

Le fardeau de la maladie chronique

Au Canada, le fardeau de la maladie chronique pèse de plus en plus lourd et il a des effets de plus en plus marqués sur la santé des Canadiens, l'économie et le système de santé.

Un Canadien sur trois est atteint d'une affection chronique. Et nombreux sont les Canadiens qui souffrent de plus d'une telle affection. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) affirme que des maladies telles que l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète sont à l'origine des deux tiers des décès au pays.

La même situation prévaut dans presque tous les pays. Sur les 58 millions de décès enregistrés à l'échelle mondiale en 2005, l'Organisation mondiale de la Santé estime que 35 millions étaient attribuables à des maladies chroniques. On prévoit que le bilan s'alourdira de 17 % au cours de la prochaine décennie en raison du vieillissement de la population et de la progression de l'obésité.

Chez nous, la qualité des soins dispensés aux malades chroniques soulève des questions, et nombreux sont ceux qui prônent un changement d'attitude au sein du système : plutôt que de chercher à « dépister et réparer les pots cassés », il faudrait « prévenir, dépister et prendre en charge ».

On ne peut cependant pas opérer de changement en l'absence d'information. Or, on est loin de tout savoir sur la prise en charge des maladies chroniques, surtout en ce qui concerne les soins primaires. La présente édition de *Directions* porte sur le travail que l'ICIS accomplit pour cerner et combler ces lacunes afin de contribuer au changement et d'aider le système à mieux répondre aux besoins des Canadiens.

Dans le présent numéro

- 2 Mot de la présidente
- 4 Le nombre de transplantations chez les jeunes patients atteints d'insuffisance rénale triple
- 4 Élargir les connaissances sur les soins de santé primaires
- 7 Les données à l'œuvre : l'ICIS à la source de pratiques exemplaires



Mot de la présidente

Le personnel de l'ICIS se passionne pour l'information. Bien que nous en sachions plus que jamais sur la santé au Canada, il reste des lacunes. Nous aimerions entre autres posséder plus d'information sur les maladies et les affections chroniques.

Récemment, nous avons passé beaucoup de temps à nous entretenir avec nos partenaires de chaque province et territoire afin de connaître leur avis sur ce que devraient être nos plans et nos priorités futures. Lors de ces consultations stratégiques, ils nous ont dit avoir besoin de plus de données dans le domaine des soins primaires et des soins ambulatoires, ainsi que de données sur les services communautaires en santé mentale.

En réponse aux besoins exprimés, nous prévoyons donc créer de nouvelles banques de données au cours des quatre prochaines années. Certes, une telle entreprise ne sera pas une mince tâche, mais nous travaillerons avec nos partenaires afin d'explorer les possibilités en matière de collecte de données dans les domaines concernés.

Déjà, nous avons progressé. L'ICIS, qui a dirigé la création d'indicateurs des soins de santé primaires, publiera cette année un recueil de graphiques sur les soins de santé primaires au Canada qui contribuera à établir de manière plus précise ce que nous savons et ce que nous ignorons sur ce type de soins.

Il est essentiel de disposer d'information sur les soins de santé primaires dans un contexte où le fardeau de la maladie chronique, au sein d'une population vieillissante, pèse de plus en plus lourd; en effet, la prise en charge des affections chroniques relève surtout des soins primaires.



Dans notre récent rapport intitulé *Indicateurs de santé 2008*, nous nous sommes livrés à un examen approfondi des hospitalisations évitables dans le cas des conditions propices aux soins ambulatoires, qui comprennent les maladies chroniques telles que le diabète,

l'hypertension et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Puisqu'il est généralement possible de bien traiter ces maladies dans la collectivité, il serait possible, grâce aux percées dans le domaine des soins primaires, de réduire les taux d'hospitalisation élevés enregistrés parmi les patients qui en souffrent.

L'ICIS a un rôle important à jouer dans l'appui des efforts déployés afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé, tout particulièrement les gens atteints de maladie chronique, dont le nombre va en croissant. Nous travaillons sans relâche à recueillir des données dans ces domaines, car si des soins primaires de qualité sont essentiels pour les patients, il est tout aussi primordial, pour ceux qui prennent en charge ces maladies et affections à l'échelle du système, de disposer de renseignements fiables.

