure mesure que les gens peuvent prendre pour à la fois prévenir et ralentir la progression de la maladie rénale consiste à adopter un mode de vie sain, en faisant des exercices physiques quotidiens, en maintenant un poids santé grâce à une alimentation équilibrée et en s'abstenant de fumer. »

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec:

Kim Badovinac, Conseillère, RCITO
Tél. : (416) 481-2002, poste 3406
Télé. : (416) 481-2950
Courriel : kbadovinac@cihi.ca

L'ICIS lance un projet pilote innovateur sur les soins à domicile

Les dépenses provinciales liées aux soins à domicile ont grimpé de 350 % entre 1989 et 1999, à cause, entre autres, des pressions sur le système de soins de courte durée, des nouvelles technologies permettant la gestion à domicile de plus de problèmes de santé et du vieillissement de la population.

Les décideurs et les dispensateurs de services ont besoin d'une information de qualité sur la santé pour assurer la qualité et la viabilité de ce secteur important du réseau de la santé. Le Projet sur les soins à domicile, dirigé par l'ICIS, répond à ce besoin pressant grâce à une proposition de norme nationale de présentation de l'information.

En septembre 2002, on a lancé un projet pilote pour évaluer la faisabilité de recueillir un petit nombre d'éléments de données normalisés nécessaires à l'établissement d'une série équilibrée d'indicateurs de santé et du système de santé. Ces indicateurs ont été dressés en fonction du cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de consultations générales.

Le Projet sur les soins à domicile comporte un certain nombre d'approches innovatrices visant à promouvoir l'uniformité des analyses et des rapports dans tout le réseau des soins de santé et entre les secteurs de compétence.

En premier lieu, il fait appel à diverses normes cliniques internationales pour décrire les divers groupes de clients des soins à domicile. Par exemple, les clients qui reçoivent des services de réadaptation à domicile seront décrits par le Groupe de clients en réadaptation (RCG)[®], une norme internationale utilisée dans le Système national d'information sur la réadaptation pour les patients hospitalisés. Et, pour la première fois, l'ICIS teste la nouvelle Classification internationale du fonctionnement (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé pour décrire les clients qui reçoivent des soins d'entretien et de soutien à long terme.

Deuxièmement, l'ensemble de données est compatible avec divers outils d'évaluation clinique utilisés au Canada. Si le fichier minimal de l'ICIS était adopté en tant que norme pancanadienne, tous les secteurs de compétence pourraient soumettre un sous-ensemble de leurs données cliniques, mappées au fichier national, grâce à des ajustements minimes à leurs systèmes. Ceci a été jugé prioritaire car jusqu'à maintenant, il n'y a pas de consensus sur l'adoption d'un outil clinique commun.

Six régions sanitaires se sont portées volontaires pour participer au projet pilote. Elles soumettront des données à l'ICIS pour six mois, en vertu de conditions rigoureuses relatives au respect de la vie privée, au moyen d'un outil logiciel de l'ICIS pour la collecte des données qui favorise une qualité optimale des données.

L'ICIS désire souligner les efforts considérables que les régions sanitaires ci-dessous ont investi dans la préparation du lancement du projet pilote, ainsi que leur appui à cet important projet :

- Services de santé et communautaires - région de St John's, Terre-Neuve;
- Burntwood Regional Health Authority, Manitoba;
- Regina Health District, Saskatchewan;
- Capital Health Authority, Alberta;
- Fraser Health Authority, Colombie-Britannique;
- ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon.

Un merci tout spécial à la direction et au personnel du Centre d'accès aux soins communautaires d'Ottawa pour leurs commentaires précieux pendant la phase d'essai préliminaire du projet.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Madelaine Cherry, Conseillère, Soins à domicile

Tél. : (613) 241-7860, poste 4033

Télec. : (613) 241-8120

Courriel : mcherry@cihi.ca

Site Web :

www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_homecare_f

UNE PREMIÈRE POUR LES SOINS À DOMICILE

Pour la première fois au Canada, des mesures comparables pour les soins à domicile seront disponibles, y compris :

- ▶ accès aux services de soins à domicile;
- ▶ temps d'attente pour recevoir des services la première fois et des services de gestion des cas;
- ▶ mesures des résultats, comme les changements dans les habiletés d'un client de fonctionner à la maison;
- ▶ taux d'utilisation des divers groupes de clients.

Nous pouvons aussi caractériser les similitudes et les différences des groupes de clients et des programmes partout au pays.