Nos activités étant orientées par notre conseil d'administration, j'aimerais souligner l'arrivée de cinq nouveaux membres. M^{me} Karen Dodds est sous-ministre adjointe à Santé Canada; M. Chris Eagle est chef des opérations, milieu urbain, Alberta Health Services; M. Vivek Goel est président et chef de la direction à l'Agence ontarienne de promotion et de protection de la santé; M. Munir Sheikh est statisticien en chef du Canada à Statistique Canada; enfin, M. Howard Waldner est président-directeur général à la Vancouver Island Health Authority.

Bienvenue à l'ICIS!

La présidente-directrice générale,

Glenda Yeates

Conseil d'administration

Président

M. Graham W.S. Scott, C.M., c.r.
Président, Graham Scott Strategies Inc.

M^{me} Glenda Yeates (d'office)
Présidente-directrice générale, ICIS

D^r Peter Barrett
Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School

D^r Luc Boileau
Président-directeur général,
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

M^{me} Karen Dodds
Sous-ministre adjointe, Santé Canada

D^r Chris Eagle
Chef des opérations, milieu urbain, Alberta
Health Services

M. Kevin Empey
Chef de la direction, Lakeridge Health Corporation

M. Donald Ferguson
Sous-ministre, ministère de la Santé,
Nouveau-Brunswick

D^r Vivek Goel
Président et chef de la direction,
Agence ontarienne de protection et de promotion
de la santé

M^{me} Alice Kennedy
Chef des opérations, Soins de longue durée,
Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

M. Gordon Macatee
Sous-ministre, Ministry of Health Services,
Colombie-Britannique

D^r Cordell Neudorf
Président, Conseil de l'ISPC; médecin hygiéniste
en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon
Health Region

M. Roger Paquet
Sous-ministre, ministère de la Santé et des
Services sociaux, Québec

D^r Brian Postl
Vice-président du Conseil, président-directeur
général, Office régional de la santé de Winnipeg

M. Ron Sapsford
Sous-ministre, ministère de la Santé et
des Soins de longue durée, Ontario

M. Munir Sheikh
Statisticien en chef du Canada, Statistique Canada

M. Howard Waldner
Président-directeur général,
Vancouver Island Health Authority



Étude de l'obésité et du milieu urbain

Dans une large mesure, l'obésité alimente la hausse de la prévalence de nombreuses maladies et affections chroniques. Dans le cadre de son mandat de surveillance des facteurs qui, à l'échelle de la population, ont une incidence sur le poids santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'ICIS a récemment commandé une revue de la recherche actuelle sur la relation entre obésité et milieu de vie.

L'Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé, mené par des chercheurs de l'Université de l'Alberta, a montré l'existence de liens entre les milieux bâtis urbains et les comportements qui contribuent au maintien d'un poids santé.

Cependant, les chercheurs n'ont pas vraiment constaté l'efficacité des mesures visant à favoriser l'atteinte d'un poids santé en milieu urbain.

« L'obésité est de plus en plus perçue comme une question complexe qui appelle une intervention concertée de la part de tous les secteurs, explique M^{me} Jean Harvey, directrice de l'ISPC. Même si les travaux ont permis de recenser de nombreux programmes et politiques d'intervention, peu ont fait l'objet de tests systématiques, de sorte qu'il est difficile de déterminer quelles initiatives fonctionnent. L'ISPC et ses partenaires travaillent actuellement à combler ces lacunes. »

Un fardeau chronique pour les patients bénéficiant de soins à domicile et de soins de longue durée

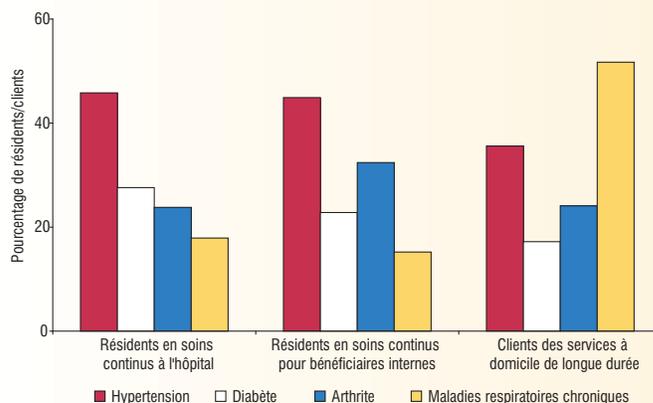
Bien que la collecte des données n'en soit qu'à ses débuts, le Système d'information sur les services à domicile (SISD) et le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) de l'ICIS permettent déjà de brosser un tableau en matière de maladies chroniques au Canada.

Dans les établissements de soins infirmiers et les hôpitaux de soins de longue durée qui soumettent des données à l'ICIS en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, de même que dans le milieu des services à domicile au Yukon, plus de sept dixièmes des 23 000 patients recensés dans les bases de données souffrent d'au moins une maladie chronique parmi six. L'hypertension, qui touche 45 % d'entre eux, est la plus répandue; l'arthrite et le diabète sont pour leur part diagnostiqués chez 29 et 25 % de ces patients, respectivement. C'est parmi les clients de services à domicile du Yukon que l'on enregistre les taux les plus élevés de maladies respiratoires chroniques : la moitié d'entre eux souffrent d'emphysème, de maladie pulmonaire obstructive chronique ou d'asthme.

Nombre de ces personnes doivent également composer avec d'autres problèmes comme la perte de mémoire, un état de santé précaire ou la perte de la capacité à prendre soin d'elles-mêmes.

En milieu hospitalier, les taux d'incapacité physique et d'instabilité clinique sont très élevés chez les patients atteints de maladies chroniques. Le degré d'incapacité physique est également important chez les résidents d'établissements de soins infirmiers, à la différence qu'ils sont plus souvent atteints de troubles cognitifs et qu'ils affichent plus rarement une instabilité clinique.

Maladies chroniques choisies chez les résidents en soins continus et les clients des services à domicile de longue durée



Sources

Système d'information sur les soins de longue durée, 2007-2008 (1^{er} et 2^e trimestres) et Système d'information sur les services à domicile (1^{er} et 2^e trimestres), 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

En ce qui concerne les services à domicile, les clients jouissent d'une autonomie physique beaucoup plus grande et sont moins souvent atteints de troubles cognitifs que les bénéficiaires des autres types de soins; cependant, leur état de santé est instable dans la moitié des cas.

À mesure que la collecte de données sur la gamme de soins offerts au pays progressera grâce au SISD et au SISLD, l'ICIS disposera d'une source d'information longitudinale sur les services prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques et leur issue de plus en plus riche.

Le nombre de transplantations chez les jeunes patients atteints d'insuffisance rénale triple



Chaque année au Canada, on diagnostique une insuffisance rénale au stade terminal (IRST) chez 80 à 100 personnes de moins de 19 ans. Les progrès accomplis en matière de soins ont fait en sorte que le nombre d'enfants traités pour cette maladie est demeuré plutôt stable depuis 25 ans : ainsi, on compte en tout temps quelque 500 jeunes Canadiens en traitement.

Cependant, un récent rapport de l'ICIS a révélé que la proportion de jeunes patients ayant reçu une transplantation a plus que triplé, tandis que la proportion de ceux traités par dialyse est passée de 56,4 % en 1981 à 22,4 % en 2005.

En outre, de plus en plus de jeunes atteints d'insuffisance rénale qui reçoivent un greffon ont un donneur vivant, habituellement un parent, un frère ou une sœur.

Le rapport annuel *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada* montre que 80 % des jeunes patients souffrant d'insuffisance rénale reçoivent un greffon. Le pourcentage de transplantations préventives (c'est-à-dire avant toute dialyse) a varié entre 10 et 30 % dans le temps. En 2005, il était de 23 %. Chez les adultes, il n'atteignait que 3 %.

Globalement, le taux de survie chez les jeunes patients s'est accru, et il est nettement plus élevé parmi les transplantés. De 1991 à 2000, le taux de survie moyen sur 5 ans était de 83,7 % chez les enfants de 5 à 9 ans traités par dialyse. Au cours de la même période, ce taux était de 95,7 % chez les patients du même âge ayant reçu une transplantation.