Innovation du Projet national sur les indicateurs du rendement financier des hôpitaux

L'ICIS fera œuvre de pionnier au début de 2003 lorsqu'il publiera son premier rapport public sur les indicateurs comparatifs du rendement financier des hôpitaux. Le rapport contiendra 12 mesures clés présentées à l'échelle des conseils régionaux au moyen des données de 2000-2001.

« Il s'agit d'une étape importante dans la présentation de rapports publics sur les indicateurs du rendement financier des hôpitaux », de dire Terry Campbell, gestionnaire des Dépenses de santé à l'ICIS. « Bien que plusieurs projets locaux sur le rendement financier soient en cours au Canada, il n'y a pas eu jusqu'à maintenant d'activité coordonnée sur le plan national. »

Les indicateurs du rendement financier fournissent de l'information sur la santé financière actuelle du système de santé et ils jettent de la lumière sur les questions associées à la viabilité du système. Les indicateurs financiers peuvent être utilisés seuls ou conjointement avec d'autres mesures, comme l'état de santé et les résultats cliniques, pour prendre des décisions avisées à l'échelle du système ou des organismes.

Les indicateurs qui seront présentés dans le rapport mesurent les concepts suivants : viabilité financière; liquidité; efficacité institutionnelle; déploiement des ressources humaines; gestion des immobilisations; et coûts des produits des hôpitaux. En voici quelques exemples : dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales (efficacité institutionnelle); pourcentage des

heures totales consacrées aux activités de soins aux patients (ressources humaines); et coût par cas pondéré (produit des hôpitaux).

Les indicateurs sont calculés au moyen de la Base de données canadienne SIG (BDCS). La BDCS est la source nationale d'information financière et statistique pour les hôpitaux et les conseils régionaux de santé. Les données recueillies sont structurées en fonction de la norme nationale de données, *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Guide SIG). Le Guide a été mis en œuvre partout au Canada, sauf en Saskatchewan et au Québec. Les données dans la BDCS sont des données postvérification fournies par les hôpitaux et les conseils de santé à leur ministère provincial de la Santé.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Greg Zinck, Conseiller, BDCS
Tél. : (613) 241-7860, poste 4179
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : gzinck@cihi.ca

L'ICIS et les IRSC subventionnent une étude sur les effets indésirables au Canada

Selon des études américaines, entre 48 000 et 98 000 décès et plus d'un million de blessures qui se produisent chaque année sont associés aux effets indésirables du système de santé. Bon nombre d'entre eux sont évitables. Des études au Royaume-Uni et en Australie ont mené à des conclusions semblables.

« À moins d'avoir des données canadiennes, personne ne conviendra qu'il s'agit d'un problème canadien », selon M. Ross Baker, professeur agrégé en politique de la santé, gestion et évaluation à l'Université de Toronto.

M. Baker dit qu'il y a un besoin urgent d'élaborer des indicateurs, des définitions de données, des normes et des systèmes pour recueillir des données sur ces effets (qui devraient aussi englober les quasi-incidences, les infections contractées en milieu hospitalier et les effets indésirables des médicaments).

L'ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent conjointement la recherche pour déterminer l'ampleur des effets indésirables (évitable ou non) dans les hôpitaux canadiens et la disponibilité des données qui pourraient servir à surveiller et à réduire les effets indésirables du système de santé.

M. Baker dirigera l'étude et travaillera en collaboration avec le Dr Peter Norton, professeur et chef du département de médecine familiale de la faculté de médecine de l'Université de Calgary.

Au moyen d'une revue systématique des dossiers des hôpitaux canadiens, M. Baker, Dr Norton et leurs collègues de partout au pays détermineront l'ampleur et la nature des effets indésirables dans les hôpitaux au pays. L'étude se fera en Colombie-Britannique,

en Ontario, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse.

Un hôpital d'enseignement, un hôpital communautaire et deux hôpitaux en région rurale seront choisis au hasard dans chaque province pour un total de 20 établissements. Les équipes de recherche étudieront environ 3 700 dossiers du patient choisis au hasard. Les résultats de l'étude seront présentés à l'échelle nationale et les hôpitaux ne seront pas identifiés afin de préserver l'anonymat des patients.

Ils établiront aussi la disponibilité des données recueillies systématiquement qui, si elles étaient bien contrôlées, pourraient contribuer à réduire les effets indésirables évitables. L'étude devrait être terminée et publiée en 2004.

Cette étude se veut une première étape visant à appuyer l'amélioration du système de santé canadien et pour le rendre plus efficace et plus sécuritaire. On espère que les résultats seront une incitation à passer à l'action pour régler la question de la qualité des soins.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Sue Beardall, gestionnaire, Recherche sur les services de santé
Tél. : (613) 241-7860, poste 4172
Télec. : (613) 241-8120
Courriel : sbeardall@cihi.ca

LES ACTUALITÉS

Un bulletin de traumatologie analyse les visites à l'urgence en Ontario

Plus tôt cette année, l'ICIS a publié un bulletin sur les visites à l'urgence en Ontario causées par un traumatisme, qui s'appuie sur le Registre ontarien des traumatismes et le Système national d'information sur les soins ambulatoires. Le bulletin présente une analyse descriptive des visites à l'urgence en Ontario en raison d'un traumatisme, y compris une comparaison des hospitalisations à la suite d'un traumatisme. Les résultats de l'étude ont été présentés à la sixième Conférence mondiale sur la prévention et le contrôle des blessures à Montréal.

Selon les données de l'ICIS, la répartition par âge des cas à l'urgence et des cas hospitalisés n'est pas la même. L'âge moyen des cas à l'urgence était de 33 ans, par rapport à 53 ans pour les cas hospitalisés. Quarante-quatre pour cent (44 %) des cas hospitalisés avaient plus de 65 ans. Le même groupe d'âge n'était responsable que de 11 % des visites à l'urgence. Plus du tiers des patients qui ont visité l'urgence à cause d'un traumatisme avaient moins de 20 ans.

Dans le cas des visites à l'urgence, on a observé, dans les deux bases de données, des records parmi les hommes d'un peu moins de 20 ans et d'un peu moins de 40 ans, ainsi que chez les femmes.

Pour les femmes hospitalisées à cause d'un traumatisme, le nombre record a été observé chez les femmes d'environ 80 ans, mais leur nombre était beaucoup moins élevé dans le cas des visites à l'urgence. Aucun des hommes qui se sont rendus à l'urgence en raison d'un traumatisme ne faisait pas partie de ce groupe d'âges.

Le bulletin résume aussi les visites aux salles d'urgence par niveau de triage, selon l'échelle canadienne de triage et d'acuité à cinq niveaux. L'échelle, qui est un élément de données obligatoire dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires, est utilisée par les services d'urgence dans les hôpitaux pour établir la priorité des soins à dispenser aux patients en fonction du type et de la gravité des symptômes. Plus de la moitié des cas de traumatisme à l'urgence étaient moins urgents et un quart étaient non urgents. Moins de 3 % des cas étaient assez graves pour justifier une intervention médicale immédiate.

Pour télécharger ce bulletin en anglais en format PDF, visitez le site Web de l'ICIS à :

http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=bl_otrmay2002_e

L'ICIS et l'ISPC font des présentations à la Commission Romanow

Plus tôt cette année, Richard Alvarez, PDG de l'ICIS, et Dr John Millar, vice-président, Recherche et Santé de la population, ont présenté la vision de l'ICIS à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (présidée par Roy Romanow). M. Alvarez a fait part de la mission de l'ICIS et de ses activités visant à appuyer l'élaboration de politiques de santé et la prise de décisions avisées. Il a également passé en revue la façon dont l'ICIS a contribué à améliorer la santé des Canadiens et à renforcer le système de santé.

Du développement de bases de données à l'appui aux administrateurs dans l'évaluation de leurs programmes et de leurs services, en passant par la publication de rapports qui précisent les enjeux ou les tendances du système de santé, M. Alvarez a souligné l'intégralité de ces activités à l'heure où les Canadiens vont de l'avant pour aider à définir une nouvelle série de traitements pour le système de santé canadien. Il a aussi présenté une mise à jour du travail de l'ICIS, y compris le cadre conceptuel des indicateurs de santé et les répercussions des projets et des rapports sur le système de santé.

Dr Millar a également soumis un mémoire au nom de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC),

dans lequel on faisait observer que, par le passé, le Canada était un chef de file en matière de prévention et de promotion de la santé, mais que dans les dernières années, il a été supplanté par des pays comme le Royaume-Uni et la Suède. Le mémoire a aussi souligné l'importance de la collaboration intersectorielle à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale pour aborder certaines des grandes questions liées à la santé de la population, comme l'enfant et les familles pauvres, la santé des Autochtones, l'obésité et le développement de la petite enfance.

Dr Millar a demandé à la Commission de se pencher sur les incidences politiques émanant de ces thèmes clés relatifs à la santé de la population. Il a affirmé que le Canada a encore une fois le potentiel de devenir un chef de file en matière de santé de la population et de promotion de la santé, ce qui améliorera la santé générale et la productivité des citoyens et réduira les inégalités actuelles en santé.