« La dialyse sauve des vies, mais elle peut avoir des effets négatifs sur la santé et le bien-être, fait remarquer M^{me} Margaret Keresteci, gestionnaire des Registres cliniques à l'ICIS. Lorsqu'une personne a besoin de dialyse, c'est généralement pour la vie. C'est pourquoi, dans le cas des enfants, on cherche à traiter la maladie chronique dès que possible, afin de leur offrir une vie aussi normale que possible. »

« La dialyse sauve des vies, mais elle peut avoir des effets négatifs sur la santé et le bien-être. »

Une planification adéquate des services exige des données et des éléments de preuves solides permettant de guider l'orientation future du traitement des enfants atteints d'insuffisance rénale.

« Si l'on veut tenir compte de l'évolution des caractéristiques des jeunes patients atteints d'IRST et des exigences associées aux soins à cette clientèle à l'échelle du système, il faut considérer l'IRST dans une perspective de prise en charge des maladies chroniques », affirme M^{me} Keresteci.

Élargir les connaissances sur les soins de santé primaire

Les soins de santé primaires (SSP) sont les soins les plus communément administrés aux Canadiens. Il y a plusieurs années, lorsque les premiers ministres ont convenu que l'amélioration de ces soins devait constituer une priorité, il existait peu de données normalisées permettant la mesure et la production de rapports en matière de SSP. Si des lacunes importantes subsistent, il y a tout de même des progrès.

En 2005, l'ICIS a travaillé en collaboration avec une grande diversité de spécialistes du domaine afin de définir et élaborer des indicateurs des SSP. Résultat : une série d'indicateurs, établis de manière concertée, pouvant être employés pour soumettre les SSP à des mesures et à un suivi à divers échelons au pays. On a également déterminé quelles données manquaient pour faire rapport sur ces indicateurs.

Depuis l'élaboration des indicateurs des SSP, l'ICIS et ses partenaires ont élargi la gamme de données sur les SSP issues de sondages en ajoutant des questions au Sondage national des médecins et aux enquêtes de Statistique Canada et en modifiant certaines questions. L'ICIS publiera également cette année le recueil de graphiques sur les soins de santé primaires, qui met en lumière une trentaine d'indicateurs à l'aide des sources de données pancanadiennes, provinciales, territoriales et internationales existantes. Des projets sont également en cours qui visent à accroître l'uniformisation des données dans les dossiers de santé électroniques et à recueillir des données supplémentaires sur les soins de santé primaires. « Au cours des prochaines années, nous travaillerons à multiplier les données sur les soins de santé primaire », annonce M^{me} Patricia Sullivan-Taylor, gestionnaire de l'information sur les soins de santé primaires à l'ICIS.



Faits saillants

Coûts selon l'affection

- Au Canada (à l'exclusion du Québec), les hôpitaux ont dépensé au total 17 milliards de dollars pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés en 2004-2005, période au cours de laquelle 2,4 millions de séjours ont été enregistrés.
- Les maladies de l'appareil circulatoire, crises cardiaques et angine de poitrine comprises, sont les plus coûteuses à traiter : 3,3 milliards de dollars, soit 19 % du total des coûts associés aux soins de courte durée aux patients hospitalisés.
- Les maladies de l'appareil respiratoire représentaient 9,5 % des coûts totaux des soins de courte durée aux patients hospitalisés.
- Les complications liées aux maladies chroniques et les maladies secondaires présentes au moment de l'admission ou apparues au cours du séjour des patients étaient à l'origine de 27 % des coûts totaux des soins de courte durée aux patients hospitalisés (4,6 milliards de dollars).
- Les quinze affections les plus coûteuses représentent 31,4 % des coûts totaux des soins de courte durée (5,4 milliards de dollars). Parmi celles-ci, les affections et maladies chroniques figurent en bonne place :
 - > Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (sauf l'asthme) : 439 millions de dollars
 - > Insuffisance cardiaque : 426 millions de dollars
 - > Diabète : 284 millions de dollars

Source

Institut canadien d'information sur la santé, *Coûts des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada, 2004-2005*, Ottawa, ICIS, 2008.