Pour voir le mémoire de l'ISPC présenté à la Commission Romanow, visitez le site Web de l'ICIS à :

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_new_f#romanow

Nouvelle spécification pancanadienne : *une composante de base des DSE*

A l'heure où le Canada va de l'avant dans la mise au point des dossiers de santé électroniques, une norme pour la transmission de l'information sur les patients entre les établissements ou les provinces et les territoires sera essentielle, surtout pour en assurer l'exactitude.

Pour répondre à ce besoin, l'ICIS a élaboré une spécification de messagerie électronique qui permet à différentes applications de registre des clients d'utiliser une série uniforme de messages pour accéder à l'information sur le client (ou patient), la tenir à jour et la distribuer entre les secteurs de compétence partout au pays.

« Cette spécification de messagerie est une composante de base importante dans la mise au point de dossiers de santé électroniques pancanadiens », explique Caroline Heick, directrice des Normes d'information sur la santé à l'ICIS.

« La spécification a été créée grâce à un processus de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les régions sanitaires, les hôpitaux et des intervenants clés. Cela a donné lieu à une spécification qui reconnaît les besoins propres au système de santé canadien. »

La spécification pancanadienne de registre de messagerie des clients de HL7 facilite l'échange de données démographiques importantes sur les patients entre les provinces, les régions et les établissements. Elle favorise la communication entre les registres de clients ou d'autres applications, comme les systèmes des pharmacies, des laboratoires ou encore les systèmes d'admissibilité. Grâce au recoupement des identificateurs des patients, les messages peuvent être envoyés pour informer les intervenants en information sur la santé des décès, des naissances, des changements de nom et des nouvelles adresses. La spécification a réussi le processus d'approbation de HL7 Canada, qui la maintient et la distribue.

La protection des renseignements personnels sur la santé était d'une importance primordiale dans l'élaboration de la spécification. Les exigences décrites dans la législation provinciale et territoriale sur le respect de la vie privée et la confidentialité doivent être adoptées lors de la mise en œuvre de la spécification de messagerie.

« Nous prévoyons que la mise en œuvre de la spécification améliorera les soins dispensés aux patients grâce à l'identification juste et opportune des patients », de dire M^{me} Heick.

Par exemple, le ministère de la Santé du Manitoba, un chef de file dans l'élaboration de la spécification, a fait part de son intérêt dans la mise en application des messages pour partager l'information avec les autorités sanitaires provinciales. University Health Network de Toronto et Health Infrastructure Atlantic, une collaboration des quatre provinces de l'Atlantique, ont aussi fait part de leur intérêt.

À l'heure actuelle, la spécification de messagerie des clients de HL7 n'est offerte qu'aux membres de HL7 Canada.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Gavin Tong, Coordonnateur, Normes d'infrastructure
Tél. : (416) 481-2002, poste 3503
Télé. : (416) 481-2950
Courriel : hl7canada@cihi.ca
Site Web : www.icis.ca
(Voir Normes d'infrastructure sous la section Normes)

Travaillons ensemble pour bâtir l'avenir des soins infirmiers au Canada

Le milieu des soins infirmiers au Canada est aux prises avec des problèmes majeurs. Des taux de départ élevés, la réduction du nombre de places dans les programmes de sciences infirmières, le stress, la charge de travail et le manque de planification des ressources humaines contribuent à la pénurie croissante de personnel en soins infirmiers. Les infirmières et les infirmiers s'attaquent maintenant à ces problèmes.

Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada est un projet-jalon et constitue la première étude nationale sur les soins infirmiers qui soit à la fois entérinée et dirigée par les groupes d'intervenants de ce domaine au Canada, dont l'ICIS, Développement des ressources humaines Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux et Santé Canada.

Selon M^{me} Mary Ellen Jeans, coprésidente de l'étude, « L'objectif global de ce projet de deux ans est de produire une stratégie intégrée du marché du travail pour les trois groupes réglementés de soins infirmiers, les infirmières et

infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. »

Ce projet se déroulera en deux phases. Voici les activités de la phase I : entrevues auprès de répondants clés; sondages auprès de membres de la profession, d'étudiants et d'employeurs; groupes de réflexion; revue et évaluation de la documentation et des sites Web. Ces activités serviront à évaluer l'état actuel et futur du marché de la main-d'œuvre en soins infirmiers au Canada.