La qualité et la sécurité des patients d'abord

En novembre dernier, l'Institut canadien d'information sur la santé publiait pour la première fois au Canada les résultats concernant le Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH).

Premier indicateur du genre au pays, le RNMH compare le nombre réel de décès survenus dans une région sanitaire ou un hôpital donné à la moyenne pancanadienne, après rajustement en fonction de facteurs susceptibles d'influer sur le taux de mortalité hospitalière, comme l'âge, le sexe, les diagnostics établis et l'état du patient à l'admission.

Conçu au Royaume-Uni, le RNMH a été adapté par l'ICIS en vue de son utilisation au Canada à la demande des hôpitaux et des experts en sécurité des patients. Le rapport, intitulé *RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada*, comprend les données provenant de 85 grands établissements de soins de courte durée et de 42 régions sanitaires pour les trois derniers exercices financiers. Au cours de cette période, le taux de mortalité à l'hôpital a chuté de 6 % au Canada

Néanmoins, les tendances variaient en fonction des groupes de patients. Le taux de décès liés aux crises cardiaques a connu une diminution plus rapide que le taux de décès chez les patients atteints de pneumonie, tandis que ce taux est demeuré constant ou a augmenté parmi les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique.

Depuis, l'ICIS travaille en collaboration avec les hôpitaux et les régions sanitaires qui souhaitent déterminer les facteurs expliquant leur RNMH, ceci dans le but d'améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent.

« Nous effectuons un suivi de leurs résultats, en nous efforçant d'en apprendre davantage et de définir les points à améliorer, explique M. Greg Webster, directeur, Recherche et Élaboration des indicateurs, à l'ICIS. En Ontario, par exemple, le RNMH suscite beaucoup d'intérêt. »

En décembre, M. George Smitherman, alors ministre de la Santé de l'Ontario, a qualifié la publication du RNMH de « révolutionnaire ». Les hôpitaux en Ontario seront bientôt tenus de

communiquer leurs résultats à cet égard ainsi que d'autres données sur la sécurité et la qualité.

L'accomplissement de progrès réels exige cependant des changements et des efforts à l'échelle du système.

« Les changements ne se feront pas du jour au lendemain, mais il est clair que les hôpitaux prennent le RNMH au sérieux, indique M. Webster. La qualité ainsi que la sécurité des patients sont ainsi passées à l'avant-plan des préoccupations. Elles sont revenues au centre des discussions, et c'est ce qui compte. »





On observe d'importantes variations dans les hospitalisations évitables pour affections chroniques

D'un endroit à l'autre au pays, les taux d'hospitalisation pour sept affections chroniques qui pourraient être prises en charge ou traitées au sein de la collectivité varient, selon un récent rapport de l'ICIS.

Il s'agit de conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) comme l'asthme, le diabète et l'hypertension, dans le cas desquels l'existence de soins de santé primaires adéquats au sein de la collectivité pourrait prévenir ou réduire les admissions à l'hôpital.

Il y a place à l'amélioration...

Nous ne sommes pas les seuls à dire que le Canada pourrait améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Un rapport publié en décembre dernier par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) compare les données de l'ICIS et de Statistique Canada avec celles d'autres pays membres de l'OCDE, révélant que seulement 48,6 % des diabétiques de 18 à 75 ans au Canada avaient passé un examen de la vue annuel en 2005. La moyenne au sein de l'OCDE est de 57,3 %.

Le rapport, intitulé *Panorama de la santé 2007*, rappelle qu'étant donné la fréquence des complications ophtalmologiques chez les diabétiques, l'examen annuel de leur vue est l'une des pratiques de soins les plus simples et les plus universellement reconnues.

En décembre également, le Conseil canadien de la santé (CCS) soulignait que le Canada se classe au dernier rang parmi huit pays pour l'accès en temps opportun à des soins de santé primaires de haute qualité. Il a été établi que 30 % des Canadiens souffrant d'une affection chronique devaient attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous la dernière fois qu'ils ont été malades. En Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas, moins de 6 % ont dû attendre aussi longtemps.

Un autre rapport du CCS a révélé que moins de la moitié des diabétiques se soumettaient à des analyses en laboratoire et aux interventions recommandées par les spécialistes grâce auxquelles de graves complications peuvent être évitées.

Le CCS préconise un changement d'attitude au sein du système : plutôt que de chercher à « dépister et réparer les pots cassés », il faudrait « prévenir, dépister et prendre en charge » en intégrant la qualité des soins et la prévention. Les résultats pour la santé en seraient améliorés, et cela contribuerait à assurer la viabilité du système de santé.

Dans le cadre de la production du rapport *Indicateurs de santé 2008*, l'ICIS a examiné de près les 87 500 admissions pour CPSA enregistrées en 2006-2007 (hors Québec) et a noté des écarts selon la province, le territoire et la région. Les taux d'hospitalisation liées à des CPSA étaient de 60 % supérieurs dans les régions rurales (510 pour 100 000 habitants) par rapport aux régions urbaines (318 pour 100 000 habitants).

Les taux variaient aussi en fonction du revenu dans le quartier étudié. En 2006-2007, le taux d'hospitalisation au Canada parmi les personnes âgées de moins de 75 ans souffrant d'une CPSA était plus de deux fois supérieur dans les quartiers au revenu le plus bas (521 pour 100 000 habitants) par rapport aux quartiers au revenu le plus élevé (234 pour 100 000 habitants).

« Notre étude confirme qu'en matière d'hospitalisations évitables pour affections chroniques, il existe un écart important entre les Canadiens vivant dans les quartiers riches et ceux qui habitent les quartiers pauvres, souligne M^{me} Indra Pulcins, directrice, Rapports sur la santé et Analyse, à l'ICIS. Plus le revenu est élevé dans le quartier, moins ses résidents sont susceptibles d'être admis à l'hôpital pour une condition propice aux soins ambulatoires. »

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces variations. Dans les collectivités qui font état de problèmes d'accès aux soins de santé primaires, par exemple en raison d'un nombre de médecins insuffisant, les taux d'admission pour une CPSA peuvent être plus élevés qu'ailleurs. La capacité à prendre ces affections en charge dans la collectivité, notamment avec l'administration des tests et des médicaments appropriés ainsi qu'une autosurveillance adéquate chez les patients, peut également jouer un rôle.

L'analyse de l'ICIS montre également que les visites subséquentes à l'hôpital sont courantes chez les patients souffrant de CPSA, un patient sur cinq étant réadmis au moins une fois pour la même CPSA ou une autre dans l'année suivant la première admission.

Les hospitalisations liées à des CPSA ne sont pas toujours évitables, mais des taux élevés d'admission peuvent indiquer une occasion d'améliorer la planification ou la prestation des services de soins primaires pour qu'ils soient mieux adaptés aux besoins de la population.

« Cet indicateur constitue pour les planificateurs des services de santé un point de départ important permettant de cerner les facteurs potentiels aux fins d'amélioration », conclut M^{me} Pulcins.

Même si le fardeau de la maladie chronique croît au Canada, il y a une bonne nouvelle : globalement, les taux d'hospitalisations liées à des CPSA sont en déclin — on a enregistré une baisse de 22 % de 2001-2002 à 2006-2007 —, une fois la croissance démographique et le vieillissement de la population pris en compte.



L'ICIS sera là!

Novembre

Du 3 au 5 OHA HealthAchieve 2008
Palais des congrès du
Toronto métropolitain
Toronto, Ontario

Du 16 au 18 Ontario Injury
Prevention Conference
Courtyard by Marriott
Toronto, Ontario

Du 19 au 21 AQESSS — Informatique
Santé 2008
Palais des congrès
Montréal, Québec

Du 27 au 29 Forum en médecine
familiale 2008
Hôtel Sheraton Centre
Toronto, Ontario

Décembre

Du 8 au 11 Diffusion
pancanadienne
sur Internet 2008
Nashville, Tennessee

Les données à l'œuvre : l'ICIS à la source de pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a utilisé les données de l'ICIS pour inciter les enfants à passer à l'action. En puisant dans trois rapports récents de l'ICIS, l'AIIAO a élaboré des lignes directrices sur la prévention de l'obésité chez les enfants en 2005.