Pendant la phase II, on tiendra des consultations à grande échelle avec les intervenants en soins infirmiers en vue d'atteindre un consensus sur les problèmes en ressources humaines et d'élaborer des recommandations pour les régler.

Pour de plus amples renseignements sur la façon de participer, visitez :

www.buildingthefuture.ca/f/ ou communiquez avec le Secrétariat de Nursing Sector Study Corporation au (613) 233-1950, ou par courriel à info@buildingthefuture.ca.

ÉVÉNEMENTS À VENIR

19 – 20 novembre 2002 : Conférence de HL7 Canada

HL7 Canada tiendra sa conférence automnale au Delta Victoria Ocean Pointe Resort en Colombie-Britannique les 19 et 20 novembre 2002. HL7 Canada (géré par l'Institut canadien d'information sur la santé) est le forum pour les intervenants canadiens en information sur la santé où ils peuvent décider comment HL7 est adoptée et adaptée aux fins de son utilisation au Canada. HL7 Canada est un affilié international reconnu et un membre votant du Comité international HL7.

Deux tutoriels seront présentés à la conférence le 19 novembre :

- **Tutoriel 1:** *Everything you ever wanted to know about HL7 but were afraid to ask* s'adresse à ceux qui ne sont pas familiers avec HL7;
- **Tutoriel 2:** *Turning the standard into the solution* portera sur les connaissances nécessaires pour appliquer HL7 et pour solutionner des problèmes courants dans les soins de santé.

Les tutoriels seront suivis de la réunion de HL7 Canada le 20 novembre, au cours de laquelle Bert Kabbes, président de HL7 Pays-Bas, prononcera un discours. Il parlera de la façon dont les Pays-Bas adaptent HL7 aux fins des initiatives entourant les dossiers de santé électroniques. Au programme de la journée : discussions en petit groupe pour aborder des questions ayant trait à la mise en œuvre de HL7 et à la conception; ateliers sur les projets de développement de HL7; conseils, outils et exigences au Canada.

Pour de plus amples renseignements, visitez :

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=event_hl7_nov02_e

21– 23 novembre : Symposium du Partenariat

Le Partenariat pour les normes d'information sur la santé, un programme de l'ICIS, réunit des intervenants clés des secteurs public et privé pour aborder les questions liées aux normes d'information sur la santé. Du 21 au 23 novembre, le Partenariat tiendra son symposium d'automne 2002, *Time for Action: Implementing Standards in Canada*, au Delta Ocean Pointe Resort à Victoria en Colombie-Britannique.

L'événement est conçu pour encourager le dialogue et le débat sur la façon d'influencer l'élaboration et l'adoption de normes canadiennes et internationales. Les participants apprendront comment les projets de dossiers de santé électroniques font appel aux normes canadiennes et internationales; ils se familiariseront avec une évaluation des incidences sur la vie privée; ils se livreront à des discussions sur les nouveaux enjeux liés aux normes. Une foire de l'information d'une journée aura aussi lieu, tout comme une réception de bienvenue le 21 novembre et la toujours populaire « Une soirée en ville ». Du nouveau cette année : une réunion des conseils provinciaux des normes se tiendra pour discuter des activités communes et des possibilités de jumelage et de collaboration.

Le Symposium est ouvert aux membres et aux non-membres du Partenariat qui sont intéressés à connaître les normes pancanadiennes d'information sur la santé et à participer aux discussions.

Pour de plus amples renseignements, visitez :

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=event_partner_nov02_e

ICIS directions CIHI

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIC) publie le bulletin **ICIS directions CIHI** trois fois par an (janvier, juin et octobre). Depuis 1994, cet organisme autonome pancanadien sans but lucratif œuvre à améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en fournissant une information de qualité sur la santé. Le mandat de l'ICIS est de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun 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, à condition de mentionner le nom intégral de l'Institut canadien d'information sur la santé.

This publication is also available in English.

Rédacteur en chef : Serge Taillon

Rédactrice : Karen McCarthy

Collaborateurs : Richard Alvarez, Kim Badovinac, Sue Beardall, Jack Bingham, Judy Brown, Joan Campbell, Terry Campbell, Shari Dworkin, Nishma Kanji, Julian Martalog, John Millar, Jill Strachan et Nancy White.

Si vous avez des commentaires ou des questions, communiquez en français ou en anglais avec la :

**Rédactrice, ICIS
directions CIHI**

377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Tél. : (613) 241-7860

Télééc. : (613) 241-8120

Courriel : communications@cihi.ca

Site Web : www.icis.ca



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information