Ce document offre au personnel infirmier œuvrant auprès des enfants des directives visant à promouvoir de saines habitudes alimentaires et un mode de vie plus actif au moyen de recommandations éducatives, organisationnelles et stratégiques.

M^{me} Paula Robeson, chef d'équipe du groupe d'élaboration, a affirmé que, malgré un examen exhaustif des éléments de preuve, les données de l'ICIS avaient joué un rôle crucial pour aider les membres du groupe à bien saisir l'ampleur du problème de l'obésité au Canada.

« L'ICIS est considéré comme une source d'information pancanadienne crédible, a-t-elle affirmé. Les données ont convaincu le groupe de l'importance de ces lignes directrices dans notre pratique. »

Le personnel infirmier de la santé publique de la région de Niagara met maintenant en œuvre les lignes directrices dans 180 écoles, et l'Hospital for Sick Children de Toronto est également en train de les adopter.

M^{me} Pam Hubley, chef adjointe de la pratique des soins infirmiers dans cet établissement, dit espérer que les lignes directrices contribueront à modifier les soins infirmiers pour intégrer l'évaluation de l'alimentation et du mode de vie aux évaluations auxquelles sont soumis les enfants, et ce, quelle que soit la raison de leur séjour à l'hôpital.

« Lorsqu'on songe à toutes les répercussions que l'obésité peut avoir sur la santé d'un enfant et aux coûts sociaux et affectifs de tels problèmes, il est essentiel d'envisager la situation sous l'angle de la prévention, affirme-t-elle. À titre d'organisation phare en matière de soins pédiatriques, il est fondamental que nous nous concentrons non seulement sur ce que nous pouvons traiter, mais également sur ce que nous pouvons faire pour éviter que les enfants en arrivent à un point tel qu'il leur faut des traitements. »

Les lignes directrices sont révisées tous les trois ans, et M^{me} Robeson affirme que l'AIIAO utilisera les données de l'ICIS afin d'observer les tendances, de déterminer si les efforts déployés par ses nombreux partenaires portent fruit et de mettre à jour les éléments de preuve afin de mieux encadrer encore les activités.

Rapports utilisés par l'AIIAO

- > *L'obésité au Canada : identifier les priorités politiques (2003)*
- > *Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population (2004)*
- > *Améliorer la santé des Canadiens (2004)*

Conférence sur les causes profondes des maladies chroniques

Dans le cadre de son objectif de réduire le fardeau de la maladie chronique au Canada, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) accueillera en novembre une conférence intitulée « La prévention intégrée des maladies chroniques : Ensemble en action ».

L'APMCC, un réseau de plus en plus étendu qui réunit maintenant plus de 60 organisations et alliances membres, considère la lutte contre l'obésité et l'amélioration de la capacité des systèmes de santé comme des secteurs d'intervention prioritaires pour la réduction du fardeau de la maladie chronique. La conférence portera sur la façon dont divers

individus, stratégies et secteurs peuvent, ensemble, contribuer à éliminer les causes profondes de la maladie chronique au Canada. Trois grands domaines d'intervention seront au cœur des discussions : orientation des politiques publiques, appui aux changements à l'échelle des systèmes, ainsi que recherche, mesure et suivi des activités.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) fait partie du comité organisateur de la conférence, et l'ICIS parraine l'événement, en plus d'y effectuer des présentations. Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le www.cdpaac.ca.

Dossiers de santé électroniques : partir du bon pied pour en profiter au maximum

Le dossier de santé électronique (DSE) présente d'extraordinaires possibilités d'amélioration des soins de première ligne en offrant aux dispensateurs de soins un portrait plus complet du patient : il accompagne ce dernier partout en consignnant tous ses antécédents médicaux et l'historique des soins qui lui sont prodigués tout au long de sa vie. En plus de rationaliser les soins, le DSE peut améliorer l'issue des traitements et permettre d'éviter un certain nombre d'événements indésirables.

Au-delà de la prise de décisions au point d'intervention, le DSE est un moyen d'améliorer la santé de la population et le système dans son entier. Les DSE pourraient constituer une précieuse source de données et aider les décideurs, les gestionnaires du système de santé, les dispensateurs de soins et les chercheurs à renforcer la santé de la population canadienne et les soins qui lui sont offerts.

Par exemple, en surveillant de près l'efficacité des traitements prodigués aux patients externes souffrant d'une maladie en particulier, les planificateurs et les dispensateurs de soins peuvent tirer des leçons des pratiques exemplaires et améliorer la qualité globale des soins.

Pour concrétiser ce potentiel, les Canadiens doivent décider ensemble quels renseignements sur la santé il convient de partager. En janvier, plus d'une centaine de dirigeants dans le domaine de la santé au Canada ont participé à un sommet visant à entamer cette discussion.



Sommet de l'information sur la santé 2008

Partir du bon pied... Profiter au maximum du DSE

Le Sommet de l'information sur la santé 2008, intitulé « Partir du bon pied... Profiter au maximum du DSE », a été organisé par l'ICIS et Inforoute Santé du Canada. Tenu à Kananaskis, en Alberta, il portait sur la nécessité de concevoir un système produisant des données normalisées de haute qualité. Cela signifie que toutes les parties prenantes doivent s'entendre sur la nature des données recueillies et sur une manière uniforme de définir, saisir et, s'il y a lieu, partager ces données.

L'ICIS continuera de participer aux discussions sur les possibilités offertes par les données électroniques en matière d'amélioration de la santé de tous les Canadiens ainsi que des soins qui leur sont offerts.

Comme on l'a rappelé lors du sommet, les questions de respect de la vie privée doivent rester au cœur de tous les échanges.

« La puissance de cette source d'information doit être

convenablement canalisée, a déclaré M^{me} Glenda Yeates, présidente-directrice générale de l'ICIS. Pour y parvenir de manière responsable, il est essentiel de poursuivre au pays les discussions sur les renseignements qu'il est approprié de partager — non seulement dans l'intérêt de chacun des Canadiens, mais dans celui de la population canadienne dans son ensemble. »

Transitions



M^{me} Jean Harvey est la nouvelle directrice de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). Gestionnaire depuis son arrivée à l'ICIS en juin 2007, M^{me} Harvey a travaillé en étroite collaboration avec le conseil et les intervenants de l'ISPC pour favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui déterminent la santé des individus et des collectivités et contribuer à l'élaboration de

politiques qui permettent de réduire les iniquités et d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

M^{me} Harvey a obtenu une maîtrise en sciences de la santé de l'Université de Toronto. Avant de se joindre à l'ICIS, elle était directrice générale par intérim à l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC). Elle possède aussi une vaste expérience de travail à l'échelle locale, nationale et fédérale, notamment en santé publique à la Ville d'Ottawa.



M. Louis Barré vient d'être nommé au poste de vice-président, Stratégie, Planification et Relations externes. Ce poste nouvellement créé au sein de l'équipe de direction de l'ICIS a pour mandat de superviser les communications, l'élaboration de stratégies et la planification interne.

Avant d'entrer au service de l'ICIS, M. Barré travaillait au ministère de la Santé du Manitoba, où il dirigeait

les activités liées au développement de la gestion de l'information sur la santé, de la recherche et des services d'aide à la décision. Il était responsable des relations entre la province et les offices régionaux de la santé, les agences, les organismes de recherche ainsi que les organismes provinciaux et nationaux en ce qui a trait aux données et à la recherche. M. Barré a joué un rôle de premier plan dans le développement de systèmes d'information visant la gestion du système de santé, la responsabilisation et la déclaration à l'échelle du secteur de la santé du Manitoba. Il a également dirigé des initiatives provinciales et nationales en lien avec les indicateurs de santé, incluant le développement et l'utilisation de données administratives à des fins de recherche sur la gestion du système de santé, la santé de la population et les services de santé. Chef de file reconnu du couplage des données et des partenariats entre le gouvernement et les universités, M. Barré a été invité à de nombreuses rencontres connexes à titre de conférencier.

Collaborateurs

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

Rédaction, ICIS Directions CIHI
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : 613-241-7860
Télééc. : 613-241-8120

Courriel : communications@icis.ca
Site Web : www.icis.ca

This publication is also available in English.